



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 3

Atena
Editora
Ano 2020



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 3

Atena
Editora
Ano 2020

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 3 [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 978-65-81740-32-0

DOI 10.22533/at.ed.320201402

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 26 capítulos, o volume I aborda, dentre outros assuntos, a Enfermagem como atuante na assistência à saúde materno-infantil, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do idoso e saúde do homem, trazendo abordagens específicas e voltadas para cada público de uma forma especial.

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

Como colaboração, este volume I é dedicado ao público aos mais variados públicos no que concerne à prestação da assistência à saúde, trazendo publicações cujas temáticas abrangem assistência materno-infantil no pré-natal, parto e puerpério, exame Papanicolau e prevenção do câncer de colo uterino, violência doméstica, neoplasia trofoblástica gestacional, oncologia, assistência ao recém-nascido, método canguru, puericultura, assistência ao idoso, câncer de pênis, de próstata, dentre outras.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada, humanizada e com um olhar especial no que diz respeito à saúde da mulher e da criança, bem como do binômio mãe-filho, além da saúde dos demais públicos como adolescentes, idosos e homem, buscando cada vez mais a excelência no cuidado em enfermagem, e disseminando práticas promotoras da saúde.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A EFICACIA DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA ANSIEDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL – REVISÃO	
Gabriel Machado Moron de Andrade Fernando Almeida Lima Júnior Heitor Buback Araújo Gabriel Potratz Gon Rodrigo Corrêa Silveira Marcela Souza Lima Paulo	
DOI 10.22533/at.ed.3202014021	
CAPÍTULO 2	8
AÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Larissa Jales de Matos Marianna Carvalho e Souza Leão Cavalcanti Albertina Antonielly Sydney de Sousa Eysler Gonçalves Maia Brasil	
DOI 10.22533/at.ed.3202014022	
CAPÍTULO 3	17
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM ADOLESCENTES	
Iranete Oliveira de Castro Marcia Silva Nogueira	
DOI 10.22533/at.ed.3202014023	
CAPÍTULO 4	27
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Débora Luana Ribeiro Pessoa Aline Sharlon Maciel Batista Ramos Maria Francisca Vieira Borges Isabela Bastos Jácome de Souza Hariane Freitas Rocha Almeida Rafael Mondego Fontenele Daniel Mussuri de Gouveia Cianna Nunes Rodrigues Marcia Cristina Aguiar Mendes Machado	
DOI 10.22533/at.ed.3202014024	
CAPÍTULO 5	39
DIFICULDADES ENCONTRADAS NA REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAU POR PROFISSIONAIS DO SEXO MASCULINO	
Orácio Carvalho Ribeiro Júnior Frederico Lopes Alves Vieira Jéssica de Souza Gouveia Alexandre Lima dos Santos Tatiane Silva de Araújo Suzana Maria da Silva Ferreira Lucas Luzeiro Nonato Luiz Antônio Bergamim Hespanhol Gisele Batista de Oliveira Lilium Raquel Corrêa Martins	

Eloysa Maria Oliveira Rêgo
Raissa Batista de Souza
Jennifer Karla da Costa Andrade
Caroline Lima de Souza
Letícia Batista Mendonça

DOI 10.22533/at.ed.3202014025

CAPÍTULO 6 50

FATORES ASSOCIADOS A BAIXA ADESÃO AO EXAME PAPANICOLAU ENTRE MULHERES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JUÇARAL NO MUNICÍPIO DE BACABAL/MA

Raquel de Araujo Fernandes
Deliane Matias da Silva Alves
Eucerlangy Teixeira da Silva
Angelica Nascimento Santos
Pâmela Carolinny Coelho da Silva
Iglesias Magalhães Santos
Lícia Kelly Sousa Vasconcelos
Sara Jane Moura Ferreira
Thalyson Pereira Santana
Maria Cleilda Araujo Santos
Ana Claudia de Almeida Varão
Maria Beatriz Pereira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.3202014026

CAPÍTULO 7 61

VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO À LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO

Paula Andreza Viana Lima
Rodrigo Damasceno Costa
Natalie Kesle Costa Tavares
Priscilla Mendes Cordeiro
Josiane Montanho Mariño
Sílvia Caroline Camargo Soares

DOI 10.22533/at.ed.3202014027

CAPÍTULO 8 67

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL ESTÁDIO III COM METÁSTASE VAGINAL

Marculina da Silva
Anne Fayma Lopes Chaves
Camila Chaves da Costa

DOI 10.22533/at.ed.3202014028

CAPÍTULO 9 76

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE COM CÂNCER DE OVÁRIO EM QUIMIOTERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Debora Silva de Oliveira Gomes
Letycia das Chagas Castro
Tainá Bastos dos Santos
Tainá Clarissa Santos da Silva de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.3202014029

CAPÍTULO 10 84

USO EXCESSIVO DE APARELHOS TECNOLÓGICOS POR CRIANÇAS PODE CAUSAR AMETROPIAS E DEFICIÊNCIAS DO SISTEMA ÓPTICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Isadora Mund
Vitória Pagung
Ana Marchezini Passos
Letícia Ricardino Almeida e Silva
Raquel Dias Marques
Jairo Ferreira de Farias Junior
Mariana Zamprogno Zottele
Rodrigo Frigini Scardua
Ana Luiza Afonso de Araujo
Glenda Pereira Lima Oliveira
Pedro Canal Pimentel
José Maikon de Souza

DOI 10.22533/at.ed.32020140210

CAPÍTULO 11 95

OS BENEFÍCIOS DE UM BOM ESTADO NUTRICIONAL PARA GRÁVIDAS E PUÉRPERAS E OS FATORES DE RISCOS OCASIONADOS PELO DESEQUILÍBRIO NUTRICIONAL

Camila Brito Sousa
Mykaele Silva Nascimento
Jennyfer Sousa Brito
Nayra Samyra Rodrigues Ferreira
Vanessa Costa de Almeida Viana
Diely Pereira Figueiredo Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.32020140211

CAPÍTULO 12 101

PERSPECTIVA DAS MEDIDAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE O PRÉ-NATAL

Hercules Pereira Coelho
Gilberto dos Santos Dias de Souza
Janayle Kéllen Duarte de Sales
Jaqueline Machado Cruz
Jéssica Weslane Bezerra Luciano
Luyslyanne Marcelino Martins
Victor Hamilton da Silva Freitas
Jackeline Kérollen Duarte de Sales
Ozeias Pereira de Oliveira
Kátia Monaisa Figueiredo Medeiros
Ana Paula Ribeiro de Castro

DOI 10.22533/at.ed.32020140212

CAPÍTULO 13 112

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO ATRAVÉS DO MÉTODO CANGURU

Soraya Lopes Cardoso
Maria Bárbara Ramos de Barros Lima

DOI 10.22533/at.ed.32020140213

CAPÍTULO 14 116

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PERIÓDICO DA ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ellen Giovanna Silva de Menezes

Beatriz Milene Feitosa Silva
Jayemili Gizellia Elias da Silva
Jhenefer Moreira da Silva
José Victor Machado Coraciara
Karla Virgínia da Nóbrega Novais Vieira
Laisa Evely dos Santos Gomes
Maria Clara da Silva Santos
Maria Isabelly Annanda Omena
Paloma Micaely da Silva
Rayanne Nayara da Silva
Rebeca Mayara Marques de Lacerda

DOI 10.22533/at.ed.32020140214

CAPÍTULO 15 121

DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS: CAUSADOS PELO O AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANIANA EM RECÉM NASCIDOS, NO SEUS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA

Sidrailson José da Silva
Roberta Sandy Melo
Marcos André Araújo Duque

DOI 10.22533/at.ed.32020140215

CAPÍTULO 16 128

TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS E CIRÚRGICOS DA DOENÇA DE PARKINSON: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Giovanna Pereira Spagnol
Lucas Luciano Rocha Silva
Nickolas Fraga Perin Da Cruz
Núbia Mesquita Fiorese
Rodrigo Monico Cavedo
Fabio José Alencar da Silva
Ana Cláudia Del Pupo
Marcela Souza Lima Paulo

DOI 10.22533/at.ed.32020140216

CAPÍTULO 17 137

SIGNIFICADOS DE IDOSOS COM CÂNCER: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Paloma Coutinho Campos
Maria Carmen Simões Cardoso de Melo
Marléa Crescêncio Chagas
Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva
Thais Vasconselos Amorim
Anna Maria de Oliveira Salimena

DOI 10.22533/at.ed.32020140217

CAPÍTULO 18 150

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM FORENSE NO CONTROLE DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR DE JOVENS NO ESTADO DE RORAIMA

Iloneide Pereira Da Silva Cardoso

DOI 10.22533/at.ed.32020140218

CAPÍTULO 19 172

ABORDAGEM SOBRE O ALZHEIMER PRECOCE: ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Juliana Pelição Moraes
Luisa Schilmann Frisso
Pedro Enrico Cyprestes Sant'Anna

Caroline Werneck Felipe
Manuela Schwan Justo de Carvalho
Eduarda Teixeira Lorenzoni
João Pedro Miranda Pesca
Mariana Stefenoni Ribeiro
Fabio José Alencar da Silva
Rafael Leite Aguilar
Loise Cristina Passos Drumond
Marcela Souza Lima Paulo

DOI 10.22533/at.ed.32020140219

CAPÍTULO 20 185

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Lyssa Grando Fraga Cristiano
Ana Letícia Zanon Chagas Rodrigues
Gracielle Pampolim

DOI 10.22533/at.ed.32020140220

CAPÍTULO 21 196

DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DISAUTONOMIA FAMILIAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maitê Perini Mameri Pereira
Mariana Stefenoni Ribeiro
Pietra Luciene Nóbrega
Eduarda Teixeira Lorenzoni
Rodolfo Barcellos Crevelin
Ana Carolina Stefenoni Ribeiro
Gleica Guzzo Bortolini
Núbia Mesquita Fiorese
Gabriela Seguro Gazzinelli
Caio Gomes Reco
Marcela Souza Lima Paulo

DOI 10.22533/at.ed.32020140221

CAPÍTULO 22 210

CÂNCER DE PÊNIS: CONSCIENTIZAÇÃO E PREVENÇÃO

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
José Nairton Coelho da Silva
Mariana Teles da Silva
Nayara Thuany Camilo Oliveira
Rodolfo dos Santos Alves de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.32020140222

CAPÍTULO 23 221

FATORES CULTURAIS ASSOCIADOS A NÃO ADESAO AOS EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL

Orácio Carvalho Ribeiro Júnior

Victória Villar Viana
Jéssica de Souza Gouveia
Lucas Moraes Izel
Pricyhelly Magda Melo Magalhães
Lucas Saboia Pereira
Tomé Franklin de Souza de Jesus
Tatiane Silva de Araújo
Larissa Thais Assis Xavier
Luiz Antônio Bergamim Hespanhol
Antônio Victor Souza Cordeiro
Sara Alves Monteiro

DOI 10.22533/at.ed.32020140223

CAPÍTULO 24 231

O ESTRESSE DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Renato Vidal de Oliveira
Aldirene Libanio Maestrini Dalvi
Ionar Cilene de Oliveira Cosson
Jaçamar Aldenora dos Santos
Francisco Afonso Diniz de Mesquita
João Victor da Silva Coutinho

DOI 10.22533/at.ed.32020140224

CAPÍTULO 25 243

O USO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM POR ENFERMEIROS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Gabrielle Lelis de Campos Malaquias
Marilene Furtunato de Oliveira
Max Lima
Sara Ferreira da Silva
Tialle Lima de Oliveira
Vanessa Cristina dos Santos Conceição

DOI 10.22533/at.ed.32020140225

CAPÍTULO 26 252

A COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO CUIDADO À PACIENTES EM CENTROS DE TERAPIA INTENSIVA

Gabrielle Lelis de Campos Malaquias
Débora dos Santos Simões
Ailda Gringo de Melo
Lisiane dos Santos Silva
Lorena Rocha Silveira
Silvia Leticia dos Reis Silva Conceição
Vanessa Cristina dos Santos Conceição

DOI 10.22533/at.ed.32020140226

SOBRE A ORGANIZADORA..... 264

ÍNDICE REMISSIVO 265

A EFICÁCIA DE TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA ANSIEDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL – REVISÃO

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 11/11/2019

Gabriel Machado Moron de Andrade

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/4100084386138875>

Fernando Almeida Lima Júnior

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/9611728157772801>

Heitor Buback Araújo

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/0715244433588376>

Gabriel Potratz Gon

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/9706128144365264>

Rodrigo Corrêa Silveira

Acadêmico de Medicina na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória – Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/3391827234870465>

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:** O transtorno de ansiedade está presente no cotidiano da população, podendo desencadear uma série de problemas psíquicos e fisiológicos a pessoas de todas as idades. Quando associado à gravidez ela pode causar problemas tanto para mãe quanto para a criança, e por isso, deve-se buscar tratá-la de maneira eficaz a fim de se minimizar os danos. As terapias convencionais, a base de substâncias químicas, encontram grande resistência por parte das gestantes que temem prejudicar os seus bebês. Nesse sentido, os tratamentos não farmacológicos são alternativas inofensivas de controlar os sintomas da ansiedade pré-natal, garantindo uma gravidez mais segura, além do desenvolvimento adequado para o feto. **Objetivo:** Avaliar a eficácia dos tratamentos não farmacológicos no controle da ansiedade e a sua importância para a qualidade de vida

das gestantes e de seus filhos. **Método:** Realizou-se uma revisão bibliográfica de artigos sobre ansiedade no período pré-natal. Para isso, utilizou-se a plataforma de pesquisa PubMed com os descritores do MeSH. No total foram encontrados 88 artigos, dos quais 13 foram selecionados para o trabalho. **Resultado:** Algumas intervenções como loga e Música mostraram-se inovadores no que diz respeito ao tratamento de ansiedade na gravidez. As amostras pequenas dificultaram a aquisição de resultados mais contundentes, sugerindo a necessidade de novos estudos. De maneira geral, as terapias analisadas apresentam um resultado positivo em relação à diminuição da ansiedade na gravidez. Entretanto, alguns métodos se mostraram menos eficazes que os demais, o que não significa que estes devem ter sua eficácia invalidada ou serem negligenciados. **Conclusão:** Algumas terapias parecem surtir um efeito maior do que outras e por isso devem ser mais exploradas. Os tratamentos alternativos são ainda pouco valorizados no meio médico e a realização de outros trabalhos relacionados a essa área torna-se necessária, uma vez que alguns vieses ainda são encontrados nos estudos avaliados.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Ansiedade. Terapêutica.

THE EFFECTIVENESS OF NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENTS IN ANXIETY DURING THE PRENATAL PERIOD CONTROL – REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Anxiety disorder is present in the daily life of the population, and it can cause many different psychological and physiological problems to people of various ages. When it happens during pregnancy it can result in problems both for the mother and for the baby, and that's one of the reasons why it should be treated in an effective way, willing to minimize the damage. However, the conventional therapies, based on chemical substances, have been rejected or avoided by pregnant women, because they are afraid of harming the fetus. That's why the non-pharmacological treatments are a harmless alternative when it comes to the control of prenatal anxiety disorder symptoms, ensuring a much safer pregnancy and fetus development. **Objective:** Evaluate the efficacy of non-pharmacological treatment to control anxiety and its value to the quality of life of mother and children. **Methods:** A literature review on anxiety articles during prenatal took place using the PubMed platform, with MeSH's descriptors. In total, the researchers found 88 articles and used 13 of them. **Results:** Some interventions like Yoga and Music were considered innovative when it comes to the treatment of anxiety during pregnancy. The use of small samples may have made the results less expressive, suggesting the necessity of retrials or new studies. In general terms, the therapies showed positive results regarding the decrease in anxiety during pregnancy. On the other hand, some methods and therapies were less effective, which does not mean that those should be neglected or rejected. **Conclusion:** Some therapies seem to produce a bigger effect than others and that's why they should

be more explored. Alternative treatments are still not highly valued in the medical field, and other works regarding this area are necessary since some bias were found in the studies evaluated.

KEYWORDS: Pregnancy. Anxiety. Therapeutics.

1 | INTRODUÇÃO

O transtorno de ansiedade é caracterizado como uma das doenças mais comuns da atualidade, sendo associado a outros problemas psicológicos como depressão e estresse. O número de pessoas com depressão e/ou transtornos de ansiedade aumentou de 416 milhões em 1990 para 615 milhões em 2013, o que hoje representa quase 10% da população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Esse dado é muito alarmante, uma vez que a ansiedade, em alguns casos, pode resultar em disfunções fisiológicas, problemas físicos e mentais.

Pessoas de todas as idades são suscetíveis a essa doença e vale lembrar que durante a gravidez a ansiedade também se apresenta como um sintoma comum às mulheres. Com isso, malefícios podem aparecer tanto para a mãe quanto para o feto. Naturalmente, a gestante sente-se mais insegura e ansiosa em virtude das diversas mudanças corporais e hormonais às quais está exposta durante a gestação. Devido a essas modificações, sintomas como dispneia, pensamentos negativos, insegurança e ganho excessivo de peso podem aparecer. Constatou-se que 4% a 39% das mulheres grávidas sofrem de transtorno de ansiedade (BROBERG, L. *et al.*, 2017). O transtorno psíquico materno pode gerar efeitos que comprometem o desenvolvimento do feto, além de aumentar as chances de complicações obstétricas na gravidez, como o nascimento prematuro (MALDONADO, Maria Tereza, 2013).

A constante preocupação com o desenvolvimento do embrião faz com que muitas gestantes busquem tratamentos não farmacológicos por medo dos efeitos colaterais dos medicamentos usados para tratar a ansiedade, como alguns ansiolíticos. Esses tratamentos alternativos consistem na substituição do uso de fármacos por terapias com músicas ou práticas de yoga, por exemplo. Entretanto, as intervenções não convencionais são pouco utilizadas e têm sua eficácia questionada quando comparadas aos medicamentos disponíveis no mercado.

Devido à fragilidade da criança e histórico conhecido do uso alguns remédios que comprometeram o desenvolvimento do feto, como o caso da Talidomida e outros, a utilização de métodos não farmacológicos é de extrema relevância, pois a demanda por essas práticas inócuas ao bebê e à gestante aumenta gradualmente. Diante disso, este estudo tem como objetivo verificar a eficácia dos tratamentos não farmacológicos no controle da ansiedade e conseqüentemente a sua importância para uma melhor qualidade de vida das gestantes e de seus filhos.

2 | MÉTODO

2.1 Estratégia de pesquisa

O presente artigo trata-se de uma revisão da literatura realizada utilizando a base de dados PubMed, no período do Março de 2018 a Junho de 2018, com os descritores “*Anxiety/therapy*”[Mesh] e “*Pregnancy*”[Mesh] estabelecidos pela plataforma Medical Subject Headings (MESH). Todos os artigos selecionados estavam em inglês e não houve critérios de seleção referentes à data de publicação. Também utilizou-se o filtro “humanos”.

2.2 Critério de inclusão e exclusão

Incluiu-se na pesquisa artigos que tratassem de estudos em humanos, estivessem disponíveis na íntegra gratuitamente e cujo título fosse coerente com o objetivo do trabalho. Foram descartados os artigos nos quais o resumo não correspondesse ao propósito da pesquisa. Inicialmente foram encontrados 88 artigos, dos quais apenas 13 se enquadraram nos critérios de inclusão descritos.

3 | RESULTADO

Os dados coletados em 13 artigos mostraram a eficácia de diferentes tipos de intervenções não farmacológicas em mulheres grávidas acometidas por transtorno de ansiedade, estresse e depressão. Devido à subjetividade dos tratamentos não farmacológicos, há uma dificuldade de alcançar resultados conclusivos, embora tenham se mostrado promissores.

Em um dos artigos, observou-se a diminuição dos níveis de ansiedade e estresse em mulheres grávidas submetidas a intervenção por músicas especialmente compostas para o período pré-natal. Foi realizada mensuração dos sintomas da ansiedade utilizando a escala State-Trait Anxiety Inventory (STAI), cuja pontuação mínima era de 20 e máxima de 80, de forma que quanto maior o índice, maior o estado de ansiedade. A partir da análise da escala, observou-se que as mulheres que escutavam músicas tiveram seu nível de ansiedade reduzido da pontuação de $37,1 \pm 12,1$ para $30,3 \pm 8,9$, enquanto no grupo controle a variação foi de $38,9 \pm 12,0$ para $35,2 \pm 14,3$ (NWEBUBE, Chineze; GLOVER, Vivette; STEWART, Lauren, 2017). Isso demonstrou que essa terapia pode trazer benefícios para a gestante e conseqüentemente para o feto, sendo essa uma alternativa acessível devido ao baixo custo e sem riscos para a paciente.

Outro tratamento que se mostrou relevante foi baseado na prática de mindfulness, a qual consiste na busca por um estado mental de atenção total sobre a tarefa que está sendo realizada. Foram obtidos resultados convenientes e por meio

da escala STAI constatou-se uma queda de 10,33 pontos entre o início (49.67) e o fim (39.33) da intervenção realizada. (WOOLHOUSE, H. *et al.*, 2014; GOODMAN, J. H. *et al.*, 2014).

Por outro lado, alguns artigos cuja intervenção realizada foi a prática de mindfulness não apresentaram resultados tão vantajosos quanto ao uso dessa terapia, visto que seus efeitos podem variar entre as pessoas. Verificou-se que essa técnica não alcança grandes efeitos quando aplicadas sozinha, sendo necessário a associação com outros métodos (GUARDINO, C. M. *et al.*, 2013). Assim, é preciso realizar mais estudos, uma vez que essa uma prática de uso relativamente recente e os ensaios realizados são bem heterogêneos e diversos, demonstrando muitas limitações (TAYLOR, Billie Lever; CAVANAGH, Kate; STRAUSS, Clara, 2016).

Outro tratamento alternativo que merece particular atenção é o uso da ioga e da massagem como técnicas capazes de reduzir os níveis de ansiedade em gestantes. A fim de comprovar a eficácia desses, os autores se valeram de um ensaio clínico que separou as participantes em três grupos, sendo que um utilizou apenas a ioga como intervenção, o outro apenas a massagem e o último consistia no grupo controle. Como resultado, as mulheres submetidas aos grupos de intervenção alcançaram semelhante redução nos níveis de ansiedade quando comparadas entre si. Entretanto, quando comparadas com aquelas que não receberam nenhum tipo de terapia apresentaram expressiva melhora. Ainda convém pontuar que as pacientes submetidas tanto a realização da ioga quanto a da massagem tiveram uma maior porcentagem de bebês saudáveis, isto é, com idade gestacional próxima a 40 semanas e peso superior a 2500g (FIELD, T. *et al.*, 2012).

Da mesma forma, a prática da ioga aliada ao tai chi, uma arte marcial treinada tanto para a defesa pessoal como para benefícios na saúde, teve resultados promissores no que diz respeito ao tratamento para amenizar a ansiedade pré-natal. De forma geral, as mulheres apresentaram reduções em sintomas corporais desencadeados por altos níveis de ansiedade. O estresse das participantes do grupo teste diminuiu em 32% e no grupo controle aumentou em 7%. Além disso, em mulheres que praticaram tai chi e yoga houve um aumento de 64% da variabilidade da frequência cardíaca na vigésima semana e de 150% na trigésima sétima ao se comparar com os valores de base, o que de acordo com o trabalho significa um estado mais relaxado (FIELD, T. *et al.* 2013).

De acordo com um estudo sobre a interferência da atividade física no controle da ansiedade os benefícios se mostraram sutis, mas não descartáveis. Suspeita-se que esse resultado discreto ocorreu pelo fato de os grupos de mulheres escolhidas serem gestantes com gravidez de “baixo risco”, o que implica em um menor nível de ansiedade e pode caracterizar como um viés para o estudo em questão (MIQUELUTTI, Maria Amélia; CECATTI, José Guilherme; MAKUCH, Maria Yolanda,

2005).

Além disso, um caso-controle com mulheres tratadas com Behavioral Activation (BA), um tipo de terapia comportamental, apresentou resultados muito encorajadores na redução dos níveis de ansiedade. Inclusive, esses benefícios foram detectados até 3 meses após o parto, quando a pesquisa parou de acompanhá-las. Um grupo de 86 mulheres participou de sessões de BA, e outro, de 77 mulheres, foi submetido a um tratamento usual (TAU: *Treatment as usual*). Comparado com o TAU, BA demonstrou vantagem significativa no quesito ansiedade e stress (DIMIDJIAN, S. *et al.*, 2017).

Outros tratamentos não farmacológicos que também têm se mostrado eficientes são a psicoterapia interpessoal e os grupos de apoio em pares. Resultados de uma pesquisa constataram que ambos os tratamentos promoveram mudanças significativas nas pacientes, como a diminuição da ansiedade ao se comparar o início e o final da intervenção, aliada a redução dos níveis de cortisol. Além disso, esses estudos mostraram que a psicoterapia interpessoal reduziu a depressão perinatal e a psicoterapia em grupo também diminuiu os sintomas depressivos em mulheres grávidas (FIELD, T. *et al.*, 2013).

4 | CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos após análise dos artigos selecionados, conclui-se que os tratamentos não farmacológicos são eficazes no controle da ansiedade durante a gravidez. Algumas terapias parecem possuir maior eficiência do que outras, mas nenhuma delas agravou os sintomas das participantes, mostrando que os tratamentos alternativos devem ser mais explorados como uma possibilidade menos invasiva na redução da ansiedade gestacional.

Além disso, é importante ressaltar a necessidade de se realizar mais estudos nessa área, com amostras maiores a fim de obter resultados mais consistentes e relevantes estatisticamente. Muitos desses métodos são baratos e acessíveis, porém são pouco valorizados no meio médico.

REFERÊNCIAS

BROBERG, L. *et al.* Effect of supervised exercise in groups on psychological well-being among pregnant women at risk of depression (the EWE Study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, v. 18, p. 210, mai./2017. Disponível em: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-017-1938-z>. Acesso em: 22 mai. 2018.

DIMIDJIAN, S. *et al.* **A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women.** *J Consult Clin Psychol*, v. 85, n. 1, p. 26-36, jan./2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5699449/>. Acesso em: 15 mai. 2018.

FIELD, T. *et al.* **Peer support and interpersonal psychotherapy groups experienced decreased prenatal depression, anxiety and cortisol.** *Early Human Development*, v. 89, n. 9, p. 621-624, set./2013. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0378378213000923?tok=en=83FF3E586E5F76D7274EF8D7066A483BEA9DCC836208E6FC707CFF79E928484884C0216DCEB6411894CF0B6C0F93AD5A>. Acesso em: 22 mai. 2018.

FIELD, T. *et al.* **Tai chi/yoga reduces prenatal depression, anxiety and sleep disturbances.** *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v. 19, n. 1, p. 6-10, fev./2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730281/>. Acesso em: 8 mai. 2018.

FIELD, T. *et al.* **Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity.** *Journal Of Bodywork And Movement Therapies*, v. 16, n. 2, p. 204-209, abr./2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319349/>. Acesso em: 25 mai. 2018.

GOODMAN, J. H. *et al.* **CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety.** *Archives of Women's Mental Health*, v. 17, n. 5, p. 373-387, out./2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107206/>. Acesso em: 15 mai. 2018.

GUARDINO, C. M. *et al.* **Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy.** *Psychol Health*, v. 29, n. 3, p. 334-349, nov./2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160533/>. Acesso em: 17 mai. 2018.

MALDONADO, Maria Tereza; **Psicologia da gravidez.** 17. ed. Petrópolis: Jaguarica, 2013. p. 291.

MIQUELUTTI, Maria Amélia; CECATTI, José Guilherme; MAKUCH, Maria Yolanda. **Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial.** *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 13, p. 154, dez./2005. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-13-154>. Acesso em: 8 mai. 2018.

NWEBUBE, Chineze; GLOVER, Vivette; STEWART, Lauren. **Prenatal listening to songs composed for pregnancy and symptoms of anxiety and depression: a pilot study.** *BMC Complementary and Alternative Medicine*, v. 17, p. 256, mai./2017. Disponível em: <https://bmccomplementalmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12906-017-1759-3>. Acesso em: 23 mai. 2018.

TAYLOR, Billie Lever; CAVANAGH, Kate; STRAUSS, Clara. **The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *PLOS ONE*, v. 11, mai./2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0155720&type=printable>. Acesso em: 15 mai. 2018.

WOOLHOUSE, H. *et al.* **Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital.** *BMC Pregnancy Childbirth*, v. 14, p. 369, out./2014. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0369-z>. Acesso em: 15 mai. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return.** Disponível em: <https://www.who.int/news-room/headlines/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>. Acesso em: 19 jun. 2018.

AÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 05/02/2020

Larissa Jales de Matos

Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)
Instituto de Ciências da Saúde-Curso de
Enfermagem
Redenção-Ceará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0365907603037409>

Marianna Carvalho e Souza Leão Cavalcanti

Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)
Instituto de Ciências da Saúde-Curso de
Enfermagem
Redenção-Ceará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2439874638623687>

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>

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>

RESUMO: O puerpério se caracteriza como um período que compreende diversas modificações físicas nas mulheres demandando cuidados específicos por parte do enfermeiro que contemplem as necessidades da puérpera e do bebê com base em uma assistência sistematizada. Nesse contexto, objetivou-se relatar a experiência acerca da elaboração do plano de cuidados de Enfermagem a uma puérpera com histórico de Parada de Progressão do Trabalho de Parto (PPTP). Trata-se de um relato de experiência descritivo e qualitativo acerca da elaboração de um plano de cuidados de Enfermagem a uma puérpera com histórico de Parada de Progressão do Trabalho de Parto (PPTP). A vivência ocorreu em fevereiro de 2019, durante as práticas da disciplina Processo de Cuidar na Saúde Sexual e Reprodutiva do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. O local do estágio foi um hospital da rede Amigo da Criança, localizado na região metropolitana da cidade de Fortaleza, Ceará. O plano de cuidados baseou-se na tríade taxonômica NANDA, NOC e NIC. Percebe-se uma relevância do estudo para uma análise sistemática dos cuidados de enfermagem, haja vista que o desenvolvimento do plano de cuidados garante a qualidade da assistência

contribuindo para incremento efetivo de estratégias e ações de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Período pós-parto; Cuidados de Enfermagem; Saúde da Mulher.

NURSING ACTIONS DURING THE POST-BIRTH PERIOD: A REPORT OF EXPERIENCE

ABSTRACT: The puerperium is characterized as a period that comprises several physical changes in women demanding specific care from nurses that address the needs of the postpartum and the baby based on a systematized care. In this context, the objective was to report the experience about the elaboration of the Nursing care plan to a postpartum woman with a history of Labor Progression Stop (PPTP). This is a descriptive and qualitative experience report about the elaboration of a Nursing care plan for a postpartum woman with a history of Parade of Progression of Labor (PPTP). The experience took place in February 2019, during the practices of the discipline Process of Caring in Sexual and Reproductive Health of the Nursing course at the University of International Integration of Afro-Brazilian Lusophony. The stage of the internship was a hospital of the Amigo da Criança network, located in the metropolitan region of Fortaleza, Ceará. The care plan was based on the taxonomic triad NANDA, NOC and NIC. The relevance of the study to a systematic analysis of nursing care is perceived, given that the development of the care plan ensures the quality of care contributing to the effective increase of nursing strategies and actions

KEYWORDS: Postpartumperiod; Nursing care; Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

O puerpério é o período que sucede o parto e, sob o ponto de vista fisiológico, compreende os processos involutivos e de recuperação do organismo materno após a gestação. Além disso, o puerpério é também caracterizado por marcantes mudanças em diversos outros aspectos da vida feminina, sejam eles conjugais, familiares, sociais ou profissionais. Nesse sentido, há de se compreender a importância de uma assistência projetada no sentido de favorecer uma experiência materna efetivamente saudável e de bem-estar (REZENDE, 2017).

Embora a maioria das alterações no pós-parto sejam fisiológicas, as puérperas convivem com mudanças, medos, desafios, anseios e situações de risco que podem afetar negativamente o binômio mãe-filho. Somam-se a estes riscos os problemas reais já instalados, que indicam a necessidade de atuação da Enfermagem através de uma assistência mais próxima da mulher (SOUZA; FERNANDES, 2015).

Neste contexto, a maior incidência nas indicações de cesárea está na desproporção cefalopélvica (DCP), onde há uma desproporcionalidade entre

a bacia e o feto (MONTEIRO; PEREIRA, 2017). Nas apresentações cefálicas, a desproporção decorre do volume demasiado ou da atitude viciosa da cabeça. No entanto, as apresentações anômalas constituem casos particulares de desproporção. Com isso, mulheres de pequena estatura com fetos grandes correm o risco de desenvolver o problema, além de fraturas prévias da pelve ou doenças ósseas de natureza metabólica (REZENDE, 2017).

O diagnóstico de desproporção cefalopélvica só pode ser adequadamente realizado após a prova de trabalho de parto, sendo a pelvimetria de valor limitado para o diagnóstico antecipado. A representação gráfica desta alteração pode ser visualizada no partograma, tanto com a parada da dilatação cervical, quanto com a parada da descida fetal. A desproporção pode levar ao trabalho de parto obstruído, ocasionando prejuízos maternos - como isquemia de tecidos da pelve e rotura uterina - e fetais, destacando-se a hipóxia. O uso do partograma é de grande utilidade para o diagnóstico desta condição, que deve ser resolvida por cesárea (HADDAD; CECATTI, 2011).

O parto por cesárea deve ser indicado quando apresentar algum risco para mulher ou para criança. O sofrimento fetal agudo e a desproporção cefalopélvica representam as duas mais frequentes indicações de cesáreas utilizadas na prática quando não existe uma indicação médica confirmada (HADDAD; CECATTI, 2011).

Deste modo, suspeita-se de desproporção cefalopélvica quando o progresso do parto for lento e arrastado, apesar da eficiente contratilidade uterina, não houver insinuação da cabeça fetal (nas primíparas), quando o toque vaginal revelar moldagem acentuada da cabeça e bossa serossanguínea e/ou a cabeça estiver deficientemente aplicada ao colo. Atualmente, o diagnóstico da DCP baseia-se na observação de trabalho de parto protraído ou das “paradas de progressão” durante a fase ativa (REZENDE, 2017).

No contexto do acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal, o enfermeiro apresenta papel fundamental no planejamento da assistência, assegurando que as informações referentes a hábitos e experiências de vida, crenças, aspectos culturais, e conhecimento prévio da mulher, sejam observadas pela equipe de Enfermagem, em virtude da significativa contribuição para a elaboração de intervenções direcionadas às necessidades (SPINDOLA; PENHA; LAPA, 2017).

O enfermeiro deve, portanto, desenvolver habilidades técnico-científicas que favoreçam a organização e sistematização do cuidado. A Enfermagem moderna utiliza os conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados e reformulados para implementar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) (SANTOS, 2012). A Resolução COFEN nº 358/2009 considera que a SAE “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumento, tornando possível a organização do Processo de Enfermagem” (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem (PE) “é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional da Enfermagem e a documentação da prática profissional”, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional. O registro deve ser realizado formalmente em um instrumento que apresente o resumo dos dados coletados durante a consulta de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem identificados a partir da consulta, as ações de enfermagem realizadas e os resultados alcançados (COFEN, 2009).

Especificamente no puerpério, período durante o qual se observam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna após o parto, é de suma importância que o Processo de Enfermagem também seja estabelecido. Nesta etapa, registra-se a ocorrência de importantes modificações gerais, que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da gravidez. A relevância e a extensão desses processos são proporcionais à importância das transformações gestativas experimentadas e diretamente subordinadas à duração da gravidez (REZENDE, 2014).

A assistência de enfermagem no pré-operatório é fundamental. Neste momento deve-se estabelecer uma relação de proximidade e confiança, favorecendo o momento do parto (BRUNNER; SUDDARTH, 2014). Nessa perspectiva, esta assistência ao momento do parto inicia-se desde o pré-natal, onde a gestante deve ser informada sobre o tipo, reconhecimento dos sinais do início, evolução e procedimentos utilizados no parto, possíveis intercorrências que possam levar a uma cesárea, suas indicações e risco afim de que a gestante vivencie esse momento com segurança e autonomia (BRASIL, 2010).

O pré-operatório é um momento que pode acarretar ansiedade, dúvidas e insegurança. Diante disto, as intervenções de enfermagem devem atender a todas as necessidades psicológicas (esclarecimento de dúvidas); verificar sinais vitais, pesar a paciente, colher material para exames conforme solicitação médica, observar higiene oral e corporal antes de encaminhar a paciente, esvaziar a bexiga 30 minutos antes da cirurgia, retirar próteses dentárias, joias, ornamentos e identificá-los e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico (BRUNNER; SUDDARTH, 2014).

Nesse contexto, o presente trabalho objetivou relatar a experiência acerca da elaboração do plano de cuidados de Enfermagem a uma puérpera com histórico de Parada de Progressão do Trabalho de Parto (PPTP).

2 | MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência descritivo e qualitativo acerca da elaboração de um plano de cuidados de Enfermagem a uma puérpera com histórico de Parada de Progressão do Trabalho de Parto (PPTP). A vivência ocorreu em

fevereiro de 2019, durante as práticas da disciplina Processo de Cuidar na Saúde Sexual e Reprodutiva do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). O local do estágio foi um hospital da rede Amigo da Criança, localizado na região metropolitana da cidade de Fortaleza, Ceará.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Oportunamente, foram realizadas orientações e o esclarecimento de dúvidas, bem como a elaboração da evolução de Enfermagem pela acadêmica.

Posteriormente, foram identificados e elencados os principais diagnósticos de Enfermagem, selecionando-se os quatro prioritários para a elaboração do plano de cuidados, o qual foi embasado nas taxonomias NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association*), NOC (*Nursing Outcomes Classification- Classificação dos Resultados de Enfermagem*) e NIC (*Nursing Interventions Classification- Classificação das Intervenções de Enfermagem*).

Destaca-se que no contexto deste relato foram respeitados os princípios éticos preconizados pela Resolução 466/2012 que envolve a pesquisa científica com seres humanos. Foram resguardados o anonimato e confidencialidade das informações, além dos princípios de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Salienta-se que os dados apresentados são referentes somente às evidências clínicas para suporte dos diagnósticos de Enfermagem e que não permitem identificar a puérpera assistida.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Histórico

Paciente internada no dia 11 de fevereiro de 2019 às 23 horas e 45 minutos por motivo de parto ativo, com 5 cm de dilatação e altura da apresentação +2 na escala DeLee. Sorologia não reagente para sífilis e HIV. No dia 12 de fevereiro de 2019, às 07 horas e 23 minutos, a paciente apresentava 8 cm de dilatação com altura da apresentação +1 na escala DeLee. Após dilatação completa, sem alteração da altura da apresentação cefálica, foi diagnosticada desproporção céfalo-pélvica por diâmetros reduzidos da pelve materna, tendo em consideração o peso adequado da criança e a normalidade de suas dimensões cefálicas. A Pressão Arterial apresentou-se elevada (160/90 mmHg) durante trabalho de parto (TP), o qual não foi induzido. Por conseguinte, o parto ocorreu por cesárea com raqui-anestesia, no dia 12 de fevereiro de 2019, com 40 semanas de gestação, criança viva com Apgar 9. Nas primeiras 48h de puerpério imediato, a paciente foi tratada seguindo esquema terapêutico com Soro Fisiológico 0,9%, Soro Glicosado 5%, ocitocina, cetoprofeno,

buscopam composto e plamet. Recebeu alta após completadas 48h de pós-parto e após avaliação médica e de Enfermagem.

Evolução de Enfermagem: dia 14 de fevereiro de 2019

Paciente empuerpério imediato, parto cesáreo, segue consciente, orientada, verbalizando necessidades humanas básicas em normocorada. Sinais Vitais: Pressão Arterial: 128/80 mmHg; Frequência Respiratória: 18 irpm; Frequência Cardíaca: 66 bpm; Temperatura: 36,2 °C. Paciente com mamas macias, mamilos protrusos, sem sinais inflamatórios. Realizada palpação do globo de segurança de Pinard, abaixo da cicatriz umbilical. Eliminações presentes e normoativas. Ferida operatória sem sinais flogísticos. Lóquios rubros e sem odor. Edema discreto em membro inferior (+); sinal de Homans negativo, sem sinais de tromboflebite. Realizadas orientações quanto o autocuidado relacionado à nutrição, higiene e atividade sexual, e cuidados com o recém nascido e amamentação.

Plano de cuidados de Enfermagem

De acordo com o raciocínio clínico e diagnóstico foi possível identificar quatro Diagnósticos de Enfermagem prioritários acompanhados de seus respectivos resultados esperados e intervenções, os quais compuseram o plano de cuidados da puérpera (Quadro 1).

Diagnóstico de Enfermagem	
Disposição para processo perinatológico melhorado caracterizado pelo desejo expresso de aumentar o comportamento de vínculo e as técnicas de cuidado do bebê, após o nascimento.	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> - Criação do filho: segurança física na primeira infância; - Criação do filho: desempenho dos pais; - Segurança psicossocial dos pais; - Desempenho adequado do cuidador; - Uso de suporte da família; - Participação conjunta da família; - Cuidado eficaz com o bebê; - Limpeza adequada do coto umbilical. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar quanto aos cuidados; - Apoiar o cuidador; - Melhorar a rede de apoio; - Prover apoio familiar; - Incentivar assistência à amamentação; - Assistir o cuidado ao recém-nascido; - Promover o envolvimento familiar.
Diagnóstico de Enfermagem	
Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada à gestação e procedimento cirúrgico evidenciada por edema.	
Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem

<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção do equilíbrio hídrico; - Realização da ingestão adequada de água e nutrientes; - Monitoração de mudança dos lóquios; - Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; - Manutenção de atividade regular (deambulação); - Manutenção da mecânica corporal adequada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar SSVV; - Monitorar padrões de involução uterina; - Verificar perda sanguínea (lóquios); - Estimular a deambulação; - Orientar quanto aos cuidados; - Realizar precauções circulatórias; - Realizar precauções contra embolia periférica.
Diagnóstico de Enfermagem	
Risco de infecção evidenciado por alteração na integridade da pele.	
Resultados esperados	Intervenções
<ul style="list-style-type: none"> - Controle de riscos; - Cicatrização da incisão cirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar assistência no autocuidado; - Prover cuidados à ferida operatória: supervisionar diariamente e realizar troca de curativo, conforme necessidade.
Diagnóstico de Enfermagem	
Disposição para amamentação melhorada evidenciada pelo desejo expresso de melhorar a capacidade de amamentar com exclusividade e para atender às necessidades nutricionais da criança.	
Resultados esperados	Intervenções
<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção da amamentação; - Favorecimento do vínculo mãe-bebê; - Manutenção da técnica correta do posicionamento do bebê e da pega da mama durante a amamentação; - Sinais de fornecimento adequado de leite; - Ingesta nutricional adequada pelo bebê; - Sinais de bebê bem alimentado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a amamentação; - Orientar para o planejamento da dieta materna; - Acompanhar a lactação; - Avaliar as mamas quanto aos sinais de ingurgitação ou inflamação (mastite).

Com base na avaliação realizada, nota-se a boa evolução da paciente durante o período puerperal imediato, sendo desenvolvido o processo de enfermagem supracitado. Para que ocorra uma assistência com autonomia à puérpera, são necessários instrumentos metodológicos que padronizem a linguagem da profissão. Entendendo que a autonomia do enfermeiro frente aos problemas do paciente é comprovada pela utilização dos diagnósticos de Enfermagem (DE), torna-se possível criar um plano de cuidados que auxilie diretamente a cliente e sua família (VANETTI; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2018).

Posto isto, após a chegada de um filho, os laços familiares são fortalecidos e a puérpera pode então contar com uma rede de apoio, de tal modo que foi possível evidenciar o DE disposição para processo perinatólogo melhorado, além de disposição para amamentação melhorada. No entanto, de acordo com os dados achados ao exame físico, encontrou-se o DE de perfusão tissular periférica ineficaz, sendo este diagnóstico comum em mulheres submetidas a um parto cesárea, assim como o DE risco de infecção.

Em outros estudos com puérperas, também encontraram frequência aumentada

no DE risco de infecção (93,5%) no puerpério. Salientaram, ainda, sobre a infecção puerperal, que a incidência dessas complicações foi diminuída pela técnica asséptica e pelos avanços tecnológicos, porém, ainda é uma das principais causas de morbidade materna. Nesse sentido, é necessária uma abordagem profilática e voltada para o reconhecimento precoce da infecção e para o tratamento imediato e rigoroso (VANETTI; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2018).

O período de pós-parto imediato é um período delicado em que a enfermagem deve ter um cuidado mais específico e criterioso. Ademais, as ações devem ser individualizadas, considerando que cada mulher tem o físico, social, religioso e emocional diferentes em que devem ser respeitados (GOMES; SANTOS, 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se uma relevância do estudo para uma análise sistemática dos cuidados de enfermagem, haja vista que o desenvolvimento do plano de cuidados garante a qualidade da assistência contribuindo para incremento efetivo de estratégias e ações de enfermagem. Além disso, oferece subsídios para eficácia do plano terapêutico, analisando na perspectiva social, biológica e psicológica compreendendo a partir de uma visão holística. Logo, nota-se a importância deste instrumento como ferramenta de trabalho do enfermeiro.

A sistematização da assistência de enfermagem garante uma assistência individualizada, proporcionando conforto, alívio e segurança da paciente e da família durante todo o processo anteparto, parto e pós-parto.

É notório a importância da construção do presente trabalho para o enriquecimento profissional e acadêmico dos discentes, proporcionando uma experiência rica com valores singulares. Vale ressaltar a contribuição positiva das orientações realizadas pela docente de campo, proporcionando a elaboração de um raciocínio clínico efetivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, 2012. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico – cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN Nº 358 de 15 de

outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 04 nov 2019.

GOMES, Gabriella Farias; SANTOS, Ana Paula Vidal dos. Assistência de Enfermagem no puerpério. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p.211-220, 30 out. 2017.

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo**, v. 33, n. 5, p. 252 – 262, 2011.

JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA - NOC - NIC**: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. 3 ed. *Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.*

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. São Paulo: Atrmed, 2018.

MONTEIRO, Adriano Kerles de Deus; PEREIRA, Bruno Gomes. Incidência das indicações de cesarianas realizadas em um hospital público do estado do Tocantins: alguns questionamentos a partir de uma visão sociopragnática. **Revista Cereus**, v. 9, n. esp, p. 01 – 16, ago/dez 2017.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 13ª edição. *Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.*

SANTOS, R. B.; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem no Centro Obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.1, p. 13 -18,2012.

SOUZA, A. B. Q.; FERNANDES, B. M. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. **Revista Rene**, v. 15, n. 4, p. 594 -604, 2015.

SPINDOLA, T.; PENHA, L. H.; LAPA, A. T.Período pós parto na ótica de mulheres atendidas em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n.1, p. 42 -46, 2017.

VANETTI, Jéssica Priscila Matias; OLIVEIRA, Talita Cristina da Silva de; ALMEIDA, Janie Maria de. Identificação de diagnósticos de enfermagem em alojamento conjunto da maternidade de um hospital terciário. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.183-188, 29 jan. 2018.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM ADOLESCENTES

Data de aceite: 05/02/2020

Iranete Oliveira de Castro

Acadêmica do Curso de Enfermagem
netinhacastro@gmail.com

Marcia Silva Nogueira

Professora do Curso de Enfermagem

RESUMO: **Introdução:** O período da adolescência é marcado por grandes mudanças psicossociais e físicas, a gravidez na adolescência é um problema “social”, que ocorre mais em adolescentes de classe econômica menos favorecida, impactando na qualidade de vida por trazer prejuízos biopsicossociais. A depressão pós-parto afeta não somente a mãe, mas também toda a família. **Objetivo:** descrever a atuação do enfermeiro frente à depressão pós-parto em adolescentes. **Materiais e Métodos:** Pesquisa de ordem qualitativa, onde foi feita uma revisão da literatura de maneira descritiva. Para tanto, foram utilizados bases de dados eletrônicos como LILACS, BIREME, SCIELO e periódicos publicados na íntegra em língua portuguesa, no período de 2005 a 2019, seguindo as normas técnicas do NIP e ABNT. **Conclusão:** a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública grave, onde

investimentos em esporte, cultura, educação são essenciais para a redução desses índices. Ficando evidente a relevância da atuação do enfermeiro na linha de frente do acolhimento principalmente nas unidades de Atenção Básica de Saúde Pública.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro. Adolescência. Depressão Pós-Parto.

NURSING'S ACTIVITY AGAINST POSTPARTUM DEPRESSION IN TEENAGERS

ABSTRACT: Introduction: Teenage period is marked by great “psychosocial and physical” changes, and teenage pregnancy is a “social” problem, that occurs more in teenagers of less favored economic class, impacting their quality of life due to biopsychosocial losses. Postpartum depression affects not only the teenage mother but also the whole family. **Objective:** This study aims at describing the nurse’s actions against postpartum depression in teenagers. **Materials and Methods:** A qualitative research was performed by means of a descriptive literature review in which periodicals in Portuguese from 2005 to 2019 in databases as LILACS, BIREME and SCIELO were used according to the norms of ABNT and NIP. **Conclusion:**

Teenage pregnancy is a serious public health problem, and investments in sports, culture, education are essential for reducing these cases. The relevance of the nurse's performance in the front line of reception is evident, especially in the units of Primary Health Care.

KEYWORDS: Nurse. Teenage. Postpartum Depression

1 | INTRODUÇÃO

O período da adolescência é marcado por grandes mudanças psicossociais e físicas na vida de uma adolescente. Essa fase é importante na formação de uma pessoa e é cheia de alterações. A convivência dentro de casa torna-se difícil por inúmeros motivos, ocasionando déficit de comunicação e dando origem a grupos de adolescentes sem conhecimento sobre gravidez e suas possíveis consequências. Sendo uma fase na qual é muito comum a depressão (RESENDE, 2013).

Conforme Barbosa *et al.* (2008), a gravidez na adolescência é um problema social, que ocorre mais em adolescentes de classe econômica menos favorecida, impactando a qualidade de vida por trazer prejuízos biopsicossociais, entre os quais se destaca a depressão pós-parto que, atualmente, é um problema de saúde pública, já que seu diagnóstico pode ser confundido com outros transtornos mentais, ou não é aceito e conhecido pela própria puérpera e seus familiares. A depressão pós-parto tem que ser analisada com muito cuidado, uma vez que afeta o binômio mãe e filho.

Para Abuchaim *et al.* (2016), o período do puerpério demanda cuidados especiais, pois envolve uma série de alterações emocionais, hormonais e físicas, contribuindo ainda mais para que a adolescente que tem inclinação natural para a depressão desenvolva a depressão pós-parto.

A depressão pós-parto afeta não só a mãe, mas toda a família, e pode levar a problemas no casamento, dificuldade de aprendizagem atraso no desenvolvimento cognitivo e social, distúrbios do sono, doenças diarreicas, distúrbios nutricionais e atraso no crescimento. Também é causadora de muitos óbitos em puérperas (LOBATO, 2011).

Para Fonseca (2010), as causas da depressão estão ligadas ao histórico familiar ou financeiro, à violência antes e durante a gravidez, à falta de apoio familiar, à gravidez indesejada, entre outras. Por isso, é aconselhável que as mulheres estejam mais preparadas para as mudanças da maternidade e esperem a formação do organismo, pois a adolescente vive constantes modificações e transformações corporais e psíquicas, passando por processo de autoconhecimento e de compreender a si mesma. Dessa forma, é quase impossível estar preparada e ter estrutura para cuidar de um recém-nascido.

O tratamento da enfermidade é difícil, uma vez que a depressão pós-parto

compromete todo o organismo, pois envolve uma baixa estima que independe de alterações comportamentais e do desejo de mudar para ser tratada. A depressão pós-parto é bem mais complexa, podendo se manifestar de várias maneiras e comprometendo o equilíbrio individual, familiar e a relação mãe e filho. Por isso, faz-se necessário que a sociedade e as adolescentes tenham consciência do transtorno que é a gravidez na adolescência e suas consequências, levando-as a compreender o problema e seus prejuízos (GOMES *et al.*, 2010).

Desse modo, esse trabalho se justifica pelas contribuições acadêmicas e pessoais que pode oferecer ao destacar a importância do enfermeiro frente à depressão pós-parto. Trata-se de um tema que constitui um problema de saúde pública, sendo notória a importância do conhecimento científico do enfermeiro para levar informações à sociedade e, assim, minimizar o impacto na vida das adolescentes, pois a depressão pós-parto causa várias consequências na saúde, na convivência pessoal e social da puérpera.

O objetivo do artigo foi descrever a atuação do enfermeiro frente à depressão pós-parto em adolescentes. Assim, a pergunta central do trabalho é: o surgimento e as consequências da depressão pós-parto em adolescentes podem ser amenizadas através da atuação do enfermeiro especializado?

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia utilizada para elaborar o presente artigo é de ordem qualitativa, e foi feita uma revisão da literatura de maneira descritiva. Para tanto, foram utilizadas bases de dados como LILACS, BIREME, SCIELO e periódicos. Foram definidas, como palavras-chaves: enfermagem, adolescência e depressão pós-parto. Como critérios de inclusão, foram aceitos apenas artigos publicados na íntegra em língua portuguesa, no período de 2005 a 2019, totalizando 27 artigos, e excluídos os que não contemplavam as palavras-chaves e os publicados em outras línguas ou fora do período mencionado. O trabalho seguiu as normas técnicas da ABNT e do NIP (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa).

3 | EMBASAMENTO TEÓRICO

3.1 A depressão

A etiologia da depressão está relacionada a fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sociofamiliares, apresentando diferentes sintomas como insônia, falta de apetite, desânimo, pensamentos de morte próxima e suicídio. Somente depois dos anos 70 a depressão passou a ser foco de estudo para melhor compreensão de

seu processo. Atualmente, as estimativas para 2020 indicam-na como a segunda no ranking que mais acomete pessoas deixando-as incapacitadas em vários aspectos (AVANCI, 2008).

O CID-10 é a ferramenta médica usada para padronizar as doenças, e o conceito referente à depressão caracteriza-a como “estado de rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade” (ROBBE QUINTELLA, 2017).

A depressão, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), tem os seguintes desmembramentos: F320 - Episódio depressivo leve; F321 - Episódio depressivo moderado; F322 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos; F323 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos; F328 - Outros episódios depressivos; F329 - Episódio depressivo não especificado. A partir dessas classificações torna-se possível o acompanhamento e o tratamento adequado ao paciente por meio da equipe multidisciplinar (OMS, 2019).

A depressão pós-parto é conhecida, também, por Transtorno Depressivo Maior (TDM), e é um problema de saúde pública no Brasil, sendo considerada uma “doença” grave, dentro do conhecimento médico, quanto à agressividade das doenças “A depressão, como doença, é classificada, segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V), como um Transtorno do Humor”. Prejudicando a convivência social, o ambiente de trabalho e, principalmente, a parte psíquica do indivíduo que é portador da doença (SILVA, 2018; DSM-V, 2014).

O conceito de depressão é polêmico, pois os autores entram em controvérsias afirmando que é uma patologia, um transtorno, uma doença, uma enfermidade ou uma síndrome psiquiátrica. Mas, segundo Kehl (2009) e Peron (2009), a depressão é o nome contemporâneo para os sofrimentos decorrentes da perda do lugar dos sujeitos junto à versão imaginária do Outro, e atinge todas as certezas imaginárias que sustentam o sentimento de ser. É um fenômeno atual com sintomas sociais mais voltados para as neuroses e não para psicoses como a maioria das pessoas pensa.

Do ponto de vista estatístico, Corrêa (2017), afirma que 5,8% da sociedade brasileira tem depressão, perdendo só para os EUA, com 5,9%. No mundo, são cerca de 350 milhões de pessoas com depressão. Aponta, ainda, que a depressão está fortemente ligada ao suicídio, com registro de 788 mil casos ao ano, mais as tentativas sem sucesso. Em sua concepção, os fatores de risco desencadeantes da depressão são a falta de condições financeiras e a não superação de óbito de alguém próximo.

3.2 Depressão pós-parto na adolescência

A depressão puerperal é denominada “episódio de depressão maior”, ocorrendo principalmente entre a 4ª e a 8ª semana após o nascimento do bebê, atingindo de 5% a 9% da população atual (BRASIL, 2012).

Há, ainda, muitas dúvidas a respeito da diferenciação entre os termos psicose puerperal e depressão pós-parto, que é um estado em que o indivíduo fica deprimido, desanimado, sem apetite; enquanto a psicose puerperal está relacionada a visões e a sons e delírios de morte com o recém-nascido, que costumam surgir logo após o parto. Já a depressão é uma alteração no psíquico de modo crônico e recorrente, onde o humor altera e sentimentos como desânimo, tristeza, desesperança prevalece sobre o indivíduo deprimindo-o quase o tempo inteiro e não somente depois do parto como na depressão puerperal. A compreensão da diferença entre essas três patologias é de suma importância, uma vez que é principalmente a partir delas que mães cometem suicídio (BRASIL, 2012).

Na fase da adolescência, dependendo do contexto social ou familiar em que a pessoa se encontra, muitas vezes os fatores de educação e de conscientização sobre a gravidez na adolescência não são abordados como deveriam e, então, quando a adolescente engravida, ela passa por processos físicos e psíquicos muito complexos para suportar a gravidez, tendo que amadurecer bruscamente com a maternidade e as novas responsabilidades para com o filho e a família (CREMONESE *et al.*, 2017).

Para Moraes (2006) e Baptista (2006), os principais fatores que influenciam o aumento e o surgimento da DPP são relacionados ao “baixo nível socioeconômico e escolar”, mas há outros que também influenciam, como os psicológicos e socioeconômicos, o histórico familiar psiquiátrico, a gravidez não planejada, o desânimo pós-parto, a depressão, as dificuldades no parto, a falta de apoio emocional, não ter companheiro ou cônjuge, não ser de maior idade, morar isolada ou sozinha, além da ansiedade e do estresse durante a gravidez. A questão financeira, a social e a aceitação do bebê são fatores que levam ao surgimento da depressão puerperal.

Dias (2013) ressalta que a origem da depressão pós-parto tem causas multifatoriais, concordando com os demais autores quanto ao aspecto psicológico como principal fator, enfatizando o medo das futuras mães do desconhecido, cuidados, mudança na rotina pessoal e novas responsabilidades. Por outro lado, fatores como tipo de parto, assistência prestada por profissionais na hora do parto, convívio familiar e no trabalho, questões financeiras, escolar e idade não influenciam diretamente como causa etiológica da DPP.

Para Cardillo *et al.* (2016), a depressão pós-parto, afeta de diferentes maneiras, a vida da adolescentenos aspectos social, psicológico e de convivência mãe e filho. Nessa última, com atenção maior, pois a criança pode ser prejudicada e acabar contribuindo para que a adolescente desenvolva depressão com muito mais facilidade. O cuidado para com os suicídios é essencial, pois, nessa fase da depressão puerperal, as mães apresentam mais tendência a se autoexterminarem, sendo que a cada 100 mil nascimento, ocorrem três a onze casos de suicídio.

3.3 Gravidez na adolescência com mudanças em diversos aspectos e nova realidade a ser enfrentada incluindo a depressão

O ciclo menstrual feminino, em 1900, tinha início por volta “dos 16, 17 anos de idade”. Atualmente inicia-se aos 11,12 anos. Não se sabe com exatidão o motivo dessa mudança, mas uma das causas possíveis, e que se destaca, é relacionada à alimentação. Pelo fato da menstruação ter início mais precocemente, o mesmo ocorre, como consequência, com a fertilidade feminina e a atividade sexual. Assim, os riscos referentes à gravidez na adolescência aumentam consideravelmente (VARELLA, 2017).

Engravidar quando ainda adolescente não é apenas problema de saúde pública, porque essa adolescente pode desenvolver depressão pós-parto e, assim, envolver um contexto bem mais complexo, por não ter preparo físico nem mental, nem maturidade para diferenciar, em muitas situações, o que é melhor para si. Então, como saber cuidar e, principalmente, educar outra criança para que se torne um cidadão de bem? Essa e outras complicações mostram que a gravidez na adolescência é questão grave de saúde pública (SOUZA, 2016).

A gravidez é um período singular na vida de cada mulher, momento repleto de mudanças em todos os aspectos -fisiológicos, psicológicos, sociais - da vida da futura mãe. É processo natural em uma gestante preparada e com idade para desenvolver a gestação. Já uma adolescente está em fase de desenvolvimento corporal, mental e interativo. Então, engravidar nessa fase torna muito complexo fazê-la entender o que é o primeiro trimestre gestacional, com aumento e dores das mamas, enjoos, vômitos, indisposições (BARBOSA *et al.* 2008; BAPTISTA, 2006).

O segundo trimestre gestacional é mais equilibrado. A mãe já consegue sentir os movimentos do bebê e muitos desconfortos passam. No terceiro trimestre, a ansiedade é o que vigora, pois começam a surgir o medo do parto, a vontade de conhecer (ou não) o rosto do bebê, entre outros. Tudo isso é muita informação para uma adolescente assimilar, o que torna mais difícil para ela desenvolver a gestação sem danos futuros que possam levá-la a uma DPP. É a plena consciência desse quadro que vai influenciar a autoaceitação, a prevenção, o autocuidado e até a adesão ao tratamento (BAPTISTA, 2006).

Após a análise e a confirmação detalhadas e cuidadosas do diagnóstico de uma adolescente com depressão, são necessárias muitas estratégias para adaptá-la às novas mudanças em prol de sua saúde e de todos que a cercam. O que muitas delas afirmam acerca da depressão é que “não conhece outro modo de estar no mundo além da depressão”. Essa é uma afirmação que exige muita atenção para com esse público, porque o próximo passo, e que se torna bem claro, é o possível suicídio (KEHL, 2009; HEGUEDUSCH, 2017).

3.4 O papel do enfermeiro na prevenção e acompanhamento da depressão pós-parto em adolescentes

A atuação do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto é fundamental e tem início com orientações para as adolescentes ainda no pré-natal, para que elas conheçam os riscos que poderão correr após o parto e que podem afetar toda a família (BOTH *et al.*, 2016; JORDÃO, 2017).

Fonseca (2010) enfatiza a importância da equipe multiprofissional, pois uma especialidade muito necessária ao suporte mental é o psicólogo e/ou psiquiatra, já que alterações psíquicas são características da depressão pós-parto.

O enfermeiro, em especial os da atenção básica, são os mais próximos da adolescente e que melhor conseguiriam alcançar as metas de orientá-las e os familiares quanto às mudanças e aos impactos ocasionados pela gravidez nesta fase da vida. Cabe-lhes orientar as adolescentes quanto a seus direitos durante a gravidez, como consulta mensal, acompanhamento pré-natal, licença maternidade e outros presentes no dia a dia. É importante, também, encorajar a adolescente a não desistir dos estudos, mostrando a diferença que isso fará no futuro (CREMONESE *et al.*, 2017; CAMPOS, 2015).

O acolhimento e a consulta oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde são os meios que enfermeiros e integrantes da equipe multidisciplinar têm para se aproximar, conversar, compreender e permitir que a gestante ou puérpera se sinta bem, confiante e segura para compreender o que está ocorrendo com ela naquele momento. Do contrário, se atendidas com críticas, má educação ou má vontade, as puérperas ou gestantes que procuram ajuda se afastarão aos poucos, e a oportunidade de os profissionais realizarem a assistência no combate à depressão será prejudicada por falta de compromisso e de ética dos profissionais, levando à perda do vínculo de confiança criado entre profissional e usuário (BRASIL, 2013).

Hoje, adquirir um estilo de vida saudável é um desafio difícil devido à correria e aos diversos cardápios de lanches rápidos disponíveis na sociedade. Porém, para uma gestante ou puérpera, a alimentação saudável e adequada ajuda a prevenir e reduzir a depressão pós-parto, pois as adolescentes no puerpério apresentam níveis de depressão superior às mulheres adultas e às adolescentes não grávidas. O enfermeiro da atenção básica pode adotar, na sua unidade, um sistema de investigação e rastreamento da depressão com o intuito de reduzir esse problema de saúde pública (CARDILLO *et al.*, 2016).

Segundo Moraes (2006), os altos índices de DPP a tornam uma questão emergente de saúde pública, solicitando medidas de acompanhamento às gestantes e às puérperas, envolvendo, principalmente, a prevenção e, para casos já confirmados, oferecer o tratamento adequado. Prevenção e tratamento visam

a oferecer qualidade de vida a mulheres suscetíveis de DPP, pois, aos poucos, a depressão alcança toda família e as pessoas do convívio da mãe ou futura mãe.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido para a viabilização desse trabalho resultou em grande satisfação, pois, como já descrito, a gravidez na adolescência é um grave problema de saúde pública. E o principal vilão é a falta de conhecimento e de informações corretas para as adolescentes, que têm ciclo menstrual mais cedo e, devido às desvantagens econômicas e à falta de orientações adequadas, engravidam quando ainda estão se modificando em aspectos mentais, físicos e até sociais. A depressão é oportunista, pois pode resultar do volume de informações a serem apreendidas em pouco tempo, e a futura mãe tem que compreender e estar preparada para educar e criar o filho de forma a torná-lo um bom cidadão.

Ações voltadas para o esporte, a cultura e a educação são essenciais nesse processo. Os profissionais de saúde também devem estar capacitados para saber acolher e acompanhar as gestantes e puérperas de modo correto, baseados em conhecimento teórico, técnico e prático.

O trabalho foi de grande importância, pois, a partir dele, o conhecimento de outras pessoas pôde ser compartilhado e, também, mostrar que a depressão puerperal é real, existe e não se trata de simples “frescura”, como é vista pela maioria da sociedade leiga, atestando o quanto a depressão é complexa e abrangente, e, na adolescência, se torna ainda mais preocupante.

Fica evidente a relevância do aprendizado quanto à atuação do enfermeiro na linha de frente do acolhimento, principalmente nas unidades de Atenção Básica de Saúde Pública. As orientações sugeridas são que as gestantes e puérperas não deixem de comparecer às consultas de pré-natal e de acompanhamento da puérpera e da criança. Quanto aos profissionais, cabe a eles levar o conhecimento e as orientações às adolescentes por meio de estratégias que envolvam esse público.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, Erika de Sá Vieira *et al.* Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, Nov./Dez. 2016, Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307050383010>>. Acesso em 27 Set. 2018.

AVANCI, Joviana Q.; ASSIS, Simone G.; OLIVEIRA, Raquel V. C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 10, p. 2334-2346, out, 2008. Disponível em < <https://www.scielo.org/pdf/csp/2008.v24n10/2334-2346>>. Acesso em: 17 out. 2018.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; TORRES, Erika Cristina Rodrigues.

Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Psic**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 39-48, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 8 maio 2019.

BARBOSA, Edilene Maria da Silva *et al.* Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 86-87, Mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000100016>.

BOTH, Caroline Tháiset *al.* Depressão pós-parto na produção científica da enfermagem brasileira: revisão narrativa. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, p. 67-81, 2016. Disponível em <<http://200.19.0.178/index.php/enfermagem/article/view/5251/789>>. Acesso em 17 out. 2018.

BRASIL, Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32 pré-natal). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em 17 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 173, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 18 Maio 2019.

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 483-492, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>.

CARDILLO, Vanessa Agustinho *et al.* Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, mar. 2016. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/32728>>. Acesso em 17 out. 2018. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.32728>.

CORRÊA, Angelitta Junie B. Alves. **O diagnóstico de depressão como posição de valor e o conceito de normatividade vital**. Volta Redonda, p. 9-39, 2017. Disponível em <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/5524/2/TCC%20Angelitta%20Junie.pdf>>. Acesso em 16 out. 2018.

CREMONESE, Luiza *et al.* Apoio social na perspectiva da puérpera adolescente. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, Brasil, vol. 21, n. 4, pp. 1-8, 2017. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127752022012.pdf>>. Acesso em 17 out. 2018.

DIAS, Larissa Oliveira; COARACY, Thalissa Mayara Sousa. Produção científica com enfoque na depressão pós-parto: fatores de risco e suas repercussões. **R. Interd.** v.6, n.4, p.205-215, out.nov. dez. 2013 disponível em <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/185/pdf_20>. Acesso em 18 maio 2019.

DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [*et al.*]. 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em <<http://www.tdahmente.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acesso em 15 maio 2019.

FONSECA, Vera Regina J. R. M.; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 27 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400016>.

GOMES, Lorena Andrade *et al.* Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027973013>>. Acesso em 27 Set. 2018.

HEGUEDUSCH, Carolina Villanova; JUSTO, José Sterza; MOLINA, José Artur. Depressão na atualidade: estrutura psíquica ou metáfora do psiquismo? Um diálogo entre Maria Rita Kehl e Pierre Fédida. **Cad. psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 37, p. 29-51, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952017000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 12 jun. 2019.

JORDÃO, Rhayza Rhavênia Rodrigues *et al.* Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Desempenho do Papel Ineficaz. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, nov. 2017. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42306>>. Acesso em: 23 out. 2018. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.42306>.

KEHL, Maria Rita O tempo e o cão: a atualidade das depressões / Maria Rita Kehl. - São Paulo: **Boitempo**, 2009. Disponível em: <<http://meridianum.ufsc.br/files/2017/09/KEHL-Maria-Rita.-O-tempo-e-o-c%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 11 Jun. 2019.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Cláudia L; REICHENHEIM, Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde. Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000400003>.

MORAES, Inácia Gomes da Silva *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 2019.

PERON, Paula Regina. A espinhosa questão da depressão – resenha de O tempo e o cão – a atualidade das depressões, de Maria Rita Kehl – 2009. **Psic. Rev. São Paulo**, volume 18, n.2, 279-285, 2009. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/download/4374/2961>>. Acesso em 11 Jun. 2019.

RESENDE, Catarina; SANTOS, Elisabete Paulo; FERRÃO, Alzira. Depressão nos adolescentes: mito ou realidade?. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 22, n. 3, p. 145-150, set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 set. 2018.

ROBBE QUINTELLA, Rogério. Questões acerca do diagnóstico da depressão e sua relação com o campo médico e científico. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 28, n. 60, nov. 2017. ISSN 1980-5942. Disponível em <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19913/19211>>. Acesso em: 16 out. 2018.

SILVA, Thais Rodrigues; CARVALHO, Eliane Alicrim. Depressão em professores universitários: uma revisão da literatura brasileira. **Revista Uningá review**, v. 28, n. 1, jan. 2018. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1840>. Acesso em 17 out. 2018.

SOUZA, Samia Tahís Almeida de *et al.*, Depressão pós-parto em adolescentes. 2016. Disponível em <<https://www.repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/732/1/Tcc.pdf>>. Acesso em 15 maio 2019.

VARELLA, Drauzio. Menarca e menopausa/artigo. **Portal Drauzio**. Disponível em: <<https://drauzioarella.uol.com.br/drauzio/artigos/menarca-e-menopausa-artigo/>>. Acesso em 15 maio 2019.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 22/12/2019

Grajaú - Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/9386714729783198>

Cianna Nunes Rodrigues

Universidade Ceuma

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/3795757806033115>

Débora Luana Ribeiro Pessoa

Universidade Federal do Maranhão

Pinheiro – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/2537676284852975>

Aline Sharlon Maciel Batista Ramos

Universidade Ceuma

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/4105291419210575>

Maria Francisca Vieira Borges

Faculdade Pitágoras

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/6301310595585751>

Isabela Bastos Jácome de Souza

Faculdade Laboro

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/2961848313000234>

Hariane Freitas Rocha Almeida

Universidade Ceuma

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/1745924084430221>

Rafael Mondego Fontenele

Universidade Ceuma

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/1922989035411602>

Daniel Mussuri de Gouveia

Universidade Estadual do Maranhão

Marcia Cristina Aguiar Mendes Machado

Universidade Ceuma

São Luís – Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/6131490669264522>

RESUMO: Este trabalho objetivou analisar, através de uma revisão integrativa, assistência de enfermagem a mulher que sofreu violência doméstica. Utilizou-se, como fonte, a Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os artigos que embasaram a construção do estudo compreendem publicações referentes ao período dos anos de 2006 a 2016. Foram encontrados 217 artigos, dos quais após a leitura do título 41 permaneceram, destes 8 só possuíam o resumo, ficando para a leitura do resumo 33 artigos. Após a leitura do resumo, foram excluídos 13 artigos, ficando somente 20 estudos que estavam dentro do critério de inclusão e permaneceram para a revisão. Verificou-se predominância de estudo de campo, exploratório (55%), seguido de revisão

de literatura (45%). Observou-se que a violência contra mulher além de ser uma problemática de questão pública, cultural e social, sendo este uma realidade comum, que nos coloca frente da desarticulação e da inoperância das políticas sociais e de saúde as mulheres vítimas de violência. Conclui-se que a assistência de enfermagem é essencial para as mulheres em situação de violência, pois além do cuidado físico, este profissional pode trabalhar com o emocional e da individualidade da paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica. Mulheres. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to analyze, through an integrative review, nursing care for women who suffered domestic violence. It was used as a source, the Scientific Electronic Library Online (SciELO). Articles that supported the construction of the study include publications for the period of 2006 to 2016. We found 217 articles, of which after reading the title 41 remained, these 8 had only the short, getting to the reading of the summary 33 articles. After reading the summary, were excluded 13 items, leaving only 20 studies that were within the inclusion criteria and remained for review. There was a predominance field of study, exploratory (55%), followed by literature review (45%). It was observed that violence against women as well as being a problematic issue of public, cultural and social, which is a common reality, which puts us ahead of disarticulation and inefficiency of social policies and health women victims of violence. It was concluded that nursing care is essential for women in situations of violence, because besides the physical care, this professional can work with the emotional and individuality of the patient.

KEYWORDS: Domestic violence. Women. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A violência doméstica à mulher é um problema mundial, que fere direitos humanos relativamente recentes, constituindo-se como novo objeto de intervenção para os serviços dos vários setores da sociedade e para seus profissionais, sendo este a temática trabalhada nesse estudo (LETTIERE et al., 2008).

A condição de violência está associada a problemas diversos, complexos e de diferentes justificativas. Além disso, deve estar acompanhada também à pobreza, escolaridade baixa e impulso do agressor. A violência contra a mulher é um “fenômeno multicausal, multidimensional, multifacetado e intransparente” (FONSECA et al., 2012).

A violência doméstica contra a mulher atinge de várias maneiras, como no trabalho, nas relações sociais e na saúde. Conforme o Banco Mundial, um em cada cinco dias de absenteísmo ao trabalho é ocasionado pela violência sofrida pelas mulheres em seus lares e a cada cinco anos, a mulher que sofre violência perde um ano de sua vida (RIBEIRO; COUTINHO, 2011).

Nesse contexto, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), apesar de ser um avanço no enfrentamento dos agravos à saúde da mulher, entretanto não incorporou imediatamente, em suas diretrizes, a violência. Este programa estava voltado inicialmente para o direito da reprodução humana, sendo que a temática surgiu relacionada com a prática do aborto legal e alguns casos ressaltam a violência sexual, entretanto não enfatiza a violência sexual nas relações com os parceiros, maridos ou companheiros (FONSECA et al., 2012).

A assistência proporcionada à mulher no serviço de saúde, sobretudo na atenção básica, possibilitará na construção de estratégias para o enfrentamento da violência que esta paciente está sofrendo, sendo ações que auxiliarão na mudança do quadro, diminuindo ou eliminando a vulnerabilidade à violência e gerando a saúde e os direitos de cidadania (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, chegou-se aos seguintes questionamentos: como assistência de enfermagem pode ajudar no cuidado a mulher que sofreu violência doméstica?

Nesse contexto, o profissional de enfermagem possui um papel de suma importância na atenção à mulher em situação de violência, tanto no que diz respeito aos agravos resultantes dessa situação, como na intervenção precoce de situações que ocasionam a agressão, especialmente doméstica.

Diante do exposto, este trabalho objetivou analisar, através de uma revisão integrativa, assistência de enfermagem a mulher que sofreu violência doméstica.

2 | METODOLOGIA

Como encaminhamento metodológico, optou-se por trabalhar com revisão integrativa. Utilizou-se, como fonte, a Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram utilizadas três terminologias em saúde consultadas nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/BIREME): “violência doméstica”, “mulheres” e “assistência de enfermagem”.

Os artigos que embasaram a construção do estudo compreendem publicações referentes ao período dos anos de 2006 a 2016, em língua portuguesa, disponíveis na íntegra e gratuitamente nas bases de dados selecionadas.

Após a exclusão dos artigos que não contribuiriam diretamente para a execução desta pesquisa, e seleção daqueles que lhe somariam discussões pertinentes, passou-se à fase das leituras e análises desses textos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 217 artigos, dos quais após a leitura do título 41

permaneceram, destes 8 só possuíam o resumo, ficando para a leitura do resumo 33 artigos. Após a leitura do resumo, foram excluídos 13 artigos, ficando somente 20 estudos que estavam dentro do critério de inclusão e permaneceram para a revisão. Verificou-se predominância de estudo de campo, exploratório (55%), seguido de revisão de literatura (45%). Os referidos estudos estão resumidos na tabela 1.

Título	Autores	Ano	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusão
Violência contra mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde	Lettiere et al	2008	Identificar os significados, limitações e atuação dos profissionais de saúde frente a mulher vítima de violência.	Pesquisa qualitativa, realizado com profissionais de saúde frente em mulheres vítimas de violência.	O autor relata que as dificuldades dos profissionais relacionam-se com fator biopsicossocial, atuando de maneira fragmentada na sua assistência, dessa forma reduzindo apenas na abordagem clínica.
Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano	Monteiro et al.	2007	Compreender o significado da vivência de violência conjugal pela mulher vitimizada.	Estudo qualitativo	Uma das principais dificuldades vivenciadas pela enfermagem está relacionada com a falta de visualização da problemática, devido o acontecimento estar ligada ao ambiente doméstico, em que a vítima possui medo e vergonha de relatar, favorecendo a invisibilidade do dano perante aos profissionais de saúde.
Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas	Costa et al.	2013	Identificar o papel de profissionais que atuam no serviço para a mulher vítima de violência e descrever as dificuldades encontradas na sua assistência oferecida para este mesmo grupo.	Estudo descritivo, qualitativo	Uma das dificuldades citadas pelos profissionais foi a barreira formada pela própria vítima que, geralmente, vem embutida de vergonha, constrangimento, insegurança, medo, sendo este referido como o principal empecilho ao atendimento. Além, da necessidade de programas sociais que disponibilizem cursos profissionalizantes e contribuam para autonomia financeira de mulheres vítimas de violência, como forma de amenizar o problema vivenciado.

Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família.	Andrade, Fonseca	2008	Reflexão sobre a possibilidade de enfrentamento contra a violência doméstica, com base nos trabalhos com as equipes de Saúde da Família.	Estudo qualitativo	Demonstra que apesar das dificuldades enfrentadas por profissionais do Programa Saúde da Família, como o despreparo e falta de qualificação, ainda existe a possibilidade de criar um espaço para estes profissionais, apresentando uma postura acolhedora aliada com uma reflexão sobre possíveis alternativas solucionadoras junto com a vítima para o enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres.
O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica	Ferraz et al	2009	Refletir a respeito da atuação do enfermeiro no cuidado prestado às vítimas de violência doméstica com vistas ao estabelecer uma relação de cuidado.	Pesquisa com levantamento bibliográfico	No presente estudo percebe que na prática dos profissionais da área de saúde apresenta dificuldade em lidar com essas vítimas, sendo necessário que estejam capacitados. Cabendo o enfermeiro estar capacitado para perceber, enfrentar o problema e cuidar com responsabilidade.
Atuação da equipe de enfermagem em unidades de saúde da família no atendimento à mulher vítima de violência	Santos et. al	2014	Identificar a atuação da equipe de enfermagem em Unidades de Saúde da Família no atendimento à mulher vítima de violência, a partir dos conhecimentos que possuem e de suas percepções em torno do problema	Estudo exploratório-descritivo, de campo, com abordagem quantitativa.	Observou-se no presente estudo que algumas dificuldades no acompanhamento das vítimas, relaciona-se com as melhorias nas condições de assistência às mulheres que sofrem esse tipo de violência, seja pela falta de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros, seja pela demora e falta de articulação inter e extra institucional, seja pela desarticulação intersetorial ou mesmo sua inexistência no interior da política de saúde.
O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência	Riquinho e Correa	2006	Identificar o papel dos profissionais de saúde na atenção às mulheres vítimas de violência e realizar atividades com as moradoras e seus filhos.	Estudo descritivo com relato de experiência.	Relata uma grande dificuldade dos profissionais de saúde em identificar a violência doméstica, necessitando de conhecimento e desenvolvimento, com uma escuta qualificada e olhar treinado, para que assim ofereça uma qualidade na prática, para isso é necessário que haja capacitação e sensibilização do profissional frente a esta temática.

Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção.	Amaral et. al	2016	Conhecer as diferenças antes e após a criação da Lei Maria da Penha (LMP) nas agressões sofridas pelas mulheres que foram atendidas na Unidade de Proteção Especial do Estado do Ceará	Estudo exploratório-descriptivo e documental	Este estudo permitiu observar que o perfil das agressões sofridas pelas mulheres vítimas de violência doméstica se modificou com a promulgação da LMP, sendo que esta proporcionou um avanço na percepção do fenômeno da violência contra a mulher na sociedade, provocando uma redução do número de mulheres atendidas nos abrigos de proteção
Violência doméstica: análise das lesões em mulheres	Garbin et. al	2006	Avaliar a prevalência de lesões de cabeça e pescoço em mulheres, frente aos inquéritos policiais registrados como lesão corporal e maus-tratos na Delegacia de Defesa da Mulher de Aracatuba,	Levantamento e apreciação dos dados referentes aos inquéritos policiais registrados como lesão corporal e maus-tratos	A intervenção nas situações de violência cabe a todos os serviços estatais, polícia, justiça e saúde, e os que atuam nesses setores devem ser preparados para atender esse tipo de usuário
Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade	Gomes et. al	2009	Analisar a importância da interdisciplinaridade e intersetorialidade para enfrentamento da mulher vítima de violência doméstica.	Pesquisa bibliográfica com caráter exploratório	Descreve que as práticas profissionais devem contemplar a análise dos sinais e sintomas no quadro clínico, bem como outros aspectos emocional, afetivo, profissional, com instrumentos que auxiliem nessa assistência, dessa forma haja identificação do problema e resolutividade nas intervenções ofertadas
Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem	Leal et al.	2011	Conhecer as representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva de enfermeiras alunas de uma Escola Superior de Enfermagem de Lisboa/Portugal.	Estudo exploratório e quantitativo	Considera que no atendimento de emergência, o enfermeiro deve ter habilidade em resolver os problemas rotineiros na sua prática e saber olhar para as queixas do usuário de forma estratégica sobre outras possíveis queixas não relatadas, mas presentes em sinais da vítima de violência. O mesmo aponta que nos serviços básicos de saúde o profissional deve adotar medidas estratégicas para identificação das variadas formas de manifestação da violência, em que devido a rotulação de vítimas serem ditas como “queixosas”.

<p>Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica</p>	<p>Pedrosa et. al</p>	<p>2011</p>	<p>Compreender a construção das práticas médicas voltadas às mulheres em situação de violência.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Aponta que as ações dos profissionais de saúde seja ela na atenção básica e secundária presentes nos hospitais, deve apresentar medidas resolutivas com instrumentos que norteia a assistência oferecida, reduzindo ou eliminando a vulnerabilidade dos casos acometidos, inclusive abordando casos crônicos, em que a vítima convive com o agressor, resultando nas ocorrências de tratamento de sequelas, levando em consideração dois aspectos importantes a gravidade do quadro e a invisibilidade da problemática frente a necessidade da vítima chegando ao setor terciário devido à falta de resolutividade no início.</p>
<p>Violência conjugal: prevalência e fatores associados</p>	<p>Colossi et. al</p>	<p>2015</p>	<p>Descrever a violência no casal, bem como analisar possíveis correlações com variáveis sociodemográficas.</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo, comparativo e correlacional.</p>	<p>Descreveu que a violência e os aspectos que se relacionam a ela, é possível refletir sobre aspectos relacionados ao estabelecimento da violência conjugal, que se mostram relevantes no sentido de indicar direções no estabelecimento de intervenções concernentes à realidade conjugal para solucionar os casos de violência em jovens casais para o rompimento do ciclo de violência.</p>
<p>Violência doméstica: centro de referência da mulher "Heleieth Saffioti".</p>	<p>Côrtes</p>	<p>2012</p>	<p>Analisar como o contato das mulheres com as ações do Centro de Referência da Mulher (atendimento psicossocial, atividades de prevenção, materiais informativos, oficinas, palestras, orientações sobre direitos, a interação com outras mulheres, dentre outros) pôde contribuir para o fortalecimento da cidadania das mulheres.</p>	<p>Estudo descritivo e quantitativo</p>	<p>Compreender o processo da violência é essencial para uma abordagem que respeite o tempo e as necessidades das mulheres na problemática inserida.</p>

Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais.	Fonseca et. al	2012	Compreender como o fenômeno da violência é interiorizado e como a violência sofrida afeta e interfere em suas vidas nas esferas do convívio social, saúde psicológica, qualidade de vida e ocupação profissional da vítima.	Estudo de campo, descritivo com abordagem qualitativa.	Relata que ao estudar a perspectiva da violência a partir desta ótica da vítima é importante não somente no nível de conhecimento e exploração do fenômeno, mas também no que seus resultados e intervenções podendo contribuir para minimização do sofrimento psíquico da mulher.
Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher	Gomes et al	2012	Identificar, na percepção de profissionais da rede de serviços, elementos que contribuem para o enfrentamento da violência contra a mulher	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.	Na percepção dos profissionais na pesquisa entrevistados, revelou que o enfrentamento da violência contra a mulher perpassa pela articulação do serviço com outros, no sentido de garantir o atendimento às diversas demandas que a mulher apresenta. Daí a necessidade de articular recursos e serviços existentes, além de incentivos para a elaboração de estratégias de prevenção e enfrentamento.
Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde	Oliveira et. al	2009	Analisar as possibilidades de atuação do campo da saúde na abordagem da violência contra a mulher desde suas práticas assistenciais nos serviços e baseadas na perspectiva de gênero	Estudo bibliográfico	A integralidade do cuidado será produzida quando tivermos ações articuladas e interações entre os profissionais dessas ações, cujo resultado é a formulação interativa de projetos de intervenção que se potencializam em cada ponto da rede.
Violência silenciosa: violência psicológica como condição de violência física doméstica	Silva et. al	2007	Identificar a violência doméstica contra mulher, que ainda se encontra em estágio embrionário.	Estudo explorativo com levantamento bibliográfico	Algumas medidas de prevenção no combate a violência devem levar em consideração o fato da violência psicológica ser o ponto inicial que deflagra toda violência doméstica. Mesmo com todas as ações mais específicas de prevenção, mas ainda são incipientes frente ao universo incomensurável das violências cometidas, em especial a denominada “silenciosa”.

Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família.	Miranda et. al	2010	Compreender a construção das práticas médicas voltadas às mulheres em situação de violência.	Estudo qualitativo	É recomendável que a assistência tenha caráter interdisciplinar e que possa focar aspectos ocupacionais, legais e de segurança, além do cuidado em saúde para todos os familiares envolvidos, sem negligenciar os aspectos sentimentais da relação conjugal.
Representações Sociais de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica na Cidade de João Pessoa-PB	Ribeiro e Coutinho	2011	investigar as consequências psicossociais da violência sofrida e apreender as representações sociais que estas elaboram acerca do agressor e da violência.	Trata-se de um estudo de campo	Verificou-se que a violência contra a mulher reflete um fenômeno complexo, multifacetado e contraditório.

Tabela 1 – Dificuldades e as ações desenvolvidas pela enfermagem e sua equipe no trabalho com a mulher vítima de violência

A violência contra mulher é considerada um problema na questão de saúde pública atual, destaca-se com uma problemática que afeta tanto a vítima, como também a sociedade. É relevante ressaltar que as vítimas de violência passam por problemas físicos, ocasionando graves consequências psicológicas, físicas e sociais, tendo destaque: depressão, incapacidade física, sequelas físicas, ansiedade, stress pós-traumático, abuso de álcool e drogas, suicídio, assassinatos, absenteísmo de mulheres no trabalho e distúrbios gastrintestinais (GOMES et al., 2009; RIBEIRO; COUTINHO, 2011; SANTOS et al., 2014; AMARAL et al., 2016).

Nessa vereda, devido ao elevado índice de violência contra as mulheres no Brasil, todos os profissionais de saúde, inclusive a equipe de enfermagem deve estar capacitada em atender a vítima de violência (SANTOS et al., 2014; LETTIERE et al., 2008; MONTEIRO et al., 2007).

A assistência de enfermagem deverá abordar uma postura e atitude em que o enfermeiro busque ouvir a vítima com um olhar sensível com solidariedade, dessa forma qualificando seu cuidado. Desta maneira, a prática de enfermagem baseada no acolhimento é pautada na humanização descrita desde o momento de escutar, receber e tratar a vítima, tendo por consequência na prática na repercussão de uma assistência com excelência de qualidade ofertada (LEAL et al., 2011; PEDROSA et al., 2011).

Ferraz et al. (2009) afirmam que ao atender uma usuária que apresenta lesões físicas, não se deve somente verificar o aspecto físico, mas também explorar a possibilidade da ocorrência de violência. Os autores relatam ainda que os enfermeiros devem ficar atentos às mulheres que buscam os serviços com

manifestações clínicas de violência físicas, agudas (são oriundas de agressões causadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento ou queimaduras), ou crônicas (apresentam faturas nos ossos da face, costelas, mãos, braços ou pernas, além de agressões sexuais que podem causar doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias, vaginais e gravidez indesejada) mentais ou por problemas sociais.

Corroborando com Garbin et. al (2006), em que o mesmo descreve inúmeras dificuldades por parte do profissional de enfermagem que dificulta essa identificação de violência contra mulher, como falta de preparo do profissional, dificuldade de atender a vítima por parte da falta de tempo em escutá-la na duração no processo de atendimento, e principalmente direcionar o atendimento focado somente nas lesões físicas.

Para a diminuição de casos subnotificados ou não notificados de violência contra mulher, é interessante que exista um preparo profissional e um apoio dos serviços de saúde cabendo o mesmo papel resolutivo e de compromisso com responsabilidade, para com o usuário, cabendo o mesmo desenvolver instrumentos de identificação e acompanhamento terapêutico nas situações de violência (RIQUINHO, CORREIA, 2006; CÔRTEZ, 2012; COLOSSI et al., 2015).

Ao trabalhar com as vítimas de violência, muitos profissionais possuem dificuldade no desenvolvimento das ações, tornando-se, muitas vezes um obstáculo ao atendimento, e incluindo outros estudos que relatam ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem a mulher vítima de violência doméstica (COSTA et al., 2013; FONSECA et al., 2012; FERRAZ et al., 2009; ANDRADE, FONSECA, 2008).

Deve-se atentar-se que muitas das vítimas desistem de prosseguir no processo de denúncia por inúmeros motivos como o medo, a impunidade, constrangimento de ver sua vida investigada, dependência emocional e questão financeira, acabando por desistir do processo de denúncia ou mesmo em dar prosseguimento a ação penal (GARBIN et al., 2006; SILVA et al., 2007; MIRANDA et al., 2010).

A assistência de enfermagem deve adotar medidas mais simétricas as necessidades do usuário vítima de violência, ligada no cuidado não apenas direcionado para cumprimento de metas e execução das atividades técnicas, mas ampliado para o olhar multidimensional, com base no resgate do diálogo e reconhecimento da vítima como sujeito, dessa forma a profissional oferta um serviço mais resolutivo para a resolução da problemática (ANDRADE; FONSECA, 2008).

Segundo Monteiro et. al (2007), descrevem que o resgate do enfermeiro sobre a ótica de interagir com o paciente, agindo de forma a valorizar a dignidade e respeito, procurando dessa maneira zelar pelos os que assistem. Nesse contexto a enfermagem possui um olhar multidimensional seja no contexto educacional, social, cultural e econômico, em todas necessidades humanas. Este pensar contemple na

compreensão das vítimas de violência, abordando a mulher como ser pessoa e não objeto, possibilitando o diálogo e ajuda a mulher vitimizada.

4 | CONCLUSÃO

Aviolência contra mulher além de ser uma problemática de questão sociocultural, coloca a sociedade frente da desarticulação e da inoperância das políticas sociais e de saúde as mulheres vítimas de violência.

Logo, conclui-se que a assistência de enfermagem é importante para as mulheres em situação de violência, pois além do cuidado físico, este profissional pode trabalhar com o emocional e da individualidade da paciente, que combate os modos de submissão à violência, juntamente com as questões de ordem cultural, uma vez que o enfermeiro por ter mais contato com pacientes, pode identificar a dificuldade das mulheres em revelar a violência sofrida e um sofrimento psíquico complexo presente nessa experiência.

Nesse sentido, a assistência de enfermagem proporcionada à mulher no serviço de saúde, sobretudo na atenção básica, possibilitará na construção de estratégias para o enfrentamento da violência que esta paciente está sofrendo, sendo ações que auxiliarão na mudança do quadro, diminuindo ou eliminando a vulnerabilidade à violência e gerando a saúde e os direitos de cidadania.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Luana Bandeira et al. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Estudos Feministas**, v. 24, n. 2, p. 521-540, 2016.

ANDRADE, C.J.M.; FONSECA, A. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n.42, v.3, p: 591- 5, 2008.

COLOSSI, Patrícia Manozzo et al. Violência conjugal: prevalência e fatores associados. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 1, p. 55-66, 2015.

CÔRTEZ, G. R. Violência doméstica: centro de referência da mulher “Heleieth Saffioti”. **Estudos de Sociologia**, 17(32), 149-168, 2012.

COSTA, Daniela Anderson Carvalho et al. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare enferm**, v. 18, n. 2, p. 302-9, 2013.

FERRAZ, M.I.R. et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare enferm**, v. 14, n. 4, p. 755-9, 2009.

FONSECA, D. H., RIBEIRO, C. G., LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**; 24 (2), 307-314, 2012.

GARBIN, C.A.S., et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**,

Rio de Janeiro, v.22, n.12, p:2567-2573, dez, 2006.

GOMES, N.P. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar; n.17, v.1, p:14-7, 2009.

GOMES, N. P. et. al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun; v. 20, n.2, p:173-8, 2012.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M.; GASPAR, M.F.M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.409-24, abr./jun. 2011.

LETTIERE, A. Violência contra mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n. 42, v.3, p: 467-73, 2008.

MIRANDA, Milma Pires; DE PAULA, Cristiane Silvestre; BORDIN, Isabel Altenfelder. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, p. 4, 2010.

MONTEIRO, C.F.S, et. al. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; n.16, v.1, p: 26-31, 2007.

OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.14, v.4, p:1037-1050, 2009.

PEDROSA, C.M; SPINK, M.J.P.A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. L. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Psicologia e Saúde**, 3(1), 52-59, 2011.

RIQUINHO, D.L; CORREIA, S.R. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), Jun., n.27, v.2, p: 301-10, 2006.

SANTOS, Joselito et al. Atuação da equipe de enfermagem em unidades de saúde da família no atendimento à mulher vítima de violência. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 1, 2014.

SILVA, L.L.; COELHO, E.B.C.; CAPONI, S.C.C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição de violência física doméstica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.21, p.93-103, jan/abr 2007.

CAPÍTULO 5

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAU POR PROFISSIONAIS DO SEXO MASCULINO

Data de aceite: 05/02/2020

Orácio Carvalho Ribeiro Júnior

Docente do Centro Universitário do Norte
(UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/0046295261211278>

Frederico Lopes Alves Vieira

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/3517189681592847>

Jéssica de Souza Gouveia

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/4454702560613779>

Alexandre Lima dos Santos

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/7320162406747283>

Tatiane Silva de Araújo

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/2313899982722070>

Suzana Maria da Silva Ferreira

Universidade Federal de Roraima (UFRR)

Boa Vista-RR

<http://lattes.cnpq.br/2566956034165695>

Lucas Luzeiro Nonato

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/5502317836417147>

Luiz Antônio Bergamim Hespanhol

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Manaus- AM

<http://lattes.cnpq.br/4914813569826675>

Gisele Batista de Oliveira

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/1308195120955128>

Liliam Raquel Corrêa Martins

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/2509968328499930>

Eloya Maria Oliveira Rêgo

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/7504465831117523>

Raissa Batista de Souza

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/7818474375298322>

Jennifer Karla da Costa Andrade

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/2055634330378115>

Caroline Lima de Souza

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/8134751380271260>

Letícia Batista Mendonça

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

RESUMO: Objetivo: Identificar os principais fatores relacionados a não realização do exame citopatológico do colo do útero com profissionais do sexo masculino. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura com busca por artigos científicos disponíveis nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). **Resultados:** através da revisão de literatura de 07 artigos científicos, foi possível identificar a principal dificuldade encontrada para realização do exame de Papanicolau por profissionais do sexo masculino, a mesma está diretamente ligada ao medo, vergonha e a insegurança em relação ao corpo feminino com pudor, devido fatores sociais culturais e familiares, onde se sentem desconfortáveis com a presença masculina durante a coleta, de forma a interferir no controle de prevenção contra o câncer de colo de útero. **Conclusão:** O presente estudo mostra com êxito as dificuldades encontradas na realização do exame de Papanicolau por profissionais do sexo masculino, foi evidenciado que o medo, vergonha e insegurança são os principais fatores relatados pelas mulheres para a não realização do mesmo, devido grande influência da sexualidade em relação ao corpo feminino, atrapalhando assim, o rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero pelo ministério da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher, Atenção Primária à Saúde, Cuidados de Enfermagem, Esfregaço Vaginal, Neoplasias do Colo do Útero, Teste de Papanicolau

DIFFICULTIES ENCOUNTERED IN PERFORMING THE PAP SMEAR BY MALE PROFESSIONALS

ABSTRACT: Objective: To identify the main factors related to the non-accomplishment of cervical cytopathological examination with male professionals. **Methodology:** This is an Integrative Review of the literature with search for scientific articles available in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and International Literature in Health Sciences (MEDLINE). **Results:** through the literature review of 7 scientific articles, it was possible to identify that the main difficulty found for performing the Pap smear by male professionals is directly related to fear, shame and insecurity in relation to the body women with modesty, due to cultural and family social factors, where it is possible to clearly identify that most of the women still have an incoherent perception about the test, and feel uncomfortable with the male presence during collection, in order to interfere in the prevention control against cervical cancer. **Conclusion:** The present study successfully shows the

difficulties encountered in performing the Pap smear by male professionals, it was evidenced that fear, shame and insecurity are the main factors reported by women not to perform the same, due to the great influence of sexuality in relation to the female body, thus hindering the screening and prevention of cervical cancer by the Ministry of Health

KEYWORDS: Women's Health, Primary Health Care, Nursing Care, Vaginal Smears, Uterine Cervical Neoplasms, Papanicolaou Test

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de colo uterino é a segunda maior causa de morte por câncer e o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres, sendo uma das maiores causas de morte em mulheres em idade fértil, sendo considerado problema de saúde pública, devido suas altas taxas de mortalidade. O câncer se destaca como o primeiro mais incidente na região norte do Brasil, com 23,97% casos por 100.000 mulheres, quanto à mortalidade, a região norte também se destaca, evidenciando as maiores taxas do país, sendo a única com nítida tendência temporal de crescimento (INCA, 2019).

Estudos recentes mostraram ainda que o vírus do papiloma humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas, estando presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero, além disso, associa-se esse tipo de câncer com as condições de vida precária, com os baixos índices de desenvolvimento humano, com a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e tratamento (INCA, 2019).

De acordo com Valente et al. (2009), as melhores estratégias para diminuir mortalidade dessa neoplasia são o diagnóstico precoce e o rastreamento do câncer no colo uterino, que é feito através da realização do exame de Papanicolau (conhecido popularmente como exame de preventivo). Esse exame pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais capacitados para realizá-lo.

Segundo Aguiar et al. (2015), o exame Papanicolau consiste na realização de um esfregaço com células extraídas por raspagem do colo do útero, através da ectocérvice e da endocérvice. Embora ele represente o instrumento mais adequado, prático e de baixo custo para o rastreamento do câncer de colo de útero, a adesão ao exame ainda está distante da cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde. Dentre as razões para a não realização desse exame, destacam-se: a representação e o conhecimento acerca da doença, presença de pudores, tabus, medo, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a qualidade dos

mesmos, além de condições socioeconômicas e culturais, além disso, verifica-se que o exame de Papanicolau exige de quem o realiza postura técnica e ética, no sentido de preservar a privacidade da cliente, posicioná-la de maneira confortável, compreendendo e participando do procedimento ao qual está sendo submetida.

Para Ferreira et al. (2009), em pesquisa realizada sob percepção de mulheres ao exame de Papanicolau, a vergonha foi o sentimento mais expressado como fator de dificuldade para realizar o exame, sempre associado a forma de como o corpo feminino é observado, algumas mulheres se manifestam de forma negativa ao terem que expor o seu corpo em posição ginecológica e examinado por um profissional. Quando relacionado ao profissional feminino, há relação de empatia entre profissional e cliente, facilitando a realização do exame, enquanto ao profissional masculino, os fatores de dificuldade para a realização do exame se intensificam.

Dessa forma, observando os estudos relacionados a adesão e fatores relacionados a falta de adesão das mulheres ao exame, surgiu necessidade de responder a seguinte questão norteadora: Quais fatores estão relacionados a não realização do exame citopatológico do colo do útero com profissionais do sexo masculino?

Assim, este estudo tem por objetivo identificar os principais fatores relacionados a não realização do exame citopatológico do colo do útero com profissionais do sexo masculino.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, uma vez que visa identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. É produzida a partir de 6 fases (TEIXEIRA et al., 2013).

Por se caracterizar como um estudo de revisão integrativa, não se faz necessário a submissão da pesquisa a um comitê de ética em pesquisa, contudo, sua elaboração foi concebida através dos preceitos éticos científicos, com embasamento nas normas de preservação de direitos autorais, objetivando maior fidelidade aos dados coletos na revisão.

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, tendo como base estudos de caráter original das principais bases de dados baseado nas normas éticas, afim de assegurar resultados fidedignos. Possui a seguinte pergunta norteadora: Quais fatores estão relacionados a não realização do exame citopatológico do colo do útero com profissionais do sexo

masculino?

2ª Fase: busca ou amostragem na literatura: Foram utilizados como referências, artigos científicos de caráter original das bibliotecas virtuais em saúde das principais bases de dados com amplo acesso dos profissionais para publicação de novos estudos voltados a saúde da mulher, sendo estas, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

Os seguintes descritores foram utilizados para pesquisa dos artigos: saúde da mulher, Atenção primária a saúde, Cuidados de enfermagem, Esfregaço Vaginal, Neoplasias do Colo do Útero, Teste de Papanicolau, ambos identificados através da plataforma do DeCs (descritores em ciências da saúde); foram utilizados todos os descritores na guia de pesquisa avançada com a opção “AND”, pois a plataforma utilizada “Biblioteca virtual em saúde do Brasil” tem amplo acesso a todo o acervo das três bases de dados descritas acima.

Referente aos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos no estudo trabalhos de caráter original no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018, disponibilizados na íntegra, gratuitos, no idioma português, publicados no Brasil, com objetivos que se correlacionam com o tema proposto. E foram excluídos trabalhos da literatura cinza, artigos do tipo: revisão literária, relatos de experiência e estudos de caso.

3ª Fase: coleta de dados: Baseado nos critérios de inclusão e exclusão foi aplicado filtro manual para selecionar os artigos que fariam parte do escopo final do trabalho, afim de, assegurar resultados fidedignos, depois de selecionados, os artigos foram organizados com auxílio de um quadro síntese, previamente preparado, onde o mesmo contém: base de dados, título, autor (es), objetivo, metodologia, revista e ano.

4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos: Foi realizada leitura integral de todos os artigos pertencentes ao escopo final, com o objetivo de achar a resposta para a pergunta norteadora, abordagens relevantes referentes ao tema, compilações que se correlacionam com o objetivo principal do trabalho e principais características entre os mesmos.

5ª Fase: discussão dos resultados: A partir da compilação e correlação entre as literaturas, foi feita a síntese dos resultados buscando evidenciar as respostas encontradas para a pergunta norteadora, assim como as principais diferenças entre os autores baseados em suas pesquisas

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa: Os resultados foram apresentados com base no uso de fluxogramas e do quadro síntese.

3 | RESULTADOS

Durante o processo de pesquisa nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), ao configurar a plataforma de pesquisa para buscar artigos somente com os descritores de ciências em saúde previamente escolhidos, foram encontrados 48 artigos, após a aplicação do filtro manual em conjunto com os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 13 artigos, dos quais, após revisão, 07 artigos do período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018, foram selecionados para compor a amostra final da pesquisa, conforme fluxograma na figura 1.

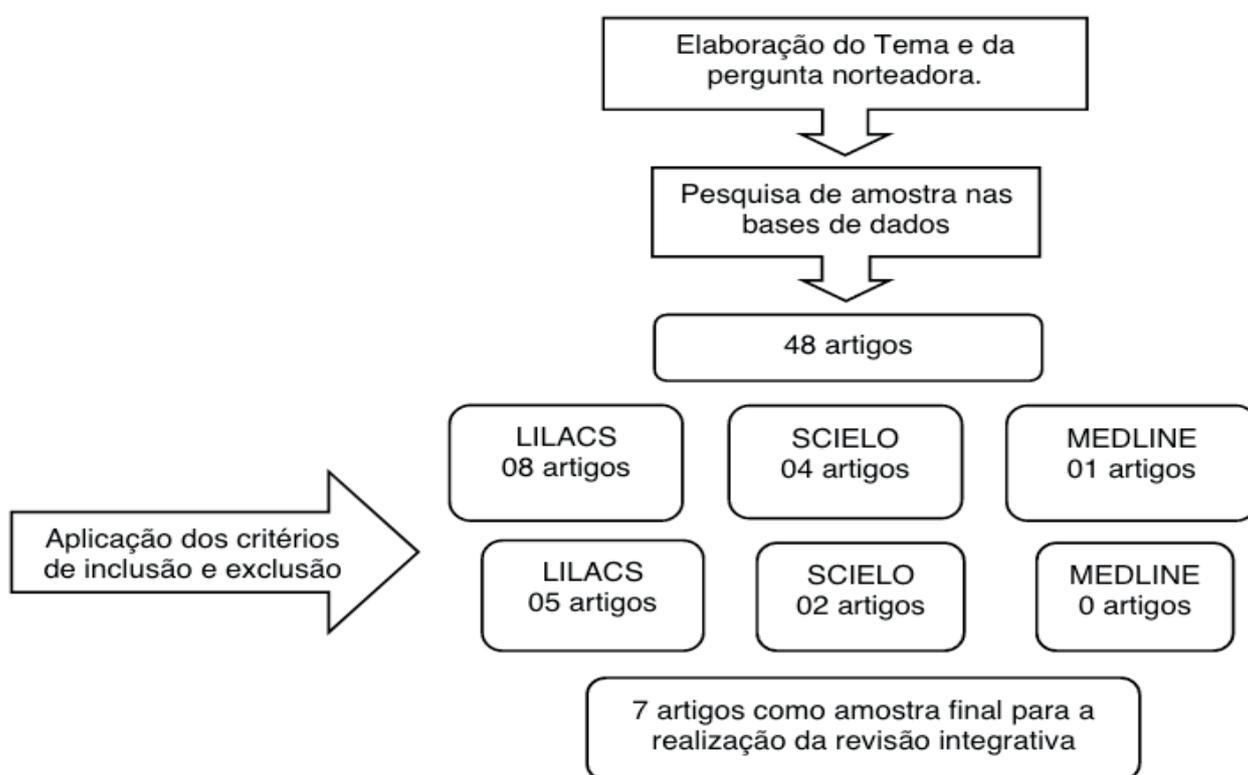


Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos para a composição da revisão integrativa

Fonte: autoria própria

Analisando o escopo do estudo, observou-se a prevalência de estudos científicos nas bases de dados SCIELO e LILACS, mostrando que grande parte dos autores com assuntos similares ao deste estudo, tem preferência para publicação por essas bibliotecas virtuais devido o livre acesso das pessoas essas bases de dados, por outro lado, observou-se dificuldade de encontrar artigos na base de dados MEDLINE, devido o tema principal do trabalho estar relacionado com uma neoplasia que atinge principalmente países subdesenvolvidos, sendo assim, a prevalência de estudo nesta base especifica se torna menor. Estes e outros aspectos

do estudo em tela podem ser observados no quadro síntese elaborado no contexto desta revisão (vide quadro 1).

Nº	Base	Título	Autor (es)	Objetivo	Metodologia		Ano
					Tipo de estudo	Abordagem	
1	Scielo	Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Analisar os motivos que influenciaram um grupo de mulheres a nunca ter realizado o exame de Papanicolau mesmo após iniciarem a atividade sexual	Exploratório	Qualitativa	2009
2	Scielo	Conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolau	Carolina Amancio Valente; Viviane Andrade; Maurícia Brochado Oliveira Soares; Sueli Riul da Silva	Identificar o conhecimento de mulheres estudantes do ensino médio (noturno), em escolas públicas da cidade de Uberaba/MG, a respeito do exame de Papanicolau	Epidemiológico, transversal	Quantitativo Descritivo	2009
3	Lilacs	Percepção e adesão das mulheres quanto ao exame citopatológico	Avanilde Paes Miranda, Emilly veloso Resende, Natália Stephane Alves Romero	Conhecer a percepção das mulheres sobre o exame de Papanicolau e fatores relacionados a não adesão ao exame.	Transversal	Qualitativo	2018
4	Lilacs	Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA	Rebeca Pinheiro Aguilár; Daniela Arruda Soares	Conhecer as barreiras que levam mulheres em idade fértil da cidade de Vitória da Conquista-BA a não realizarem o exame Papanicolau, na perspectiva das próprias mulheres e dos profissionais de saúde.	Descritivo, exploratório	Qualitativo	2015
5	Lilacs	Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolau	Thatiany Rodrigues Santiago; Magna Santos Andrade; Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão	Descrever o conhecimento e a prática sobre o Papanicolau das mulheres entre 25 a 59 anos atendidas pela Estratégia de Saúde da Família	Transversal	Quantitativo, descritivo	2014
6	Lilacs	Conhecimento das mulheres e fatores da não adesão acerca do exame Papanicolau	Paula Viviany Jales Dantas; Kamila Nethielly Souza Leite; Erta Soraya Ribeiro César; Sheila da Costa Rodrigues Silva; Talita Araujo de Souza; Bruno Bezerra do Nascimento	Averiguar o conhecimento das mulheres sobre o Papanicolau	Descritivo, exploratório	Quantitativo, qualitativo	2018
7	Lilacs	Conhecimento e prática de mulheres em relação ao câncer do colo do útero em uma unidade básica de saúde	Maria Fernanda Leite; Fabiana Cristina Frigieri De Vitta; Letícia Carnaz; Marta Helena Souza De Conti; Sara Nader Marta; Márcia Aparecida Nuevo Gatti; Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão; Alberto De Vitta	Avaliar o nível de informação sobre o exame do câncer de colo uterino e sua associação com variáveis sociodemográficas em mulheres de uma unidade de saúde do município de Bauru, São Paulo, Brasil.	Transversal	Descritivo	2014

Quadro 1- Caracterização dos estudos a partir dos seguintes tópicos: Base, Revista, Título, Autor (es), Objetivo, Metodologia e Ano

Fonte: autoria própria

4 | DISCUSSÃO

De acordo com Ferreira et al. (2009), as principais dificuldades encontradas na realização do exame podem ser caracterizadas em seis tópicos específicos, que são: desconhecimento, medo, medo do resultado, sentimento de vergonha, necessidade de prevenção a saúde e dificuldades gerais. Todas no geral, dificultam a coleta do exame pelo profissional no sexo masculino, sendo que o medo e o sentimento de vergonha são os principais fatores que ocasionam a não adesão das mulheres, pois essa foi a resposta mais relatada para a não realização do exame com o profissional do sexo masculino.

De acordo com Miranda et al. (2018), a vergonha é a chave para a realização do exame, devido a nudez durante a realização do exame e associando isso com os ainda existentes tabus sobre o corpo feminino, medo e a falta de conhecimento, proporciona a mulher um sentimento que está diretamente ligada a invasão, fragilidade e vulnerabilidade, dificultando assim a realização do exame, intensificando, quando se trata do profissional do sexo masculino, a dificuldade encontrada aumenta ainda mais.

De acordo com Aguiar et al. (2015), conclui-se que a vergonha pode ser a representação do sentimento de impotência e desproteção durante o exame, proporcionado pela posição ginecológica, que a mulher deve assumir para a realização da coleta, e isso se intensifica com a presença do profissional masculino, pois observa-se que com o profissional feminino à uma relação empática e de cumplicidade, devido ambas serem do mesmo sexo e, portanto, espera-se que as mesmas tenham as mesmas sensações.

Em uma pesquisa realizada em uma cidade de São Paulo, foi afirmado que a vergonha em conjunto com o desconforto emocional são as principais barreiras para a realização do exame bem como de sua periodicidade, determinada pelo ministério da saúde, em virtude do desconhecimento do procedimento, além de acharem o mesmo como uma prática desnecessária, evidenciando que grande parte das mulheres não mostra conhecimento suficiente sobre o exame (LEITE et al, 2014).

No entanto, uma outra pesquisa, aponta que grande parte das mulheres apenas não entende o real propósito do exame, enfatizando sua importância para o diagnóstico de IST's, deixando em segundo plano a principal função volta para o diagnóstico de câncer de colo uterino, afirmando que o medo e o constrangimento são as principais causas da não realização do exame, por se tratar de um procedimento invasivo é fundamental a explicação as mulheres de como será realizado, assim como sua importância (DANTAS et al, 2018).

De acordo com, Dantas et al. (2018), cabe ao enfermeiro o campo de atuação

na promoção da saúde, agindo como orientador sobre todos os aspectos do procedimento, fazendo com que as mulheres possam refletir sobre a importância da realização do exame, e assim possam superar os sentimentos de constrangimento e exposição.

Assim para garantir que o procedimento ocorra de forma a contribuir para a saúde da mulher, é necessário um olhar sem pré-julgamentos de suas atitudes e concepções, promovendo acolhimento e proporcionando prevenção por meio da empatia, aplicando orientações visando não somente parte técnica, pois a fuga do exame também representa medo, assim como uma experiência ruim, que influenciará as mulheres que nunca o realizaram, fazendo-as não realizar o exame (FERREIRA et al, 2009).

De acordo com Dantas et al. (2018), a realização do exame deve ter como objetivo não constranger ainda mais a mulher, que já está submetida a grande constrangimento, desse modo para o profissional que realizará o exame, deve-se assumir uma postura extremamente profissional, preservado sua imagem e proporcionando conforto, utilizando o momento de consulta para esclarecer e prestar informações referentes ao exame, ações estas que fortalecem o vínculo de confiança entre profissional e a paciente.

Porém, não basta apenas dar explicações sobre o exame, antes, é necessário garantir que a mulher tenha acesso a informação sobre o mesmo, e que estas, estejam adequadas a realidade vivenciada pela mesma, para que elas sejam mais compreensíveis e factíveis, afim de mesmo aquelas mulheres extremamente resistentes a presença masculina no exame, venham a refletir sobre seus saberes e se conscientizar acerca da real importância, para que assim possam realiza-lo de forma efetiva (AGUIAR et al, 2015).

Observa-se que as dificuldades encontradas na realização do exame de Papanicolau por profissionais do sexo masculino são em sua maioria proporcionados por sensação de medo, vergonha e insegurança por parte das mulheres, em relação ao profissional do sexo masculino, grande parte das vezes relacionada ou a fatores culturais, advindos da criação familiar ou experiências vivenciadas por outras mulheres, ou desconhecimento da real importância da realização do exame. Essa ideologia ainda se encontra presente nos tempos atuais devido a influência que a sexualidade exerce sobre o corpo feminino, dessa forma, o profissional de enfermagem, que é o mais próximo quando referente a realização exame, deve-se desmitificar essa ideologia, afim de mudar a percepção das mulheres quanto a coleta do exame, assim como otimizar a conduta dos próprios profissionais.

5 | CONCLUSÃO

O presente estudo mostra com êxito as dificuldades encontradas na realização do exame de Papanicolau por profissionais do sexo masculino, alcançando seu objetivo, onde é possível identificar com clareza que grande maioria das mulheres ainda tem uma percepção incoerente sobre a realização do exame, e se sentem desconfortáveis com a presença masculina durante a coleta, de forma a interferir no controle de prevenção contra o câncer de colo de útero. Foi evidenciado que o medo, vergonha e insegurança são os principais fatores relatados pelas mulheres para a não realização do mesmo, devido grande influência da sexualidade em relação ao corpo feminino, atrapalhando assim, o rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero pelo ministério da saúde.

Diante dessa descoberta, faz-se necessário orientações voltadas ao público feminino sobre todos os aspectos do exame de Papanicolau, assim como sua fundamental importância para o rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero, com o objetivo de reduzir a incidência dessa neoplasia, que no Amazonas, segundo o INCA, esse possui a maior incidência de novos casos.

Portanto, é imprescindível a quebra desse paradigma e estereótipo sobre o corpo feminino, com o objetivo de facilitar a conscientização das mulheres a realizar o exame, evidenciando a necessidade de educações em saúde contínuas para que se possa orienta-las e com isso promover maior procura para a realização do exame, assim como também melhorar a atuação dos profissionais em relação ao Papanicolau, onde a mesma deve ser diferenciada, com respeito a sua intimidade e privacidade.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva et al. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, p. 378-384, 2009.

VALENTE, Carolina Amancio et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolau. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.1193-1198, dez. 2009.

AGUILAR, Rebeca Pinheiro; SOARES, Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.359-379, jun. 2015.

MIRANDA, Avani de Paes et al. Percepção e adesão de mulheres quanto ao exame citopatológico. **Revista Nursing**, 2018; 21 (246): 2435 – 2438p.

SANTIAGO, Thatiany Rodrigues et al. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolau. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v22, n 6, p. 327-345.

DANTAS, Paula Viviany Jales et al. Conhecimento das mulheres e fatores da não adesão acerca do exame Papanicolau. **Revista de enfermagem UFPE On Line.**, Recife, 12(3):684-91, mar., 2018.

LEITE, Maria Fernanda et al. Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, 2014; 24(2): 208-213.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2019: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva** – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.

FATORES ASSOCIADOS A BAIXA ADESÃO AO EXAME PAPANICOLAU ENTRE MULHERES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JUÇARAL NO MUNICÍPIO DE BACABAL/MA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 11/11/2019

Raquel de Araujo Fernandes

Enfermeira Graduada na Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6365752862653028>

Deliane Matias da Silva Alves

Enfermeira Graduada na Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3984466716900432>

Eucerlangy Teixeira da Silva

Enfermeira Graduada na Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4586279529115547>

Angelica Nascimento Santos

Enfermeira Graduada na Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4427313442425623>

Pâmela Carolinny Coelho da Silva

Enfermeira Graduada na Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2774799539832030>

Iglesias Magalhães Santos

Enfermeira Graduada na Faculdade de Educação de Bacabal-FEBAC; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5299497343631652>

[br/5299497343631652](http://lattes.cnpq.br/5299497343631652)

Lícia Kelly Sousa Vasconcelos

Enfermeira Graduada na Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4178790475731032>

Sara Jane Moura Ferreira

Enfermeira Graduada na Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4076030066256784>

Thalyson Pereira Santana

Enfermeiro Graduada na Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3594457187155118>

Maria Cleilda Araujo Santos

Enfermeira Graduada na Faculdade de Educação de Bacabal-FEBAC; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0266446987673259>

Ana Claudia de Almeida Varão

Doutora em Ciências da Educação na Universidade Nacional de Rosário – Argentina, Docente Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2752863020846016>

Maria Beatriz Pereira da Silva

Doutora em Ciências da Educação na Universidade Nacional de Rosário – Argentina; Docente Universidade Estadual do Maranhão-UEMA; Bacabal-Maranhão; Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3401188990895366>

RESUMO: O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública em diversos lugares do mundo principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. O objetivo deste trabalho consiste em analisar os fatores associados que levam a baixa adesão ao exame Papanicolau entre mulheres atendidas na Unidade Básica de saúde do Juçaral, no município de Bacabal/MA. Realizou-se uma pesquisa de natureza descritiva, com o método quantitativo, realizada no município de Bacabal/Ma na Unidade Básica de Saúde Juçaral do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual foram entrevistadas 40 mulheres de 25 a 64 anos de idade utilizando questionário semiestruturado. Percebeu-se que a maioria das mulheres possuíam faixa etária equivalente acima dos 41 anos, são casadas e possuem ensino fundamental completo, com renda média mensal equivalente a um salário mínimo, e grande parte possuem vida sexual ativa. No tocante ao conhecimento de campanhas e ações educativas a maior parcela relatou que nunca foram informadas. Isto conseqüentemente explica a baixa adesão das mulheres ao exame preventivo Papanicolau. É importante a sensibilização do referido público a realização do exame, como forma de prevenir o câncer de colo uterino através do investimento em campanhas promocionais, ações socioeducativas e qualificação dos enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVES: Exame Papanicolau. Baixa Adesão. Enfermeiros.

ACTORS ASSOCIATED WITH LOW ADHESION TO THE PAPANICOLA EXAMINATION AMONG WOMEN ATTENDED IN THE BASIC JUÇARAL HEALTH UNIT IN BACABAL / MA

ABSTRACT: The cervical cancer is a public health problem in many parts of the world, especially in developing countries such as Brazil. The objective of this study is to analyze the associated factors that lead to low adherence to Pap smears among women attending the Basic Health Unit of Juçaral, in the city of Bacabal / MA. A descriptive research with a quantitative method was carried out in the municipality of Bacabal / Ma, at the Basic Health Unit of the Family Health Strategy (FHS) program, in which 40 women aged 25 to 64 were interviewed. Age using a semi-structured questionnaire. It was noticed that most women had equivalent age above 41 years, the are married and elementary school, with an average monthly income equivalent to one minimum wage, and most of them have an active sex life. Regarding the awareness of educational campaigns and actions, the largest portion reported that they were never informed. This consequently explains the low adherence of women to the Pap smear screening. It is important to raise awareness of this public to perform the exam, as a way to prevent cervical cancer through investment in promotional campaigns, socio-educational actions and qualification of nurses.

KEYWORDS: Papanicolau exam. Low adherence. Nurses.

RESUMEN: El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en muchas partes del mundo, especialmente en países en desarrollo como Brasil. El objetivo de este estudio es analizar los factores asociados que conducen a una baja adherencia a las pruebas de Papanicolaou entre las mujeres que asisten a la Unidad Básica de Salud de Juçaral, en la ciudad de Bacabal / MA. Se realizó una investigación descriptiva con un método cuantitativo en el municipio de Bacabal / Ma, en la Unidad Básica de Salud del programa de Estrategia de Salud Familiar (FHS), en el que se entrevistó a 40 mujeres de 25 a 64 años. Edad utilizando un cuestionario semiestructurado. Se observó que la mayoría de las mujeres tenían más de 41 años, están casadas y han completado la escuela primaria, con un ingreso mensual promedio de un salario mínimo, y la mayoría tienen una vida sexual activa. En cuanto a la conciencia de las campañas y acciones educativas, la mayor parte informó que nunca fueron informados. En consecuencia, esto explica la baja adherencia de las mujeres a la prueba de Papanicolaou. Es importante aumentar la conciencia de este público para realizar el examen, como una forma de prevenir el cáncer de cuello uterino mediante la inversión en campañas de promoción, acciones socioeducativas y la calificación de las enfermeiras.

PALABRAS CLAVE: Papanicolaou. Baja adherencia. Enfermeras

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública em diversos lugares do mundo principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil que possui dificuldades em fomentar políticas públicas para prevenir e combater a doença. O exame Papanicolau, também conhecido como exame preventivo, citologia esfoliativa, esfregaço vaginal ou exame citopatológico, é um dos mais importantes exames para a saúde da mulher e tem minimizado significativamente o número de incidência e de morte por câncer do colo de útero. Este método não é apenas para detectar precocemente doenças e os riscos de uma mulher vir a desenvolver o câncer, ademais, possibilita observar a presença de verrugas, lesões no aparelho reprodutor feminino, possíveis HPV (Papiloma Vírus Humano), ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e as condições de saúde da mulher em níveis hormonais. O herpes e o HPV são as principais patologias relacionadas ao desenvolvimento das células cancerígenas que ocasionam o câncer de colo uterino (WÜNSCH et al., 2011). A atenção básica se preconiza que seja a primeira opção, ou seja, a porta de entrada dos serviços de saúde, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Diante disso, torna-se relevante se destacar que o enfermeiro como elemento constituinte da equipe de estratégia saúde da família deve estar presente e ativo em todas as etapas dos mais variados cuidados preventivos as mulheres, como também em relação aquelas

que já foram diagnosticadas com doença, desde o planejamento, a execução e a avaliação, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida deste público-alvo. (CARVALHO, 2018).

OBJETIVO

Consiste em analisar os fatores associados que levam a baixa adesão ao exame Papanicolau entre mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde do Juçaral, no município de Bacabal/MA.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa de natureza descritiva, com análise dos dados pelo método quantitativo, realizada no município de Bacabal/Ma na Unidade Básica de Saúde Juçaral do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual foram entrevistadas 40 mulheres de 25 a 64 anos de idade. A coleta de dados ocorreu em novembro de 2018, utilizando questionário semiestruturados com 06 (seis) questões. A análise dos dados foi realizada através da tabulação e transcrição dos dados obtidos com o uso do software Excel 2010. O estudo foi submetido a plataforma Brasil no qual teve a aprovação no comitê de ética em pesquisa do centro de estudos superiores de Caxias da Universidade Estadual do Maranhão com o parecer de número 2.990.156.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obteve-se que 45% das mulheres pesquisadas possuem faixa etária equivalente acima dos 41 anos de idade. Esses dados tornam-se extremamente importantes no contexto da pesquisa porque revelam que as mulheres com mais idade procuram mais os serviços públicos de saúde como, por exemplo, o exame preventivo do câncer de colo uterino. Em pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA 2014) as mulheres com menor faixa etária são as que menos procuram os serviços públicos de saúde quanto a realização do exame Papanicolau e são aquelas que já possuem vida sexual ativa e detêm parceiros incertos. No tocante ao estado civil das mulheres 65% são casadas. As mulheres casadas de acordo com Soares (2013) são aquelas que tem maior preocupação em consultar com um médico ginecologista com certa regularidade e realizam o exame Papanicolau. Por outro lado, segundo Silva (2014) as mulheres solteiras possuem um potencial elevado para o desenvolvimento da doença, principalmente o grupo

com as seguintes características: idade equivalente aos 25 anos, possuem vida sexual ativa, não consultam regularmente o seu ginecologista, não realizam exames preventivos e não possuem parceiros certos. O maioria das mulheres possuem nível escolar fundamental completo. Durante a pesquisa pôde-se observar que algumas mulheres sequer sabiam o que era o exame Papanicolau e muito menos a sua importância pelo fato de apresentarem baixo grau de instrução e pouco acesso à informação. E quando perguntadas sobre a renda média mensal das entrevistadas relataram que é equivalente a um salário mínimo, enfatiza-se que a renda média mensal é relevante porque contribui para manutenção da saúde e bem-estar das mulheres. Chama-se atenção para o fato de que o câncer de colo de útero tem maior prevalência em regiões caracterizadas pela baixa renda da sua população, pouco acesso à informação e aos serviços públicos de saúde na área feminina. Por conta dessas implicações o número de vítimas tem um maior registro nessas localidades. Dessa forma, observa-se que a doença também está relacionada a fatores socioeconômicos (MELO, 2014). E que desse público todas as mulheres possuem vida sexual ativa. De acordo com Costa (2013) a relação sexual é a principal forma de contaminação e propagação do vírus HPV. As mulheres que não possuem vida sexual ativa apresentam menores probabilidade de contrair o vírus HPV e conseqüentemente câncer uterino. No tocante ao conhecimento de campanhas e ações educativas de prevenção ao câncer de colo de útero a maioria relatou que não são informadas. Isto conseqüentemente explica a baixa adesão das mulheres ao exame Papanicolau.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante a sensibilização do referido público a realização do exame, como forma de prevenir o câncer de colo uterino através do investimento em campanhas, ações socioeducativas e qualificação dos enfermeiros. Torna-se importante um trabalho das equipes de saúde junto as mulheres não só aos fatores envolvidos a baixa adesão ao exame preventivo, mas reflexões acerca de novas práticas do cuidado e estratégias de promoção e educação em saúde como forma de prevenir o câncer de colo do útero.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Irismar C. S. de. **O perfil das mulheres maranhenses diagnosticadas com lesão intraepitelial de alto grau (HSIL): uma análise sob a ótica dos dados do SISCOLO.** Trabalho de conclusão do curso de Pós-graduação em Citologia Clínica, Ginecológica e Oncótica pelo Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. 2018.

COSTA, Railda Fraga. Prevalência de lesões intraepiteliais em atipias de significado indeterminado em um serviço público de referência para neoplasias cervicais. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 24, nº 3, São Paulo/SP, 2013.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Perfil demográfico das mulheres brasileiras vítimas do câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro/RJ, 2014.

MELLO, Ana Beatriz C. **O câncer de colo do útero tem cura: a prevenção ainda é o melhor remédio**. Monografia apresentada ao curso de Biomedicina, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis/SC, 2014, 56p.

SILVA, Diego S. M. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 19, nº 4, São Paulo/SP, 2014.

SOARES, Marilu C. Caracterização das mulheres com câncer de colo de útero no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Vol. 2, nº 1, Rio de Janeiro/RJ 2013.

WÜNSCH, S. et al. **Coleta de citopatológico de colo uterino: saberes e percepções de mulheres que realizam o exame**. Rev. Enfermagem UFSM, 2011.

ACTORS ASSOCIATED WITH LOW ADHESION TO THE PAPANICOLA EXAMINATION AMONG WOMEN ATTENDED IN THE BASIC JUÇARAL HEALTH UNIT IN BACABAL / MA

INTRODUCTION

The Cervical cancer is a public health problem in many parts of the world, especially in developing countries such as Brazil, which has difficulties in promoting public policies to prevent and combat the disease. The Pap smear, also known as a preventive test, exfoliative cytology, vaginal smear or cytopathological examination, is one of the most important tests for women's health and has significantly minimized the incidence and death rate of cervical cancer. This method is not only for early detection of disease and the risk of a woman developing cancer, but also the presence of warts, lesions in the female reproductive system, possible HPV (Human Papilloma Virus), STIs (Sexually Transmitted Infections). And women's health conditions at hormone levels. Herpes and HPV are the main pathologies related to the development of cancer cells that cause cervical cancer (WÜNSCH et al., 2011). Primary care is recommended to be the first option, ie, the gateway to health services, promoting health promotion, prevention, recovery and rehabilitation. Given this, it is relevant to highlight that the nurse as a constituent element of the family health strategy team must be present and active in all stages of various preventive care women, as well as those who have already been diagnosed with disease, from planning, execution and evaluation, contributing to an improvement in the quality of life of this target audience. (OAK, 2018).

OBJECTIVE

To analyze the associated factors that lead to low adherence to Pap smears among women attending the Basic Health Unit of Juçaral, in the city of Bacabal / MA.

METHODOLOGY

A descriptive research was conducted, with data analysis using the quantitative method, carried out in the municipality of Bacabal / Ma, at the Basic Health Unit of the Family Health Strategy (FHS), in which 40 women from 25 to 64 years old. Data collection took place in November 2018, using a semi-structured questionnaire with 06 (six) questions. Data analysis was performed by tabulating and transcribing data obtained using Excel 2010 software. The study was submitted to the Brazil platform, which was approved by the Research Ethics Committee of the Caxias Higher Studies Center of the State University. Of Maranhão with opinion number 2.990.156.

RESULTS AND DISCUSSION

It was found that 45% of women surveyed have equivalent age group above 41 years of age. These data become extremely important in the context of the research because they reveal that older women seek more public health services such as the cervical cancer screening test. In a survey conducted by the National Cancer Institute (INCA 2014), younger women are those who least seek public health services for the Pap smear and are those who already have an active sex life and have uncertain partners. Regarding the marital status of women 65% are married. Married women according to Soares (2013) are those who are most concerned about consulting with a gynecologist regularly and undergo the Pap smear. On the other hand, according to Silva (2014) single women have a high potential for the development of the disease, especially the group with the following characteristics: age equivalent to 25 years, have active sex life, do not regularly consult their gynecologist, do not perform preventive exams and do not have the right partners. Most women have completed elementary school. During the research it was observed that some women did not even know what the Pap smear was, let alone its importance because they had low education and little access to information. And when asked about the average monthly income of the interviewees reported that it is equivalent to a minimum wage, it is emphasized that the average monthly income is relevant because it contributes to the maintenance of women's health and well-being. Attention is drawn to the fact that cervical cancer is more prevalent in regions characterized by the low income of its population, poor access to information and public health services in

the female area. Because of these implications, the number of victims has a higher record in these locations. Thus, it is observed that the disease is also related to socioeconomic factors (MELO, 2014). And from this audience all women have an active sex life. According to Costa (2013), sexual intercourse is the main form of HPV virus contamination and spread. Women who do not have an active sex life are less likely to get the HPV virus and therefore uterine cancer. Regarding awareness of campaigns and educational actions to prevent cervical cancer, most reported that they are not informed. This consequently explains the low adherence of women to the Pap smear.

FINAL CONSIDERATIONS

It is important to sensitize the public to perform the exam, as a way to prevent cervical cancer through investment in campaigns, socio-educational actions and qualification of nurses. It is important the work of health teams with women not only to the factors involved the low adherence to the preventive exam, but reflections on new care practices and strategies for health promotion and education as a way to prevent cervical cancer.

REFERENCES

CARVALHO, Irismar C. S. de. **The profile of women from Maranhão diagnosed with high grade intraepithelial lesion (HSIL): an analysis from the perspective of SISCOLO data.** Completion of the postgraduate course in Clinical, Gynecological and Oncotic Cytology at the UNINOVAFAPI University Center. 2018.

COSTA, Railda Fraga. Prevalence of intraepithelial lesions in atypias of undetermined significance in a public reference service for cervical neoplasms. **Acta Paulista Journal of Nursing.** Vol. 24, no. 3, São Paulo / SP, 2013.

INCA, National Cancer Institute. **Demographic profile of Brazilian women who are victims of cervical cancer.** Io de Janeiro / RJ, 2014.

MELLO, Ana Beatriz C. **The cervical cancer has a cure: prevention is still the best medicine.** Monograph presented to the course of Biomedicine, Federal University of Santa Catarina - UFSC, Florianópolis / SC, 2014, 56p.

SILVA, Diego S. M. Cervical cancer screening in Maranhão State. **Science & Collective Health Magazine.** Vol. 19, no. 4, São Paulo / SP, 2014.

SOARES, Marilu C. Characterization of women with cervical cancer in Brazil. **Brazilian Journal of Maternal and Child Health.** Vol. 2, no. 1, Rio de Janeiro / RJ 2013.

WÜNSCH, S. et al. **Cervical cytopathological collection:** knowledge and perceptions of women who perform the exam. *Rev. Nursing UFSM*, 2011.

FACTORES ASOCIADOS CON BAJA ADHESIÓN AL EXAMEN PAPANICOLA ENTRE LAS MUJERES ASISTIDAS EN LA UNIDAD BÁSICA DE SALUD JUÇARAL EN BACABAL / MA.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en muchas partes del mundo, especialmente en países en desarrollo como Brasil, que tiene dificultades para promover políticas públicas para prevenir y combatir la enfermedad. La prueba de Papanicolaou, también conocida como prueba preventiva, citología exfoliativa, prueba vaginal o examen citopatológico, es una de las pruebas más importantes para la salud de las mujeres y ha minimizado significativamente la incidencia y la tasa de mortalidad del cáncer cervical. Este método no es solo para la detección temprana de la enfermedad y el riesgo de que una mujer desarrolle cáncer, también permite observar la presencia de verrugas, lesiones del tracto reproductivo femenino, posible VPH (virus del papiloma humano), ITS (infecciones de transmisión sexual) y condiciones de salud de las mujeres a niveles hormonales. El herpes y el VPH son las principales patologías relacionadas con el desarrollo de células cancerosas que causan cáncer cervical (WÜNSCH et al., 2011). Se recomienda que la atención primaria sea la primera opción, es decir, la puerta de entrada a los servicios de salud, promoviendo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Dado esto, es relevante resaltar que la enfermera como elemento constitutivo del equipo de estrategia de salud familiar debe estar presente y activa en todas las etapas de las diversas mujeres de atención preventiva, así como aquellas que ya han sido diagnosticadas con la enfermedad, desde la planificación, ejecución y evaluación, contribuyendo a una mejora en la calidad de vida de este público objetivo. (ROBLE, 2018).

OBJETIVO

Analizar los factores asociados que conducen a una baja adherencia a las pruebas de Papanicolaou entre las mujeres que asisten a la Unidad Básica de Salud de Juçaral, en la ciudad de Bacabal / MA.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación descriptiva, con análisis de datos utilizando el método cuantitativo, realizado en el municipio de Bacabal / Ma, en la Unidad Básica de Salud de la Estrategia de Salud Familiar (FHS), en el que 40 mujeres de 25

a 64 años de edad. La recopilación de datos tuvo lugar en noviembre de 2018, utilizando un cuestionario semiestructurado con 06 (seis) preguntas. El análisis de los datos se realizó tabulando y transcribiendo los datos obtenidos con el software Excel 2010. El estudio se envió a la plataforma de Brasil, que fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Estudios Superiores de Caxias de la Universidad Estatal. De Maranhão con el número de opinión 2.990.156.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encontró que el 45% de las mujeres encuestadas tienen un grupo de edad equivalente a más de 41 años. Estos datos se vuelven extremadamente importantes en el contexto de la investigación porque revelan que las mujeres mayores buscan más servicios de salud pública, como la prueba de detección del cáncer de cuello uterino. En una encuesta realizada por el Instituto Nacional del Cáncer (INCA 2014), las mujeres más jóvenes son las que menos buscan servicios de salud pública para la prueba de Papanicolaou y aquellas que ya tienen una vida sexual activa y tienen parejas inciertas. En cuanto al estado civil de las mujeres, el 65% está casado. Las mujeres casadas según Soares (2013) son las que están más preocupadas por consultar con un ginecólogo regularmente y someterse a la prueba de Papanicolaou. Por otro lado, según Silva (2014), las mujeres solteras tienen un alto potencial para el desarrollo de la enfermedad, especialmente el grupo con las siguientes características: edad equivalente a 25 años, tener una vida sexual activa, no consultar regularmente a su ginecólogo, no realizar exámenes preventivos y no tienen los socios adecuados. La mayoría de las mujeres han completado la escuela primaria. Durante la investigación se observó que algunas mujeres ni siquiera sabían qué era la prueba de Papanicolaou, y mucho menos su importancia porque tenían poca educación y poco acceso a la información. Y cuando se le preguntó sobre el ingreso mensual promedio de las entrevistadas informó que es equivalente a un salario mínimo, se enfatizó que el ingreso mensual promedio es relevante porque contribuye al mantenimiento de la salud y el bienestar de las mujeres. Se llama la atención sobre el hecho de que el cáncer de cuello uterino es más frecuente en las regiones caracterizadas por los bajos ingresos de su población, el acceso deficiente a la información y los servicios de salud pública en el área femenina. Debido a estas implicaciones, el número de víctimas tiene un registro más alto en estos lugares. Por lo tanto, se observa que la enfermedad también está relacionada con factores socioeconómicos (MELO, 2014). Y de esta audiencia, todas las mujeres tienen una vida sexual activa. Según Costa (2013), las relaciones sexuales son la principal forma de contaminación y propagación del virus del VPH. Las mujeres que no tienen

una vida sexual activa tienen menos probabilidades de contraer el virus del VPH y, por lo tanto, cáncer de útero. En cuanto a la conciencia de las campañas y acciones educativas para prevenir el cáncer de cuello uterino, la mayoría informó que no están informados. En consecuencia, esto explica la baja adherencia de las mujeres a la prueba de Papanicolaou.

CONSIDERACIONES FINALES

Es importante sensibilizar al público para que realice el examen, como una forma de prevenir el cáncer de cuello uterino mediante la inversión en campañas, acciones socioeducativas y capacitación de enfermeras. Es importante el trabajo de los equipos de salud con mujeres, no solo por los factores relacionados con la baja adherencia al examen preventivo, sino también por las nuevas prácticas y estrategias de atención para la promoción y educación de la salud como una forma de prevenir el cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS

- CARVALHO, Irismar C. S. de. **El perfil de las mujeres de Maranhão diagnosticadas con lesión intraepitelial de alto grado (HSIL): un análisis desde la perspectiva de los datos de SISCOLO.** Finalización del curso de posgrado en Citología Clínica, Ginecológica y Oncótica en el Centro Universitario UNINOVAFAPÍ. 2018.
- COSTA, Railda Fraga. Prevalencia de lesiones intraepiteliales en atipias de importancia indeterminada en un servicio público de referencia para neoplasias cervicales. **Acta Paulista Revista de Enfermería.** Vol.24, no.3, São Paulo / SP, 2013.
- INCA, Instituto Nacional del Cáncer. **Perfil demográfico de mujeres brasileñas que son víctimas de cáncer cervical.** Río de Janeiro / RJ, 2014.
- MELLO, Ana Beatriz C. **El cáncer de cuello uterino tiene cura: la prevención sigue siendo la mejor medicina.** Monografía presentada al curso de Biomedicina, Universidad Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis / SC, 2014, 56p.
- SILVA, Diego S. M. Detección de cáncer de cuello uterino en el estado de Maranhão. **Revista Ciencia y Salud Colectiva.** Vol.19, no.4, São Paulo / SP, 2014.
- SOARES, Marilu C. Caracterización de mujeres con cáncer cervical en Brasil. **Revista Brasileña de Salud Materna e Infantil.** Vol.2, no.1, Río de Janeiro / RJ 2013.
- WÜNSCH, S. y col. **Colección citopatológica cervical:** conocimiento y percepciones de las mujeres que realizan el examen. Rev. Enfermería UFSM, 2011.

VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO À LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 23/11/2019

Paula Andreza Viana Lima

Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem associado - Universidade Federal do Amazonas/Universidade do Estado do Pará.

Manaus - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/246523511366742>

Rodrigo Damasceno Costa

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas

Manaus - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/0660327783408097>

Natalie Kesle Costa Tavares

Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem associado - Universidade Federal do Amazonas/Universidade do Estado do Pará.

Manaus - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/0761129857447937>

Priscilla Mendes Cordeiro

Docente do curso de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas

Manaus - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/3005896186633325>

Josiane Montanho Mariño

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas

Coari - Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/5705485117895351>

Silvia Caroline Camargo Soares

Enfermeira assistencial da Prefeitura Municipal de Coari

Coari – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/7733232406799824>

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo descrever as vivências de discentes de enfermagem na realização de ações educativas acerca da prevenção do câncer do colo uterino para mulheres ribeirinhas do interior do Amazonas à luz da teoria do autocuidado de enfermagem. Este trata-se de um relato de experiência vivenciado por discentes de enfermagem, no período de 12 a 21 de junho de 2017, na Unidade Básica de Saúde Barco Hospital Enedino Monteiro, situada em Coari – Amazonas – Brasil. As ações tinham duração de 15 minutos e utilizou-se nas palestras um cartaz ilustrativo e os instrumentos utilizados na coleta do Exame Papanicolaou. Participaram das atividades de educação em saúde cerca de 40 mulheres ribeirinhas. As ações proporcionaram aos discentes experiências enriquecedoras e mostraram aos futuros enfermeiros a relevância destas atividades na atenção primária à saúde, uma vez, que se identificou que algumas mulheres

desconheciam os modos de prevenção do câncer colo uterino e a importância do exame Papanicolaou. Portanto, as ações de prevenção do câncer do colo uterino possibilitaram conscientizar as mulheres ribeirinhas sobre as medidas de autocuidado para a prevenção da doença, mostrando também, na prática, a importância dessas atividades para os acadêmicos.

PALAVRAS- CHAVE: Neoplasias do colo do útero; educação em saúde; prevenção & controle; autocuidado; estudantes de enfermagem.

EXPERIENCES OF NURSING ACADEMICS IN THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER IN THE LIGHT OF THEORY OF SELF-CARE

ABSTRACT: The present work aims to describe the experiences of nursing students in carrying out educational actions about the prevention of cervical cancer for women riverine Amazon in the light of the theory of self-care of the nursing staff. This is a report of experience experienced by nursing students, in the period 12 a 21 of June 2017, the Basic Health Unit Boat Enedino Monteiro Hospital, located in Coari [Amazonas ¹ Brasil. The actions lasted 15 minutes and an illustrative poster was used in the lectures and the instruments used in the collection of the Papal test. About 40 women participated in health education activities. The actions provided students with enriching experiences and showed future nurses the relevance of these activities in primary health care, once, it was identified that some women were unaware of the ways of preventing cervical cancer and the importance of Papal test. Therefore, the actions to prevent cervical cancer made it possible to raise awareness among women on the shoreline about the measures of self-care for the prevention of the disease, also showing, in practice, the importance of these activities for academics.

KEYWORDS: Uterine cervical neoplasms; health education; prevention & control; Self Care; students nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino é uma das neoplasias malignas que mais ameaça a saúde da população feminina, sendo considerado um grave problema de saúde pública no mundo (CARVALHO; O´DWERNÁDIA; RODRIGUES, 2018).

No Brasil, a taxa de incidência do câncer do colo do útero varia de região para região, contudo na região norte os dados são mais alarmantes, pois segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer em 2018, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero ocupa o primeiro lugar entre as neoplasias mais incidentes no sexo feminino (25,62/100 mil), sendo também responsável pelo crescente índice de mortalidade entre as mulheres por essa doença na região (INCA, 2017).

Nesse cenário, para o controle desta neoplasia na região Amazônica e em todo o território nacional, o Ministério da Saúde recomenda que os profissionais de saúde desenvolvam ações para a prevenção do câncer do colo uterino por meio de educação em saúde, vacinações de grupos indicados e a detecção precoce por meio do Exame Papanicolaou ou mais conhecido popularmente como “exame preventivo” (BRASIL, 2016).

Em relação às ações de educação em saúde, essas se destacam como excelentes ferramentas para conscientização da população sobre a doença, onde enfermeiro atua como um dos principais protagonistas no processo de prevenção e promoção da saúde (COSTA et al., 2017), pois com base na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, estes profissionais ensinam e estimulam os pacientes a adotarem medidas de autocuidado no seu cotidiano (OREM, 1991), contribuindo desta forma, para a prevenção e controle das doenças, inclusive contra o câncer do colo uterino.

Com isso, levando em consideração à importância do profissional de enfermagem na prevenção do câncer do colo uterino e o contexto das ações vivenciadas voltadas para populações tradicionais típicas da região Amazônica, o objetivo deste trabalho foi de descrever as vivências de discentes de enfermagem na realização de ações educativas acerca da prevenção do câncer do colo uterino para mulheres ribeirinhas do interior do Amazonas à luz da teoria do autocuidado.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, na modalidade relato de experiência vivenciado por discentes do curso de enfermagem do Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, em ações educativas sobre a prevenção do câncer do colo uterino para mulheres ribeirinhas de Coari – Amazonas.

Estas vivências ocorreram no período de 12 a 21 de junho de 2017, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Barco Hospital Enedino Monteiro, situada na zona urbana do município de Coari – Amazonas – Brasil. E a unidade tem como principal público as mulheres ribeirinhas da zona rural do município.

As ações educativas foram realizadas para atender um dos componentes curriculares do curso de Enfermagem, intitulado: Enfermagem na Atenção Integral a Saúde da Mulher II, com carga horária de 90 horas (45 horas no hospital e 45 horas na Unidade Básica de Saúde).

Foram executadas três atividades educativas e estas eram realizadas antes das consultas para a coleta do Papanicolaou, na sala de espera com duração de 15 minutos, consistindo em conversas claras e objetivas com todas as mulheres ribeirinhas, sobre o câncer do colo uterino, a sua prevenção e a importância do

diagnóstico precoce.

Vale ressaltar, que para a abordagem do tema, deu-se ênfase a adesão das medidas de prevenção da doença pelas pacientes, sob a ótica da Teoria do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem.

Para as palestras utilizou-se um cartaz ilustrativo com informações sobre o tema, bem como os instrumentos utilizados na coleta do exame Papanicolaou para demonstrações as pacientes.

O relato foi baseado conforme as observações diretas e anotações dos discentes de enfermagem feitas durante o período das vivências nas ações educativas e o estudo não foi submetido à apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de um relato de experiência, porém foram assegurados e respeitados os preceitos éticos na apresentação dos dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram das atividades de educações em saúde cerca de 40 mulheres ribeirinhas e o foco principal foi conscientizar as usuárias da unidade de saúde sobre a prevenção do câncer de colo do útero, sob o princípio da Teoria do Autocuidado.

Para a realização das palestras os discentes fizeram um levantamento prévio sobre os principais tópicos que seriam abordados sobre o tema, o que contribuiu para o planejamento das palestras e o aprimoramento do conhecimento destes discentes adquiridos em sala de aula sobre essa temática.

Na ação inicialmente, os acadêmicos de enfermagem tiveram um pouco de dificuldade para falar em público, devido à timidez, mas aos poucos os alunos conseguiram se desinibir com auxílio das enfermeiras supervisoras, no qual as palestras oportunizaram aos alunos a experiência de ser protagonista nas atividades de prevenção do câncer do colo uterino e conciliar na prática uma das teorias de enfermagem.

Segundo Pereira et al. (2016), as atividades de educação em saúde na graduação são fundamentais para o desenvolvimento profissional dos estudantes, pois por meio destas ações os alunos aprendem para ensinar e encontram a melhor metodologia educacional para aplicar aos pacientes em sua futura área de atuação.

As atividades educativas abordaram informações sobre o que era o câncer, as formas de prevenção, a importância da coleta do preventivo e os procedimentos realizados no exame, de forma lúdica (brincadeiras) e participativa, dando ênfase à importância do autocuidado pelas pacientes para a prevenção desta doença (uso de camisinha, vacinação, alimentação saudável, prática de exercícios físicos, realização do exame de rastreio e outros).

De acordo com Souza e Costa (2015), as conversas dos profissionais

de enfermagem com as pacientes no intuito de promover estilos de vida e comportamentos que minimizem os riscos do câncer do colo do útero, são excelente estratégia no cenário de prevenção e detecção dessa doença, uma vez, que estas mulheres ficam mais motivadas e instruídas para realizarem o seu próprio cuidado.

Estas ações proporcionaram aos discentes experiências enriquecedoras e mostraram aos futuros enfermeiros a relevância destas atividades na atenção primária à saúde, uma vez, que nas rodas de conversas os discentes puderam perceber que algumas mulheres desconheciam as medidas de autocuidado para a prevenção do câncer colo uterino e outras realizavam o exame preventivo sem conhecer a importância do mesmo.

Além do mais, através das conversas informais foi possível identificar como os fatores econômicos e geográficos podem influenciar na ineficácia das atividades de prevenção e controle do câncer do colo uterino para esse público, uma vez que as comunidades ribeirinhas não dispõem de unidades de saúde fixas e nem sempre os ribeirinhos possuem recurso financeiro suficiente para vir à cidade, o que torna mais difícil o acesso dessas mulheres as atividades de prevenção e promoção da saúde.

Ao final das atividades educativas, foi perceptível a boa aceitabilidade das ações pelo público, onde algumas mulheres relataram que passariam a fazer com regularidades as medidas de autocuidado para prevenção do câncer do colo uterino, proporcionando aos discentes sentimentos de satisfação em realizar as ações e evidenciando para os mesmos a importância das intervenções de enfermagem e a possibilidade de associar as teorias. Para Alcântara et al. (2011), as teorias de enfermagem ajudam o enfermeiro a respaldar a sua prática com base em elementos científicos, sendo utilizadas conforme o objeto de intervenção.

Desta forma essa estratégia mostrou-se como um acolhimento diferenciado ao colocar as mulheres como protagonistas do seu autocuidado para prevenção do câncer do colo uterino e proporcionou uma melhor interação das usuárias com os discentes de enfermagem.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das ações de prevenção do câncer do colo uterino os discentes de enfermagem puderam conscientizar algumas mulheres ribeirinhas do município de Coari- Amazonas, sobre as medidas de autocuidado para a prevenção desta doença, no qual as vivências possibilitaram identificar o baixo nível de conhecimento de algumas pessoas sobre os modos de prevenção e controle do câncer, ficando o alerta aos profissionais da unidade, a respeito da necessidade de intensificar e dar

continuidade a essas atividades educativas.

Portanto, estas ações proporcionaram aos futuros enfermeiros experiências enriquecedoras enquanto acadêmicos, mostrando na prática, a possibilidade de implementar intervenções de enfermagem com base em teorias de enfermagem com intuito de promover a saúde na atenção primária, por meio das atividades de prevenção e educação.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. R. **Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem.** Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v. 2, n. 2, p. 115-132, mai-out, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. **Diretrizes Brasileiras Para O Rastreamento Do Câncer Do Colo Do Útero.** 2. ed. Rev. Atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

CARVALHO, P. G.; O'DWERNÁDIA, G.; RODRIGUES, C. P. **Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino.** Rev. Saúde debate, v. 42, n. 118, p. 687- 701, jul-sep, 2018.

COSTA FKM, et al. **Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero.** Revista Gestão e Saúde, v. 17, n. 1, p. 55- 62, nov, 2017.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

OREM, DE. **Nursing: concepts of practice.** Saint Louis: Mosby,1991.

PEREIRA, F. G. F et al. **Características de práticas de educação em saúde realizadas por estudantes de enfermagem.** Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 2, p. 1-7, abr-jun, 2016.

SOUZA, A. F.; COSTA, L. H. R. **Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 61, n. 4, p. 343- 350, 2015.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL ESTÁDIO III COM METÁSTASE VAGINAL

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 03/11/2019

Marculina da Silva

Discente do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciência de Saúde

Redenção - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2379356577555346>

Anne Fayma Lopes Chaves

Docente do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciência de Saúde

Redenção - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/2733416072137875>

Camila Chaves da Costa

Docente do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciência de Saúde

Redenção - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3201702890552536>

RESUMO: **Introdução:** A Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) é um grupo de doenças trofoblásticas gestacionais que possui potencial maligno. Dentre essas doenças,

destacam-se a mola hidatiforme persistente, mola hidatiforme invasiva, coriocarcinoma e tumor trofoblástico do leito placentário. A taxa de cura dessas doenças é alta e pode chegar até a 100% nos casos em que são descobertas precocemente, cujo marcador biológico-hormonal é a gonadotrofina coriônica humana (hCG). **Objetivo:** relatar uma experiência da sistematização da assistência de enfermagem a uma paciente com o diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional estágio III com Metástase Vaginal. **Método:** trata-se de um relato de experiência descritivo e qualitativo, realizado em uma maternidade de referência do Ceará, no período de fevereiro de 2019, durante estágio curricular da disciplina de Saúde Sexual e Reprodutiva/Enfermagem da UNILAB. O plano de cuidados foi baseando nas taxonomias NANDA, NIC e NOC. **Resultados:** T.V.M.X.L. 29 anos, casada, G2P1CA0. Exérese de nódulo cervical há cerca de 10 anos, nega uso de método contraceptivo. Evoluiu NTG de forma persistente verificada pelo acompanhamento das dosagens da gonadotrofina coriônica humana e de USG pélvica e que necessitou de reposição sanguínea e posterior tratamento quimioterápico. A dosagem seriada do hCG no seguimento pós-molar é o fator prognóstico mais importante para detecção precoce da involução

e evolução da doença. Seguido de planos de cuidado de Enfermagem elencado com Diagnóstico de Enfermagem prioritário - Risco de Sangramento, Ansiedade, Risco de Infecção e Medo e seus respectivos resultados e intervenções. **Conclusão:** verificou-se a evolução da paciente com mola hidatiforme completa para Neoplasia Trofoblástica Gestacional estágio III com metástase vaginal que posteriormente se encontra em bom estado geral, sob cuidados de Enfermagem. Demonstrando que a implementação da SAE propõe ao paciente uma assistência eficaz e integral com base no conhecimento científico e técnico do Enfermeiro e sua equipe para obtenção de uma assistência de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Trofoblástica Gestacional; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

SYSTEMATIZATION NURSING CARE PATIENT WITH GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASM III STADIUM WITH METASTASIS VAGINAL

ABSTRACT: Introduction: The gestational trophoblastic neoplasm (NTG) is a group of gestational trophoblastic diseases with malignant potential. Among these diseases, it highlights the persistent hydatidiform mole, invasive hydatidiform mole, choriocarcinoma and trophoblastic tumor of the placental bed. The cure rate of these diseases is high and can reach 100% in cases that are discovered prematurely, whose biological marker is hormone-human chorionic gonadotropin (hCG). **Objective:** to report an experience of systematization of nursing care to a patient with a diagnosis of gestational trophoblastic neoplasm with stage III Vaginal metastasis. **Method:** this is an account of descriptive and qualitative experience, held in a remarkable maternity institute of Ceará, from February 2019, during the traineeship of the course of Sexual and Reproductive Health / Nursing UNILAB. The care plan was based on taxonomies NANDA, NIC and NOC. **Results:** TVMXL 29 years, married, G2P1CA0. cervical node excision for about 10 years, denies use of contraception. Evolved NTG persistently checked by monitoring the dosage of human chorionic gonadotropin and pelvic ultrasonography and requiring blood replacement and subsequent chemotherapy. The serial measurement of hCG in the post-molar follow-up is the most important prognostic factor for early detection of involution and evolution of the disease. Followed by nursing care plans with part listed Priority Nursing Diagnosis - Bleeding Risk, Anxiety, Infection Risk and Fear and their respective outcomes and interventions. **Conclusion:** there was the evolution of patients with complete hydatidiform mole for Gestational trophoblastic neoplasm stage III vaginal metastasis which subsequently is in good general condition, under nursing care. Demonstrating that the implementation of SAE offers the patient an effective and comprehensive care based on scientific and technical knowledge of the nurse and his team for getting quality care.

KEYWORDS: Gestational Trophoblastic Disease, Nursing Process, Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é um evento patológico proveniente da proliferação celular originada a partir do epitélio trofoblástico placentário, com formas clínicas benignas, representadas pela mola hidatiforme e por formas malignas, representadas pela mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide, as quais são denominadas neoplasias trofoblásticas gestacionais (NTG). A DTG caracteriza-se pela produção de gonadotrofina coriônica humana (HCG), possibilitando o diagnóstico, o monitoramento, a resposta ao tratamento e o controle de cura da doença (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

No Brasil não há estatística confiável, mas, estima-se que haja 1 caso dessa doença para cada 200-400 gestações normais, o que faz com que essa doença seja pouco frequente e por isso desconhecida da população e mesmo de muitos profissionais da saúde (SBDTG, 2014). Dificultando o diagnóstico precoce e tratamento efetivo. Destaca-se a importância de ações educativas voltadas para as mulheres em idade reprodutiva acerca desta patologia rara, porém, com várias consequências negativas para a saúde da mulher.

Em estudo realizado com 1.182 prontuários de mulheres que deram entrada no hospital de referência da região do Cariri - Ceará, nos anos de 2007 a 2011, por complicações do primeiro trimestre da gestação, identificou uma incidência de 1,015%, ou seja, aproximadamente, a cada 100 gestantes, uma foi diagnosticada portadora de DTG (SOARES; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

É difícil estabelecer a verdadeira incidência da DTG, assim como as suas causas, visto que a mesma pode resultar de múltiplos fatores, tais como etnia, localização geográfica, fatores alimentares, anormalidade cromossômica, idade materna e antecedente de gravidez molar (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

O quadro clínico da NTG apresenta variações de acordo com a doença inicial, sua extensão e o diagnóstico histológico. Sendo que algumas características, como atraso menstrual, a presença de náuseas e vômitos mais intensos, aumento do volume uterino, sangramento transvaginal, frequentemente mais na forma de secreção escura. Outros sintomas podem aparecer, e embora raros, são de grande gravidade, como a hipertensão, hipertireoidismo, dificuldade respiratória e problemas na coagulação sanguínea (SBDTG, 2014).

Após o esvaziamento uterino, a maioria das mulheres evoluirão para a cura sem a necessidade de nenhum outro tratamento. Entretanto, algumas mulheres não normalizam os níveis de hCG, tornando necessário outros tratamentos a fim de prevenir consequências mais sérias. Em algumas pacientes com alto risco de

metástase ou doença resistente, poderá ser necessária a quimioterapia combinada para conseguir a cura (SBDTG, 2014). Apesar de tratar-se de uma doença pouco frequente, traz muitos prejuízos para as mulheres em idade fértil, podendo impactar na sua morbimortalidade e potencial reprodutivo. Destacando-se a importância da detecção precoce dessa forma maligna, seguida de tratamento apropriado e de qualidade.

Para o acompanhamento da regressão da doença e controle de cura é fundamental que os profissionais de saúde orientem adequadamente quanto ao seguimento pós-molar, o qual é de extrema importância para assegurar a adesão à vigilância hormonal do hCG e para a melhora da qualidade de vida das pacientes e de seu futuro reprodutivo (FERRAZ et al., 2015). Destacando-se a figura do enfermeiro como educador em saúde, visando orientá-la quanto à prevenção de uma nova gravidez de forma rigorosa por pelo menos seis meses e a identificação de sinais e sintomas que possam indicar a persistência da doença.

Dessa forma, a DTG exige da equipe de saúde observação contínua, tomada de decisão ágil e cuidado singular. Nesse cenário, os profissionais da equipe de enfermagem são responsáveis pelo planejamento do cuidado e assistência eficaz ao paciente a fim de minimizar complicações, propiciando melhores condições de saúde e qualidade de vida (ELIAS et al, 2015).

Salienta-se a importância do enfermeiro desenvolver e aplicar o seu conhecimento técnico e científico por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma ferramenta essencial para propiciar um cuidado que perpassa desde a prevenção, promoção da saúde e reabilitação, viabilizando, deste modo, um cuidado baseado nas necessidades reais da paciente. A utilização das etapas do processo de enfermagem, desde seu planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado direto e indireto ao paciente, possibilita que a assistência de enfermagem seja integral, holística e humanística, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da paciente.

Diante do exposto, torna-se relevante o presente estudo, visto tratar-se de uma forma maligna da Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), rara, que pode surgir em qualquer tipo de gestação, agressiva e pouco estudada, a qual reflete diretamente na morbimortalidade de mulheres em idade reprodutiva.

Objetivou-se relatar uma experiência da sistematização da assistência de enfermagem a uma paciente com o diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional estágio III com Metástase Vaginal.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, que utilizou o método de relato de experiência, realizado em uma maternidade de referência do Estado do Ceará. O estudo foi realizado com uma paciente com diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional estágio III com Metástase Vaginal, internada na Unidade Obstétrica. Os dados foram obtidos durante a consulta de enfermagem realizada no mês de fevereiro de 2019 e coleta de dados presentes no prontuário, durante estágio curricular da disciplina de Saúde Sexual e Reprodutiva do curso de Enfermagem da UNILAB.

Com base nas informações coletadas foram elaborados diagnósticos de enfermagem utilizando como referencial teórico a NANDA-I (2018-2020), bem como algumas intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010) e resultados esperados de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (MOORHEAD, et al., 2010).

Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais de pesquisas que envolvam seres humanos, segundo a resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Relato de caso

Paciente, T.V.M.X.L., feminino, 29 anos, casada, natural do interior do estado do Ceará, católica, G2P1CA0. Nega HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), DM (Diabetes Mellitus) e outras comorbidades. Refere exérese de nódulo cervical há cerca de 10 anos, cesárea há 4 anos na primeira gestação a termo (por vontade própria) e sem intercorrências. Nega alergias. Menarca aos 12 anos, ciclo menstrual regular com duração de 4 dias e fluxo moderado, nega uso de método contraceptivo. Apresentou DTG (mola hidatiforme completa), sendo realizado curetagem em 22/12/2018. Paciente voltou a apresentar sangramento transvaginal – STV, com valores de hemoglobina abaixo do normal (HB: 4,5), recebendo hemotransfusão em 01/02/2019.

História da doença atual: paciente relata que iniciou STV 15 dias após curetagem, caracterizado como sangramento vermelho vivo de moderada quantidade, intermitente, com piora nas últimas semanas, associada a tontura e astenia. Procurou atendimento na emergência da referida maternidade no dia 01/02/2019 no qual foi visibilizado pelo exame especular lesão na parede da vagina esquerda, sangrante, semelhante a tecido placentário (face materna da placenta). Sendo internada no dia 01/02/2019 até 05/02/2019 para reposição sanguínea.

Paciente retorna à emergência no dia 10/02/2019 novamente com STV

associada a hipotensão com PA: 80/50mmHg. Realizado 1 CH (concentrado de hemácia). Ao exame físico: apresenta-se BEG (Bom Estado Geral), hipocorada 2+/4+, eupneica, cooperativa e orientada. Ausculta cardíaca regular, com bulhas normofonéticas, sem sopros. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. Abdome flácido, indolor à palpação, sem massas palpáveis ou visceromegalias, com ruídos hidroaéreos presentes. Extremidades sem edema ou cianose. Aos resultados dos principais exames, laboratoriais (15/12/2018): Hb: 12,9; Ht: 38,8; Leucócitos: 6410; Plaqueta: 187000. Glicose: 69; VDRL: não reagente. SU (19/12/2018): Sem alterações. Dosagem de HCG em (17/12/2018): Positivo; (19/12/2018): 173.317,01UI/ml; (24/12/2018): 35.017,41 UI/ml; (07/01/2019): 10.482UI/ml; (14/01/2019): 14.857,48 UI/ml; (21/01/2019): 22.453 UI/ml; (28/01/2019): 30.600 UI/ml; (01/02/2019): 15.000 UI/ml; (14/02/2019): 18.346 UI/ml.

Na Ultrassonografia (USG) por via transvaginal que foi realizada no dia 19/12/2018, foi verificado volume uterino de 162,1cc. Imagem anecoica dismófica intra-uterina, irregular, medindo 3,7x3,7x2,0cm, com material amorfo/heterogêneo, sem vascularização ao mapeamento de fluxo a cores. Não há caracterização de embrião ou vesícula vitelina. Com suspeita de que podia corresponder a Doença Trofoblástica Gestacional. Numa outra USG realizada no mesmo dia, identificou cavidade uterina apresentando saco gestacional dismórfico/alongado (diâmetro médio > 5,06cm), com material amorfo, hiperecogênico/heterogêneo em seu interior, com algumas áreas císticas em permeio, sem caracterizações habituais do embrião ou da vesícula vitelínica. E sem sinais de fluxo ao Collor doppler. Após vários exames, paciente foi posteriormente diagnosticada com Neoplasia Trofoblástica Gestacional estágio III com metástase Vaginal, aguardando início da quimioterapia. Estando em uso de transamin 50mg/ml e noripurum.

Sendo assim, constatando a necessidade de prestar uma assistência eficaz e humanizada, foi estabelecido um plano de cuidados com diagnósticos de Enfermagem e seus respectivos resultados esperados e intervenções de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS	INTERVENÇÕES
Risco de infecção , relacionado a agentes lesivos (biológicos, físicos, químicos e psicológicos).	Não apresentará infecção relacionada ao ambiente hospitalar enquanto estiver internado no setor.	Cuidado com higienização das mãos antes e após contato com o paciente; identificar sinais e sintomas de infecção; ensinar família e paciente a identificar sinais que sugerem a infecção.
Risco de sangramento , relacionada à complicação da gestação.	Paciente não apresentará sangramento vaginal.	Garantir acesso venoso; monitorar sinais de sangramento; monitorar resultados de exames laboratoriais; monitorar resultados dos exames hemodinâmicos.

<p>Ansiedade relacionado à mudança no estado de saúde e mudança no ambiente evidenciado por preocupações expressas devido à mudança em eventos da vida.</p>	<p>Cessaç�o da ansiedade, ansiedade melhorada.</p>	<p>Encorajar paciente, por meio de di�logo e procurando ouvi-la, verbalizar seus sentimentos e preocupa�es, no momento de intera�o at� que eles sejam superados; levar a paciente para identificar as respostas como lidar com ansiedade e execut�-las como desejar; manter o ambiente tranquilo.</p>
<p>Medo relacionado � situa�o potencialmente amea�adora como por exemplo, hospitaliza�o, tratamento prolongado evidenciado por preocupa�o, cautela.</p>	<p>Paciente apresentar� cessa�o da medo.</p>	<p>Encorajar paciente a conversar sobre seus sentimentos; explicar os procedimentos pelo qual vai submeter numa linguagem simples; desviar aten�o da paciente do foco do medo.</p>

Quadro 01 – Diagnósticos, resultados esperados e interven es de enfermagem em uma paciente com diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional est dio III com Metástase Vaginal. Fortaleza-Ce, 2019.

3 | DISCUSSÃO

Algumas pacientes com NTG após a normaliza o de hCG somente são diagnosticadas porque retornam ao Centro de Referência com alguma queixa relacionada à gravidez (amenorreia, náusea) ou ao surgimento de manifesta es clínicas da neoplasia ou de suas metástases (hemorragia uterina, hemoptise, dispneia) (MATOS. et al., 2015). Corroborando com o presente estudo, no qual a paciente procurou o atendimento após quinze dias depois da curetagem, apresentando sangramento transvaginal.

Demonstrando a importância de uma assistência integral, resolutiva e contínua, de modo a promover orienta es para a paciente acerca do controle pós-molar no momento da alta hospitalar, para que a mesma seja capaz de reconhecer precocemente qualquer manifesta o clínica que indique uma recorrência da doença.

Em estudo realizado com doze prontuários de mulheres acometidas por DTG em um hospital de referência da região do Cariri – Ceará, identificou-se negligência pelos profissionais durante o registro de informa es importantes nos prontuários, tais como os resultados do hCG, antecedentes ginecológicos e obstétricos e registro de encaminhamento do material colhido na curetagem para exame histopatológico. Dificultando o reconhecimento dos fatores de risco da doença, a sua incidência e o seu acompanhamento adequado por meio de um seguimento pós-molar (SOARES; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Nos últimos anos, o diagnóstico e o tratamento de pacientes com DTG têm permitido a cura sistemática das mulheres acometidas por esses trofoblastomas, mantendo a sua capacidade reprodutiva, e permitindo novas gesta es, seguras e

exitosas (FERRAZ, et al., 2018).

O seguimento pós-molar é fundamental para que a mulher tenha uma maior segurança de uma nova gravidez. Todavia, registra-se risco de 1-2% de nova gravidez molar. Em se tratando de mola hidatiforme recorrente, notadamente não se deve negligenciar os cuidados habituais do seguimento pós-molar, uma vez que a doença pode evoluir para a malignização. O tratamento consagrado desses blastomas, feito por médicos experientes e vinculados a Centros de Referência, promove elevadas taxas de cura e preservação da capacidade reprodutiva da mulher (FERRAZ et al., 2015).

Vale salientar que a presença de diagnósticos de enfermagem relativos ao domínio psicossocial, demonstram que as mulheres diagnosticadas com NTG podem sentir-se tristes ou abaladas durante o acompanhamento, devido a atual situação de saúde complicada, sendo relevante que o profissional tenha uma habilidade de conversar, de ser empático e promover a escuta qualificada diante das suas angústias e medos.

Verifica-se que muitos profissionais da saúde dão ênfase apenas a avaliação física das pacientes em tratamento quimioterápico, entretanto, uma vez que são conhecidos os vários aspectos que envolvem a qualidade de vida de um indivíduo, torna-se fundamental que sejam considerados os aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais que podem influenciar no processo saúde-doença (ELIAS et al., 2015).

Destaca-se que a utilização de instrumentos de avaliação pertinentes e consistentes pela enfermagem, no cuidado ao paciente oncológico possibilita uma prática assistencial de qualidade e livre de riscos, bem como direcionada especificamente para o manejo do estado geral e complicações inerentes, favorecendo um cuidado individualizado e humanizado (ELIAS et al., 2015).

4 | CONCLUSÃO

Frente ao exposto, verifica-se que a NTG se trata de uma patologia rara e que representa graves complicações obstétricas, podendo culminar na morte materna. Com os avanços no diagnóstico e tratamento da doença, tem sido possível o diagnóstico precoce e o manejo adequado de acordo com a sua forma clínica, aumentando as taxas de cura e a preservação da capacidade reprodutiva da mulher.

Destaca-se a importância de uma assistência pré-natal de qualidade e resolutiva que oportunize o diagnóstico correto e precoce dos diversos casos de DTG. Ademais, enfatiza-se que o seguimento pós-molar é de suma importância pois considerando o potencial de malignidade da doença, permite a detecção e

tratamento precoce, caso evolua para NTG, garantindo que essa mulher tenha um bom prognóstico e futuras gestações saudáveis.

Nesse contexto, as ações do enfermeiro como educador em saúde são fundamentais para sensibilizar as pacientes quanto à importância do controle pós-molar. Assim como para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma ferramenta que possibilita a elaboração de um plano de ação estratégico capaz de oportunizar melhores condições de saúde a pessoa com NTG, uma vez que as intervenções realizadas proporcionam saúde e bem-estar aos clientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2013.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem - NIC**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

ELIAS, T. C.; MENDES, L. C.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. **Caracterização e capacidade funcional de mulheres com câncer ginecológico, câncer mamário e doença trofoblástica gestacional**. Rev Gaúcha Enferm, v. 36, n. 4, p. 37-42, 2015.

FERRAZ, L.; LOZOYA, C.; LOPEZ, P. F.; MORAES, V.; AMIM-JÚNIOR, J.; REZENDE-FILHO, J.; BRAGA, A. **Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar**. FEMINA, v. 43, n. 1, 2015.

FERRAZ, L.; LOPES, P. F.; RAMOS, C. A. B.; BOECHAT, S. G.; FONSECA, I. P.; BRAGA, A. **Doença Trofoblástica Gestacional: Como Diagnosticar e Tratar?** Rev. Saber Científico, Porto Velho, v. 7, n. 1, p. 83 – 90, jan./jun. 2018.

MATOS, M.; FERRAZ, L.; LOPES, P. F.; LOZOYA, C.; AMIM-JÚNIOR, J.; REZENDE-FILHO, J.; BRAGA, A. **Neoplasia trofoblástica gestacional após normalização espontânea da gonadotrofina coriônica humana em paciente com mola hidatiforme parcial**. Rev. Bras. Ginecol Obstet., v.37, n. 7, p. 339-43, 2015.

MONTENEGRO, C.A.B; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia** – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, L.M.; SWANSON, E. **Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 4º Edição. Elsevier Editora Ltda. 2010.

North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018 – 2020**. 11ª Edição. Editora Artmed. 2018.

SBDTG, Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional MOLA. **Manual de Informações sobre a Doença Trofoblástica**. Rio de Janeiro/Sociedade Brasileira de Doenças Trofoblásticas. Rio de Janeiro / RJ, 2014.

SOARES, M. K. P.; OLIVEIRA, J. F. B.; OLIVEIRA, M. A. **Incidência de doença trofoblástica gestacional nos anos de 2007 a 2011 em um hospital público da região do Cariri**. Cadernos ESP, v. 9, n. 1, p. 35-41, 2015.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE COM CÂNCER DE OVÁRIO EM QUIMIOTERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 03/11/2019

Debora Silva de Oliveira Gomes

Pós-graduada em Neonatologia pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e residente em Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Oncologia José Alencar Gomes da Silva (INCA/MS).

Rio de Janeiro- RJ.

Link para o currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/0379741505295412>

Letycia das Chagas Castro

Pós-graduada em Políticas e práticas em situações de saúde no espaço hospitalar pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e residente em enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/MS).

Rio de Janeiro- RJ.

Link para o currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/6695918016714580>

Tainá Bastos dos Santos

Pós-graduada em Enfermagem Clínica e em Saúde do Adolescente pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e residente em Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/MS).

Rio de Janeiro- RJ.

Link para o currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/6533346002798480>

Tainã Clarissa Santos da Silva de Oliveira

Residente em Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/MS).

Rio de Janeiro- RJ.

Link para o currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/5812299545849317>

RESUMO: Introdução: O câncer de ovário é um tipo de tumor ginecológico mais difícil de ser diagnosticado e de menor chance de cura. Tendo em vista a magnitude da patologia e a importância do processo de enfermagem ao cuidar do paciente oncológico, foram traçados os diagnósticos de enfermagem inspirados no sistema da North American Nursing Diagnost Association (NANDA). **Objetivo:** relatar a experiência da sistematização da assistência de enfermagem à paciente com carcinoma embrionário de ovário submetida ao tratamento quimioterápico. **Métodos:** trata-se de um relato de experiência da assistência de enfermagem prestada à paciente com câncer de ovário, com abordagem qualitativa, descritivo e observacional, realizado em julho de 2018 em

um hospital de alta complexidade, referência em oncologia ginecológica no Rio de Janeiro. **Resultados:** Foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: 1) Constipação; 2) Ansiedade; 3) Risco de baixa autoestima situacional; 4) Risco de infecção; 5) Risco de integridade da pele prejudicada. As intervenções basearam-se em manter relação terapêutica, manter escuta ativa, orientar quanto a patologia, avaliar a adaptação da imagem corporal e identificar possíveis sinais de infecção. **Conclusão:** Os diagnósticos e as intervenções de enfermagem realizadas potencializam a assistência qualificada e as chances de sucesso do regime terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, câncer de ovário.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH OVARIAN CANCER UNDERGOING CHEMOTHERAPY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Ovarian cancer is a type of gynecological tumor that is more difficult to diagnose and less likely to cure. In view of the magnitude of the pathology and the importance of the nursing process when caring for the cancer patient, nursing diagnoses were traced using the North American Nursing Diagnost Association (NANDA) system. **Objective:** to report the experience of systematization of nursing care to patients with ovarian embryonic carcinoma submitted to chemotherapy treatment. **Methods:** this is a report of experience of nursing care provided to patients with ovarian cancer, with a qualitative, descriptive and observational approach, conducted in July 2018 in a hospital of high complexity, reference in oncology gynecological in Rio de Janeiro. **Results:** The following nursing diagnoses were identified: 1) Constipation; 2) Anxiety; 3) Risk of low situational self-esteem; 4) Risk of infection; 5) Risk of impaired skin integrity. The interventions were based on maintaining therapeutic relationship, maintaining active listening, guiding pathology, evaluating body image adaptation and identifying possible signs of infection. **Conclusion:** The nursing diagnoses and interventions performed enhance qualified care and the chances of success of the therapeutic regimen.

KEYWORDS: Nursing care, nursing diagnoses, ovarian cancer.

INTRODUÇÃO

O câncer de ovário é o sétimo câncer mais comum no Brasil e mais incidente nas Regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte no Brasil. A estimativa no Brasil segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é de 6.150 casos novos para cada ano do biênio 2018-2019, sendo o oitavo câncer mais incidente no mundo (INCA, 2017).

Há maior incidência em mulheres brancas, sendo a maior causa de câncer

ginecológico no mundo. Ocorre na fase pós-menopausa, raramente na fase fértil e com idade de diagnóstico entre 60 a 65 anos. Os fatores de risco incluem forte histórico familiar (mutações em BRCA1 e BRCA2), síndrome de Lynch, nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, maior idade, raça branca, residentes da América do Norte e Europa, dieta rica em gordura, obesidade, tabagismo e poeira contaminada com asbesto. No entanto, também possui fatores de proteção como amamentação, laqueadura tubária e utilização de anticoncepcional (CHABNER; LONGO, 2015; GOVINDAN; MORGENSZTERN, 2017).

A letalidade do câncer de ovário tende a ser mais elevada em comparação aos outros tipos de câncer dos órgãos reprodutores femininos e, histologicamente, os carcinomas ovarianos são divididos em cinco tipos principais: carcinomas serosos de alto grau (70%); endometriais (10%); células claras (10%); mucinosas (3%); e de baixo grau (<5%); muito menos comuns são os tumores de células germinativas malignas (INCA, 2017).

O carcinoma embrionário de ovário pertence ao tipo celular do câncer ovariano de células germinativas que representa 3% dos tumores ovarianos malignos, com incidência em mulheres jovens, com altas taxas de cura e apresenta lesões em estágio precoce e restritas ao ovário. Na maioria dos casos a paciente é assintomática no estágio inicial da doença, porém podem apresentar sinais e sintomas inespecíficos como aumento do volume abdominal, distensão abdominal, dispepsia, anorexia, saciedade precoce, perda de peso ou constipação. Nos casos de doença avançada apresentam aumento do volume abdominal - lesões volumosas, ascite, dor, dispepsia, perda ponderal, caquexia, sintomas urinários, sub-oclusão intestinal, levando a descoberta do diagnóstico no estágio avançado em 80% dos casos. O diagnóstico é feito inicialmente com os exames de imagem como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada. Para definição do estadiamento da doença, diagnóstico histológico e citorredução do tumor se faz necessário a cirurgia visando a preservação da fertilidade e posteriormente associa-se a quimioterapia (CHABNER; LONGO, 2015; GOVINDAN; MORGENSZTERN, 2017).

Para que esta paciente possa ser assistida se faz necessário a presença do enfermeiro, que é o profissional que atua no cuidado ao paciente em todos os níveis de atenção e de acordo com a Lei do exercício profissional nº 7.498/86 possui atribuições como consulta de enfermagem, prescrição de cuidados, atuação nos cuidados de maior complexidade, tomada de decisão, atuação nos planos assistenciais, entre outros.

Segundo Cruz et al (2017), o enfermeiro não deve se limitar ao desenvolvimento de suas ações somente na visão holística do cuidado mas ser o articulador do cuidado por meio de seu papel como líder da equipe de enfermagem, buscando interligar saberes, práticas e experiências entre os profissionais e na relação com

o próprio paciente.

Desta forma atuando através da sistematização da assistência de enfermagem conforme a Resolução COFEN 358/2009, pois o processo de enfermagem deve ser realizado em todo ambiente onde ocorre o cuidado de enfermagem e consiste em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. E a sua implementação se faz necessária em todos os espaços pois possui fundamento técnico-científico que qualifica a prática profissional e gerência de cuidados individuais (FELICIANO et al, 2018).

Mediante o exposto, o objetivo do estudo foi relatar a experiência da sistematização da assistência de enfermagem à paciente com carcinoma embrionário de ovário submetida ao tratamento quimioterápico.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da assistência de enfermagem prestada à paciente com câncer de ovário, com abordagem qualitativa, descritivo e observacional.

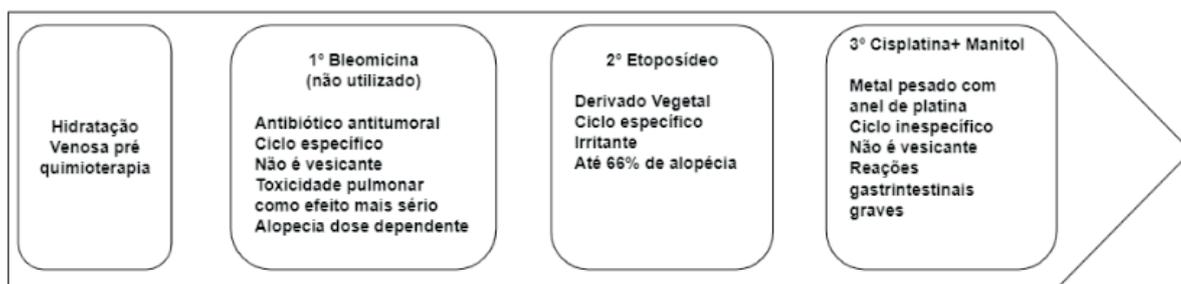
O campo de estudo foi um hospital de alta complexidade, referência em oncologia ginecológica no Rio de Janeiro, em julho de 2018.

DESCRIÇÃO DO CASO

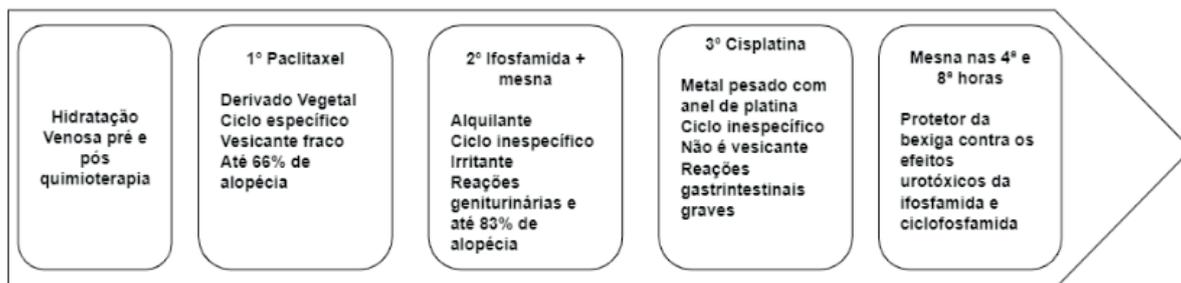
Estudante, sexo feminino, 17 anos. Diagnóstico clínico de neoplasia maligna de ovário e diagnóstico histopatológico de carcinoma embrionário de ovário esquerdo por meio de colpocitologia oncótica. Estadiado, segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO, como estágio IVB: Metástases parenquimatosas e metástases para órgãos extra-abdominais (incluindo linfonodos inguinais e linfonodos fora da cavidade abdominal) (BEREK et al., 2018).

Iniciou tratamento quimioterápico curativo com o esquema BEP modificado (etoposídeo, cisplatina, manitol, sem a bleomicina). Apesar da redução nos marcadores tumorais houve aumento das lesões peritoniais, configurando massa que se insinua na pelve e dilação na pelve renal. Diante disso, optou-se pela mudança da quimioterapia curativa para paliativa, esquema proposto: TIP (paclitaxel, cisplatina, ifosfamida e mesna).

ESQUEMA BEP MODIFICADO



ESQUEMA TIP



Sentido de administração das medicações: esquerda para direita.

Figura 1 - Esquemas quimioterápicos

Fonte: BONASSA; GATO, 2012 apud AS AUTORAS, 2019.

RESULTADOS

Diante do quadro apresentado pela paciente, a assistência fora inspirada na teoria de enfermagem de Faye Abdellah, que de acordo com Santos et al. (2012), delimita os 21 problemas de enfermagem e direciona a prática profissional; há a necessidade de prestar assistência ao indivíduo como um todo; essa assistência deve atender as necessidades físicas, emocionais, intelectuais, sociais e espirituais; de conforto, higiene e segurança, equilíbrio fisiológico, fatores sociais e psicológicos, fatores sociais e comunitários, ou seja, cuidado em todas as dimensões da vida. Foram elencados cinco problemas, que estão destacados na listagem a seguir, com os quais foram trabalhados os diagnósticos de enfermagem.

Os 21 problemas descritos por Faye Glenn Abdellah (FALCO, 2000):

1. Dificuldade em promover higiene física e conforto físicos adequados;
2. Dificuldade em promover atividade e repouso adequados;
3. **Segurança através de prevenção de acidentes, lesões do físico e de infecção;**
4. **Dificuldade de facilitar e manter a mecânica corporal correta;**
5. Dificuldade de facilitar e manter a oxigenação em todos os tecidos do corpo;

6. Dificuldade de facilitar e manter a nutrição em todos os tecidos do corpo;
- 7. Dificuldade de facilitar e manter a eliminação em todos os tecidos do corpo;**
- 8. Dificuldade de facilitar e manter o equilíbrio hídrico e eletrolítico em todos os tecidos do corpo;**
9. Dificuldade em reconhecer respostas fisiológicas, compensatórias e patológicas do corpo;
10. Dificuldade de facilitar e manter os mecanismos e funções reguladoras;
11. Dificuldade de facilitar e manter a função sensorial;
12. Dificuldade em identificar e aceitar as expressões, sentimentos, reações positivas e negativas;
13. Dificuldade em fazer inter-relação entre emoções e doenças físicas;
14. Dificuldade em facilitar e manter a comunicação verbal e não verbal eficaz;
15. Dificuldade em promover o desenvolvimento de relações interpessoais efetivas;
16. Dificuldade em facilitar à obtenção de metas espirituais pessoais;
17. Dificuldade em criar e/ou manter um ambiente terapêutico;
18. Dificuldade em facilitar o autoconhecimento das suas necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento das suas necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento variáveis para o seu bem estar;
19. Dificuldade em aceitar as limitações físicas e emocionais;
- 20. Dificuldade em utilizar-se dos recursos existentes na sua comunidade para resolver os problemas decorrentes da doença e;**
21. Dificuldade em compreender os problemas sociais/ambientais que influenciam a doença.

Com base nos problemas identificados, foram desenvolvidos os seguintes diagnósticos de enfermagem, seguidos das intervenções e resultados esperados. Observe o quadro a seguir.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultado esperado
1) Constipação relacionada a motilidade do trato gastrointestinal diminuída caracterizada por mudança no padrão intestinal.	Conversar sobre a importância da ingestão hídrica; Orientar quanto a manter dieta laxativa e alimentos ricos em fibras; Monitorar e registrar frequência, consistência, formato e volume das vezes.	Estabelecerá melhor padrão de funcionamento intestinal;

2) Ansiedade relacionada às alterações das condições de saúde caracterizado por preocupação verbalizada.	Estabelecer relação terapêutica transmitindo empatia, respeito. Escutar ativamente; Mostrar-se disponível; Estimular o cliente a reconhecer e expressar seus sentimentos; Apoio à tomada de decisão.	Demonstrará estar relaxado e dirá que a ansiedade foi atenuada; Expressará que tem consciência dos sentimentos de ansiedade; Identificará modos saudáveis de lidar e expressar a ansiedade.
3) Risco de baixa autoestima situacional evidenciado por distúrbio da imagem corporal.	Discutir as mudanças causadas pela doença; Avaliar a adaptação da cliente à mudança na imagem corporal; Identificar e encaminhar para grupos de apoios disponíveis; Avaliar a compreensão da cliente quanto ao processo doença.	Verbalizará que entende as mudanças em seu corpo; Verbalizará a aceitação das suas condições atuais; Demonstrará autoconfiança.
4) Risco de infecção evidenciado por Imunossupressão	Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção e sobre relatar ao profissional de saúde; Enfatizar a importância da higienização das mãos Assegurar manuseio com técnica estéril durante os procedimentos invasivos; Detectar sinais flogísticos nos locais de acessos venosos.	Verbalizará que compreende os fatores causadores e de risco de infecção; Realizará higienização das mãos e manterá bons hábitos de higiene; Não apresentará febre.
5) Risco de integridade da pele prejudicada evidenciado por uso de agente farmacológico	Orientar quanto ao uso de escova de dente com cerdas macias para evitar lesões em cavidade oral; Recomendar a manutenção das unhas aparadas e limpas; evitar tirar cutículas; não utilizar lâminas na pele.	Verbalizará que entende o tratamento, regime terapêutico; Demonstrará comportamentos para evitar danos à pele.

Quadro 1 - Diagnósticos, intervenções e resultados inspirados em NANDA (2017)

Fonte: As autoras, 2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem à uma jovem com carcinoma embrionário de ovário a partir da identificação dos principais problemas de enfermagem, por conseguinte, permitiu o estabelecimento dos principais diagnósticos de enfermagem, inspirados na classificação de NANDA, possibilitando traçar as intervenções de enfermagem que potencializaram a assistência qualificada, bem como incrementando as chances de forma positiva todas as etapas do regime terapêutico, cabe ressaltar que todo cuidado prestado foi pautado na relação empática e ética, considerando e respeitando a realidade institucional. O plano de cuidado teve como singularidade

manter relação terapêutica, escuta ativa, orientar quanto a patologia, avaliar a adaptação da imagem corporal e identificar possíveis sinais de infecção.

A aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem é essencial para a práxis do cuidado cotidiana, estabelecendo e identificando as necessidades individuais do paciente, permitindo ao enfermeiro coordenar a assistência prestada, de modo eficiente, conferindo visibilidade à prática profissional.

REFERÊNCIAS

- BEREK, J.S. et al. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, [s.l.], v. 143, p.59-78, out. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12614>. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12608>>. Acesso em: 30 out. 2019.
- BONASSA, E.M.; GATO, M.I.R.. **Terapêutica oncológica para e enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância**. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (1986). Lei nº 7.498, 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: 30 out. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (2009). Resolução COFEN nº 358 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, 2009. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 30 out. 2019.
- CHABNER, B.A.; LONGO, D.L.. **Manual de oncologia de Harrison**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed,2015.
- CRUZ, R.A.O. et al. **Reflexões à luz da Teoria da Complexidade e a formação do enfermeiro**. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2017, vol.70, n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100236&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 out. 2019.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017** [recurso eletrônico] / [NANDA International] ; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.]. –Porto Alegre: Artmed, 2015. e-PUB.
- FALCO, S.M.. Faye Glenn Abdellah. *In*: GEORGE, J.B.. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 119 - 130.
- FELICIANO, L.M. et al.. **Custo-minimização do transplante alogênico de células-tronco com a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rev. enferm. UFPE on line; v. 12, nº. 7, p. 1923-1930, jul. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22319/29472>>. Acesso em: 30 out. 2019.
- GOVINDAN, R; MORGENZTERN, D.. **Washington Manual: Oncologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2017.

USO EXCESSIVO DE APARELHOS TECNOLÓGICOS POR CRIANÇAS PODE CAUSAR AMETROPIAS E DEFICIÊNCIAS DO SISTEMA ÓPTICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 05/02/2020

Isadora Mund

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Victória Pagung

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Ana Marchezini Passos

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Letícia Ricardino Almeida e Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Raquel Dias Marques

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Jairo Ferreira de Farias Junior

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Mariana Zamprogno Zottele

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Rodrigo Frigini Scardua

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Ana Luiza Afonso de Araujo

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Glenda Pereira Lima Oliveira

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

Pedro Canal Pimentel

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

José Maikon de Souza

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Vitória-ES

RESUMO: Introdução: O expressivo aumento dos casos de ametropias e deficiências ópticas no século XXI, especialmente em países emergentes, alerta para a preservação da boa qualidade visual, contribuinte do bom aprendizado e socialização na infância. Objetivo: Analisar a literatura sobre cegueira e ametropias que acometem crianças em idade

escolar e suas causas, objetivando enfatizar a importância da prevenção da saúde visual de menores de 15 anos. Método: Revisão bibliográfica feita pelas bases de dados ClinicalKey, Global Vision, Pubmed/Medline e na biblioteca online Scielo. Foram selecionados 25 artigos publicados entre 2005 e 2017. Filtros utilizados: idioma (português, inglês e espanhol) e área das Ciências da Saúde. Critérios de inclusão: menores de 15 anos, apresentação de dados universais e relevantes para a sociedade. Os trabalhos excluídos apresentavam fuga ao tema ou dados de clínicas oftalmológicas. Resultados: O uso de aparelhos tecnológicos afeta comprovadamente a visão de crianças. Observa-se uma prevalência acentuada de ametropias entre os usuários inconsequentes de aparelhos eletrônicos. O cuidado dos responsáveis acerca da saúde visual e a realização de exames precoces são fundamentais para melhorar esse cenário. Discussão: O aumento das jornadas de trabalho, de modo a reduzir o convívio entre pais e filhos, resulta em uso demasiado de aparelhos eletrônicos como distração pelas crianças. Estes emitem luz azul, causando prejuízo devido à sua alta penetrância nos tecidos biológicos. Conclusão: A medida mais eficaz para evitar evolução das ametropias é a prevenção. Assim, são necessárias campanhas preventivas, mudança de hábitos e realização de exames na pré-infância.

PALAVRAS-CHAVE: Ametropias. Erros refrativos. Criança. Prevalência.

THE EXCESSIVE USE OF ELECTRONIC DEVICES BY CHILDREN MAY CAUSE AMETROPIA AND OPTIC SYSTEM DEFICIENCY : A BIBLIOGRAPHY REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The significant increase of ametropia and optical deficiencies cases in XXI century, especially in emerging nations, warns of the need of preservation of good visual quality, a constituent element of good learning and socialization in childhood. Objective: Analyze the existent literature about blindness and ametropia that befalls school age children and their causes, emphasizing the importance of visual care prevention under fifteen. Method: A bibliographic review using *ClinicalKey*, *Global Vision*, *Pubmed/Medline* databases, and *Scielo* online library. 25 articles published between 2005 and 2017 were selected. Filters applied during selection: idiom and health science area. Inclusion criteria: under 15 years, universal data presentation and the relevance for society. Exclusion criteria: works that presented data about ophthalmic clinics or escaped from the theme. Results: The use of technology is proven that affects children's vision. It can be observed a highly prevalence in ametropia among inconsequential users of electronic devices. Guardian's care about infant's visual health and the action of taking early medical exams are both very important to improve this scenario. Discussion: The increase in work's journey reduces family interaction, and results in the excessive use of electronic devices, as a distraction, for children. These devices radiate blue light, affecting user's vision, due to the high penetration in biologic tissues. Conclusion: The most effective decision to avoid ametropia's evolution is to

prevent. Therefore, preventive campaigns are needed, just like the change of habits and the action of taking medical examinations during early infancy.

KEYWORDS: Ametropias. Refractive Errors. Child. Prevalence.

1 | INTRODUÇÃO

No século XXI, observou-se um aumento de 57 milhões no número de casos de ametropias, desde 1990 até 2017, quando o número de pessoas afetadas era de 217 milhões. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 90% das pessoas com ametropias vivem em países em desenvolvimento, sendo que, dentre esse grupo, 19 milhões possuem menos de 15 anos (BARBOSA et al, 2017), revelando que fatores genéticos, ambientais, biológicos e financeiros afetam a performance visual de crianças e jovens.

As ametropias são erros refrativos de visão causados pelo mal funcionamento e/ou má harmonia entre os diferentes componentes do sistema óptico, o que resulta em uma baixa acuidade visual, perda de nitidez da imagem e astenopia, um termo utilizado para descrever queixas relacionadas a erros de refração, como dor de cabeça, espasmos da pálpebra, diplopia transitória (visão dupla transitória) e tontura (VENTURA et al, 1995).

Os erros de refração mais comuns são a miopia, a hipermetropia, o astigmatismo e a presbiopia (visão cansada), doenças cuja evolução - em casos de negligência - pode resultar em cegueira parcial ou total. Com exceção à presbiopia, os demais erros refrativos são diagnosticados em idade escolar. O diagnóstico precoce é necessário pois o bom funcionamento do sistema ocular é de extrema importância para o progresso educacional e qualidade de vida da criança. Essa fase é o tempo em que esses indivíduos são mais prejudicados, devido à dificuldade que podem ter em acompanhar o restante da turma, tanto no aprendizado, quanto na socialização.

Estima-se que 20% das crianças menores de 15 anos que frequentam a escola possuem algum problema de visão (BARBOSA et al, 2017); contudo, a maioria delas nunca passou por um exame oftalmológico - cenário que pode resultar em cegueira. Ademais, a exposição precoce a televisões, smartphones, dentre outros aparelhos eletrônicos, contribui significativamente para o agravamento dessa situação.

Comprovando a importância de se atentar a essa questão, o controle da cegueira infantil é uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) no programa “VISÃO 2020: o Direito à Visão”.

2 | OBJETIVOS

Analisar a literatura acerca da cegueira e das ametropias que acometem

crianças em idade escolar e suas causas, a fim de enfatizar a importância da prevenção na saúde visual de menores de 15 anos.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura feita no período de março a junho de 2018 nas bases de dados do *ClinicalKey*, *Global Vision* e *Pubmed/Medline*, além da biblioteca online Scielo. Foram selecionados 25 artigos publicados entre 1995 e 2017, a partir dos termos: ametropias (*ametropias*); erros refrativos (*refractive errors*); criança (*child*) e prevalência (*prevalence*). Os filtros utilizados na seleção dos textos foram o idioma (inglês, português e espanhol) e a área das Ciências da Saúde. Como critério de inclusão foram escolhidos artigos que abordavam indivíduos na faixa etária entre

0 e 15 anos - considerados crianças pela UNESCO -, e dados considerados representativos da população estudada. Os trabalhos excluídos apresentavam fuga ao tema ou informações de clínicas oftalmológicas, sendo assim considerados como possível viés de seleção. A prioridade foi a observação de crianças brasileiras; contudo, também foram estudados aspectos de todo o mundo.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O aumento do número de casos de ametropias comprova que a ascensão tecnológica vigente tem essencial participação no processo que tornou o adoecimento visual um fator normativo na população humana. Esse acontecimento se deve aos recursos danosos utilizados em telas de aparelhos celulares e de computadores, que não atentam para a saúde ocular de seus usuários, além de haver um uso excessivo e indevido desses dispositivos. A tabela 1 mostra a idade aproximada do primeiro contato com a internet de 874 estudantes de uma universidade espanhola (RUIZ-PALMERO et al, 2016):

Tabela 1: Desde quando usa a Internet?

	Sexo		Total	Porcentagem
	Homem	Mulher		
Menos de 6 meses	0	2	2	0,2
De 6 meses a 1 ano	0	1	1	0,1
De 1 a 2 anos	3	5	8	0,9
De 2 a 3 anos	4	26	30	3,4
De 3 a 4 anos	16	61	77	8,8
Mais de 4 anos	189	567	756	86,5

Fonte: Ruiz-Palmero, 2016.

A tabela 2 expõe o tempo diário que esses mesmos participantes da pesquisa passam conectados à internet (RUIZ-PALMERO et al, 2016).

Tabela 2: Quanto tempo passa conectado à Internet por dia?

	Sexo		Total	Porcentagem
	Homem	Mulher		
Menos de 1 hora	9	16	25	2,9
De 1 a 2 horas	47	135	182	20,8
De 2 a 3 horas	62	162	224	35,6
De 3 a 4 horas	35	121	156	17,8
De 4 a 5 horas	23	84	107	12,2
Mais de 5 horas	36	144	180	20,6

Fonte: Ruiz-Palmero, 2016.

Após um estudo realizado com 40.873 alunos, entre 7 e 15 anos, de 357 escolas de Alagoas (Brasil), observou-se que 2129 são amétropes (BARBOSA et al, 2017). A distribuição destes entre as diferentes ametropias está exposta na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das ametropias de acordo com gênero?

Ametropias	Meninas	Meninos	Total (%)
Astigmatismo hipermetrópico composto (AHC)	492	364	856 (20,39)
Astigmatismo hipermetrópico simples (AHS)	86	59	145 (3,45)
Astigmatismo misto (AM)	391	294	685 (16,31)
Astigmatismo miópico composto (AMC)	707	510	1217 (28,99)
Astigmatismo miópico simples (AMS)	353	285	638 (15,19)
Hipermetropia	208	163	371 (8,83)
Miopia	165	121	286 (6,81)
TOTAL	2402	1796	4198

Fonte: Barbosa, 2017.

O cuidado dos pais e responsáveis em relação a visão de seus filhos é um fator decisivo na saúde ocular desses. O uso excessivo de telas de celulares e de computadores, a baixa qualidade do sono, as demandas visuais prolongadas e a falta de acesso a serviços de prevenção afetam muito o olho das crianças. Na tabela 4, tem-se os resultados de uma pesquisa feita na Ásia com 894 pais e responsáveis sobre a saúde ocular de seus dependentes em idade escolar (ZHOU et al, 2017). Observa-se que uma prevalência maior dos mais novos no grupo contendo indivíduos saudáveis, quando comparado aos não-saudáveis.

Tabela 4: Características demográficas de pais e filhos.

Variáveis	Grupo com Miopia n (%)	Grupo sem Miopia n (%)	Total n (%)
Número total	338	556	894
Idade da criança	12,76 ± 2,61	10,52 ± 2,61	11,37 ± 2,83
<i>Gênero da criança</i>			
Menino	162 (47,9)	286 (51,4)	448 (50,1)
Menina	176 (52,1)	270 (48,6)	446 (49,9)
<i>Ano escolar da criança</i>			
1º ano	20 (5,9)	172 (30,9)	192 (21,5)
3º ano	38 (11,2)	141 (25,4)	179 (20,0)
5º ano	116 (34,3)	138 (24,8)	254 (28,4)
7º ano	94 (27,8)	76 (13,7)	170 (19,0)
10º ano	70 (20,7)	29 (5,2)	99 (11,1)
<i>Local de residência</i>			
Área urbana central	178 (52,7)	291 (52,3)	469 (52,5)
Área urbana não central	160 (47,3)	265 (47,7)	425 (47,5)
<i>Relação</i>			
Pai	169 (50,0)	239 (43,0)	408 (45,6)
Mãe	169 (50,0)	317 (57,0)	486 (54,4)
<i>Educação dos pais</i>			
Escola primária ou abaixo	58 (17,2)	101 (18,2)	159 (17,8)
Ensino Médio	181 (53,6)	290 (52,2)	471 (52,7)
Ensino Superior	80 (23,7)	128 (23,0)	208 (23,3)
Pós-graduação ou acima	19 (5,6)	37 (6,7)	56 (6,3)

Fonte: Zhou, 2017.

Já a tabela 5 revela as atitudes paternas associadas ao risco de miopia (ZHOU et al, 2017). De acordo com os dados, pais que se atentam à necessidade de acompanhar o desenvolvimento dos filhos e verificar possíveis defeitos na visão em idade precoce, normalmente, diminuem as chances de esses adquirirem e desenvolverem mais problemas.

Tabela 5: distribuição dos fatores de risco da miopia das crianças

Variáveis	Grupo com miopia n (%)	Grupo sem miopia n (%)	x ²	p
Quando a atenção é dada à visão das crianças				
Pré escola	11 (3,3)	67 (12,1)	57,794	0,000
Escola primária	254 (75,1)	452 (81,3)		
Escola secundária júnior ou sênior	73 (21,6)	37 (6,7)		
Prestando atenção nas crianças perto das horas de trabalho				
Nunca ou às vezes	129 (38,2)	148 (26,6)	13,107	0,000
Frequentemente	209 (61,8)	408 (73,4)		
Prestando atenção à higiene visual das crianças				
Sim	289 (85,5)	522 (93,9)	17,536	0,000
Não	49 (14,5)	34 (6,1)		
Ajustando parâmetros de aparelhos eletrônicos*				
Nunca	83 (24,6)	65 (11,7)	29,088	0,000
Às vezes	94 (27,8)	152 (27,3)		
Frequentemente	99 (29,3)	189 (34,0)		
Sempre	62 (18,3)	150 (27,0)		
Expectativas sobre o nível de visão das crianças				
1,0 e 0,5 ou menor	226 (66,8)	257 (46,2)	36,058	0,000
1,5 ou maior	112 (33,1)	299 (53,8)		
Impedindo crianças de usarem aparelhos eletrônicos com pouca luz				
Nunca ou às vezes	102 (30,2)	116 (20,9)	9,890	0,002
Frequentemente	236 (69,8)	440 (79,1)		
Retificando as posições das crianças sentadas e segurando a caneta ao fazer lição de casa				
Nunca ou às vezes	156 (46,2)	199 (35,8)	9,428	0,002
Frequentemente	182 (53,8)	357 (64,2)		
Levando crianças para participar em atividades ao ar livre				
Nunca ou às vezes	223 (66,0)	251 (45,1)	36,625	0,000
Frequentemente	115 (34,0)	305 (54,9)		
Garantindo uma quantidade suficiente de horas de sono para as crianças				
Sim	296 (87,6)	535 (96,2)	24,006	0,000
Não	42 (12,4)	21 (3,8)		
Fornecendo comida com propriedades protetoras para a visão para as crianças				
Nunca	148 (43,8)	261 (46,9)	1,361	0,506
Às vezes	129 (38,2)	191 (34,4)		
Frequentemente	61 (18,0)	104 (18,7)		
Educando crianças sobre o conhecimento de proteção da visão				
Nunca	28 (8,3)	27 (4,9)	4,327	0,115
Às vezes	123 (36,4)	214 (38,5)		
Frequentemente	187 (55,3)	315 (56,7)		

Fonte: Zhou, 2017. *Ou seja, brilho, contraste e suavidade

Os responsáveis também foram questionados a respeito de suas atitudes quanto aos cuidados com a visão de seus filhos. Percebeu-se a existência de uma relação entre crianças com problemas visuais e as precauções que os pais têm, principalmente, com o tempo de uso de eletrônicos e com o repouso delas. A

qualidade do sono pode afetar diversas variáveis durante o desenvolvimento. Logo, torna-se inevitável que os que dormem pouco tenham os riscos de problemas visuais aumentados. No entanto, o mais prejudicial acaba sendo a exposição a aparelhos tecnológicos, principalmente smartphones e videogames, os quais são usados por longos períodos e sem uma distância adequada entre as telas e os olhos.

Na tabela 6, pode-se verificar os resultados de um estudo com 320 pessoas, entre 3 e 10 anos, sobre a Síndrome de Visão do Videogame, relevando que 49,7% apresentaram pelo menos um sintoma de astenopia (RECHICHI et al, 2017).

Tabela 6: Tempo diário gasto jogando videogames e prevalência de sintomas astenópicos.

Sintomas Astenópicos	Grupo Controle (n = 23)	Grupo Videogame (n = 136)
Número de pacientes com sintomas	28	183
Cefaleia	12	73
Queimaduras	8	41
Tensão ocular	3	17
Tique da pálpebra	1	16
Desfocagem	3	9
Diplopia (visão dupla) transitória	0	11
Tontura	0	9
Dor no olho	1	7
Secura ocular	0	0
Olhos lacrimejantes	0	0

Grupo Controle = crianças que jogaram videogames por menos de 30 minutos por dia e não todos os dias; grupo videogame = crianças que jogaram videogames por 30 minutos ou mais todos os dias. Fonte: Rechichi, 2017.

Nota-se, na tabela 7 (RECHICHI et al, 2017), que os pacientes que jogam videogame apresentam significativamente mais sintomas e erros de refração do que aqueles do grupo de controle - que não jogam.

Tabela 7: Refração e tempo gasto em jogos de vídeo e outras telas eletrônicas.

Refração	Grupo Controle (170 olhos)		Grupo de Videogame (470 olhos)		Total
	Baixo uso de eletrônicos (110 olhos)	Alto uso de eletrônicos (60 olhos)	Baixo uso de eletrônicos (206 olhos)	Alto uso de eletrônicos (264 olhos)	
Emetropia	70	12	18	27	127
Ametropia	40	46	176	219	481
Hipermetropia	27	25	56	64	172
Miopia	0	2	12	18	32
Suave (\leq 3,00 D *)	0	2	11	18	31
Intermediário (< 3,00 para \leq 8,00 D *)	0	0	1	0	1
Patológico (> 8,00 D *)	0	0	0	0	0
Astigmatismo	13	21	120	155	309
Com a regra	8	17	86	120	231
Contra a regra	3	0	10	17	30
Obliquo	2	4	24	18	48

Fonte: Rechichi, 2017. * D = dioptrias

Os problemas visuais acometem cerca de 54 milhões de crianças no Brasil (30% do total) e, aproximadamente, 75% desses casos poderiam ser evitados se durante os primeiros anos de vida fossem realizados alguns testes de identificação precoce para problemas que só seriam detectados na fase escolar.

É indiscutível que o número de jovens com ametropias está em expansão, especialmente quando são analisadas as crianças. Os responsáveis por esses indivíduos tornaram-se cada vez mais inacessíveis para os infantes na maior parte do tempo, uma vez que as jornadas de trabalho e as responsabilidades aumentaram. Além disso, a educação e o cuidado durante o dia, que anteriormente era feita pelos pais, nos dias de hoje é realizado por professores, avós e babás, que não possuem o mesmo comprometimento - de modo que há uma maior disponibilização de distrações que ocupem o tempo livre dessas crianças.

Em meio a esse contexto e com a tecnologia atual, tais distratores são telas de celulares e computadores, dispositivos de fácil acesso e que oferecem muito entretenimento. Porém, o uso excessivo desses aparelhos resulta em graves lesões no sistema ocular de seus usuários devido ao tipo de luz que emitem, mostrados na Imagem 1: a radiação azul, que apresenta frequência alta e comprimento de onda baixo, facilitando sua penetrância nos tecidos biológicos. Ela é emitida de forma natural e faz parte do espectro de luz visível; contudo, se encontra intensa e concentrada em dispositivos eletrônicos, podendo causar e/ou agravar problemas oculares em quem os utiliza. Isso porque a luz azul e a azul violeta (luz visível de alta energia, HEV), não é filtrada ao passar pelo olho, alcançando a retina.



Imagem 1: Comprimentos de onda da luz.

Fonte: VISÃO, 2018.

Ademais, as atividades ao ar livre são cada vez menos frequentes devido a vários fatores, dentre eles: a violência crescente nas cidades grandes, que torna parques, ruas e ambientes ao ar livre perigosos. Outrossim, o aumento do ritmo de trabalho resulta em menos tempo disponível para os pais interagirem com seus filhos e levá-los a esses locais.

Esses e outros motivos fazem com que as crianças fiquem restritas dentro de suas casas e, por falta de opção e pela facilidade de controle, os responsáveis acabam por utilizar muito os aparelhos tecnológicos, deixando-as expostas a eles por horas sem perceberem o tempo passado. Tal realidade pode fazer com que a visão desses indivíduos seja prejudicada, podendo levar a danos permanentes.

Os estudos que foram analisados e tomados como base deixaram explícito que os primeiros dois anos de vida são decisivos para o desenvolvimento como um todo. Esse período é essencial para o progresso ocular, o que mostra a importância de pais e de médicos estarem atentos a qualquer sinal que a criança possa dar. Assim, a dificuldade em abrir os olhos ou a hipersensibilidade a luz podem evidenciar a necessidade por tratamento, o mais precoce possível.

O conhecimento da situação ocular das crianças é necessário para que possam ser traçados os perfis de futuras campanhas oftalmológicas preventivas contra ametropias, visando prevenir danos maiores no futuro. Isso já é realidade nos países desenvolvidos, fazendo parte da política de promoção da saúde ocular que a maioria deles já têm.

Os artigos utilizados nesta revisão bibliográfica fizeram a utilização de um grupo amostral considerável e adequado para a obtenção de resultados confiáveis. Ainda assim, faz-se necessário a continuidade de estudos nesta área, a fim de se agregar dados mais atuais e correspondentes com a realidade deste século.

5 | CONCLUSÃO

Observou-se, durante o levantamento bibliográfico deste assunto e a realização do presente artigo, que a maneira mais eficaz de se evitar o desenvolvimento das ametropias é a prevenção. Nesse âmbito, algumas cautelas se fazem necessárias, como a mudança de hábitos aos quais as crianças são expostas durante a pré-infância e que podem prejudicá-las a longo do tempo. Exemplifica-se tais atitudes com a redução do uso smartphones e computadores, a diminuição das jornadas de exposição à televisão, a prática de atividades ao ar livre, a realização de exames oftalmológicos de rotina e a higiene correta dos olhos. Utilizando artigos acerca desse assunto, foi possível realizar uma análise a respeito da prevalência de ametropias e de cegueira em crianças na idade escolar, de modo que se pôde constatar o risco que filhos, de pais que negligenciam a importância da prevenção com relação ao desenvolvimento de tais problemas visuais, correm.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L.; MORAIS, P.; BARBOSA, M.; PEREZ, M.; SILVA, L.; MARTIN, D. et al. Prevalence of

ametropias and anisometropias in elementary school children in schools from 14 cities in the State of Alagoas. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 76, n. 3, 2017.

RECHICHI, C.; DE MOJÀ, G.; ARANGONA, P. Video Game Vision Syndrome: A New Clinical Picture in Children?. **Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus**. [S.l.]: Internet, 2017. Disponível em: <<http://www.healio.com/ophthalmology/journals/jpos/2017-11-54-6/%7B7b90d755-e01b-442d-ad31-28ca7aaedd4e%7D/video-game-vision-syndrome-a-new-clinical-picture-in-children>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

RUIZ-PALMERO, J.; SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, J.; TRUJILLO-TORRES, J. M. Utilización de Internet y dependencia a teléfonos móviles en adolescentes. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**. [S.l.]: Internet, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2016000200033&lng=en>. Acesso em: 22 jun. 2018.

VENTURA, L.; NETO, J. Ametropias Oculares. **Revista Brasileira de Ensino de Física**. [S.l.]: Internet, 1995. Disponível em: <<http://www.sbfisica.org.br/rbef/pdf/vol17a38.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

VISÃO, M. **A luz azul: o que faz bem e o que faz mal**. [S.l.]: Internet, 2018. Disponível em: <https://www.zeiss.com.br/vision-care/pt_br/better-vision/entendendo-a-visao/olho-e-visao/a-luz-azul-o-que-faz-bem-e-o-que-faz-mal.html>. Acesso em: 22 jun. 2018.

ZHOU, S.; YANG, L.; LU, B.; WANG, H.; XU, T.; DU, D. et al. Association between parents' attitudes and behaviors toward children's visual care and myopia risk in school-aged children. **Medicine** [S.l.]: Internet, 2017. Disponível em: <http://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2017/12290/Association_between_parents__attitudes_and.19.aspx>. Acesso em: 22 jun. 2018.

OS BENEFÍCIOS DE UM BOM ESTADO NUTRICIONAL PARA GRÁVIDAS E PUÉRPERAS E OS FATORES DE RISCOS OCACIONADOS PELO DESEQUILÍBRIO NUTRICIONAL

Data de aceite: 05/02/2020

Camila Brito Sousa

Acadêmica do curso de Enfermagem da instituição FACIMP Wyden, camscarneiro40@gmail.com.

Mykaele Silva Nascimento

Acadêmica do curso de Enfermagem da instituição FACIMP Wyden, mykaelefranciscana@outlook.com.

Jennyfer Sousa Brito

Acadêmica do curso de Enfermagem da instituição FACIMP Wyden, Jhenyfersouzza@hotmail.com.

Nayra Samyra Rodrigues Ferreira

Acadêmica do curso de Enfermagem da instituição FACIMP Wyden, nayrasamyra12@outlook.com.

Vanessa Costa de Almeida Viana

Acadêmica do curso de Enfermagem da instituição FACIMP Wyden, vanessaviana.07@hotmail.com.

Diely Pereira Figueiredo Cavalcante

Especialista em nutrição clínica/ Mestranda em educação para a saúde, professora do curso de Enfermagem da instituição FACIMP Wyden, dielynutricionista@gmail.com.

RESUMO: Introdução: Segundo o Ministério da Saúde (2005), o principal objetivo da assistência no pré-natal e puerperal é acolher

a mulher desde o início da gravidez, garantindo o nascimento saudável da criança e o bem-estar materno. Após o período gestacional a genitora passa a alimentar o recém-nascido por meio da amamentação. É notória a importância de hábitos saudáveis na alimentação, que irão ajudar na nutrição da genitora e do recém-nascido. O trabalho tem por finalidade apresentar sobre os principais benefícios do consumo regular de refeições para grávidas e puérperas e os possíveis fatores de risco. Método: Este estudo é definido como revisão de literatura. Foi realizado levantamento de artigos da base de dados Scielo e Ministério da Saúde. **Discussões:** A condição nutricional das nutrizes acontece por fatores dos quais representam condições presentes antes da gravidez. Gestantes que possuem reserva inadequada de micronutrientes, poderão apresentar patologias durante a gestação ou no período puerperal. No entanto, o ganho excessivo de peso tem influência negativa para o recém-nascido e a genitora. Faz-se necessária adequação na alimentação da gestante, pois o estado nutricional preservado pode contribuir positivamente para os desfechos gestacionais. **Considerações Finais:** Neste viés, a avaliação dietética faz parte da assistência durante o pré-natal, que pressupõe atuação profissional

voltada para a identificação de gestantes em risco nutricional, por meio do diagnóstico do estado de saúde gestacional, assim como a realização de orientação, visando à manutenção ou melhoria das condições maternas para o parto e à redução da morbimortalidade materno-infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação. Puérpera. Nutrição.

INTRODUÇÃO

A gestação e os eventos relacionados como o puerpério são fases que necessitam de um número significativo de nutrientes, para a mãe e para o bebê, por serem fases de maior vulnerabilidade e de grandes demandas que requerem prioridades na assistência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), alimentações inadequadas e estilo de vida sedentário são os dois fatores de risco que mais contribuem para o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em todo o mundo. Hábitos alimentares não saudáveis estão presentes em todas as fases do ciclo vital e podem prejudicar ainda mais grupos populacionais mais vulneráveis, como mulheres no período da gestação. Além disso, no período pós-gestacional a mulher passa por diversas transformações, sendo mais suscetível a agravos, pois de um lado temos o peso materno inferior e as carências de micronutrientes, podendo ocorrer complicações no recém-nascido como o baixo peso e em contrapartida o sobrepeso e a obesidade, podendo ser associadas a outras comorbidades, tendo como consequência o prejuízo no estado nutricional. Devido às mudanças observadas nesse período, acredita-se que o estado nutricional das gestantes deva ser monitorado ao longo do pré-natal. Inúmeros estudos vêm sendo conduzidos em virtude da alta prevalência de sobrepeso e obesidade entre as gestantes, como também do papel que estes desvios nutricionais desempenham sobre os desfechos gestacionais (Melo et al., 2007). Dentre os métodos utilizados para a avaliação do estado nutricional e monitoramento de gestantes, a avaliação antropométrica é uma das mais empregadas. Sua importância é reconhecida no diagnóstico, além de prognóstico da situação de saúde da criança, na promoção da saúde da mulher e na identificação precoce de problemas associados ao estado nutricional das gestantes (Stulbach et al., 2007; Padilha et al., 2007). O Ministério da Saúde (MS), tem realizado tentativas para orientar os serviços de saúde em relação à utilização de um método que diagnostique o mais precisamente possível o estado nutricional antropométrico durante a gestação. Entretanto, as alterações nos métodos utilizados pelos profissionais de saúde no decorrer dos anos implicam uma falta de padronização na avaliação e no diagnóstico nutricional das gestantes nos serviços de pré-natal (Barros et al., 2008). Segundo as diretrizes do Ministério

da Saúde, a detecção precoce de complicações e de possíveis fatores de risco e agravos durante a gravidez é possibilitado por meio de um cuidado pré-natal com início oportuno, interdisciplinar e qualificado, que promova o estabelecimento de maior vínculo entre profissionais de saúde, gestantes e seus familiares, visando a preparação para o parto, o puerpério e a lactação, conferindo-lhes autonomia e segurança (BRASIL, 2006). Todavia, a obesidade vem se tornando um problema mundial, afetando cada vez mais pessoas, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Por isso, esse agravo precisa ser enfrentado em todas as fases da vida, particularmente em mulheres no período reprodutivo (Andreto et al., 2006; Rebelo et al., 2010; Correia et al., 2011). No período gestacional, acontecem intensas modificações fisiológicas na mulher, a fim de proporcionar crescimento e desenvolvimento adequados ao feto, o profissional de Enfermagem tem o papel crucial na realização dessa assistência, pois a avaliação do estado nutricional pré-gestacional é considerada de grande importância para estimar o ganho de peso adequado durante a gestação e o período puerperal, o Enfermeiro por estar sempre acompanhando o paciente com mais frequência, tem o papel de comunicar o profissional de nutrição em relação aos níveis nutricionais observados, assim o profissional de Enfermagem tem o papel de promover cuidados que melhore a vida dessas pacientes. O presente trabalho tem por finalidade apresentar sobre os principais benefícios do consumo regular de refeições para grávidas e puérperas e os possíveis fatores de risco, que podem ser causados pela não adesão da prática alimentar saudável e nutricional durante essa fase, dentre esses fatores riscos destaca-se: a obesidade, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional.

MÉTODOS

A presente pesquisa caracteriza-se como revisão bibliográfica, definida como revisão de literatura. A coleta de dados foi realizada com base em artigos científicos e base de dados online disponíveis em: SCIELO, EBSCO, Ministério da Saúde, ANVISA, PubMed e livros. Foram selecionados artigos no período de 2000 a 2016, pois a sua utilização era pertinente e relacionava para o tema em questão.

DISCUSSÕES

De acordo com a Cartilha de Orientações e Nutrição (2015), a gravidez é um dos melhores momentos para se pensar em alimentação saudável, pois não só a mãe se beneficiará dela, como também, e principalmente, o bebê. Uma mãe bem nutrida é capaz de fornecer todos os nutrientes necessários e pode proporcionar as condições ideais para o desenvolvimento de seu filho. Em contrapartida, o ganho

de peso excessivo pode acarretar danos para o recém-nascido (morbimortalidade perinatal, hemorragias, trauma fetal, macrosomia fetal e asfixia) e para a mulher (desproporção céfalo-pélvica, diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia (Nucci et al., 2001; Andreto et al., 2006; Konno et al., 2007). A gestante, pela própria fisiologia da gravidez, tende a ter uma diminuição da pressão. Às vezes, em condições patológicas, a pressão pode estar aumentada. A isto chamamos de patologias hipertensivas da gravidez (BRASIL, 2010). A hipertensão na gravidez pode ocorrer de duas formas: quando a gestante já era hipertensa antes mesmo de estar grávida ou quando foi diagnosticada antes de 20 semanas de gestação, podendo ser denominada de Hipertensão crônica ou pode ser chamada de pré-eclâmpsia, que é uma patologia específica que ocorre no período da gravidez, caracterizando-se pelo aparecimento de níveis aumentados da pressão sanguínea, associados com a eliminação de proteína na urina, isso ocorre por conta que a irrigação sanguínea da placenta para o feto é prejudicada ou reduzida, e para que o bebê possa receber nutrientes os vasos sanguíneos do corpo procura formas de adaptar-se e acaba aumentando a pressão. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o monitoramento do ganho ponderal durante a gestação é um procedimento de baixo custo e de grande utilidade para o estabelecimento de intervenções nutricionais visando à redução de riscos maternos e fetais. A orientação nutricional pode proporcionar um ganho de peso adequado, prevenindo o ganho excessivo ou diagnosticando o ganho ponderal insuficiente (GONÇALVES et. al, 2012). A expressiva quantidade de mulheres com desvio ponderal pré-gestacional reforça a importância de serem instituídas ações específicas que promovam o estilo de vida saudável, destacando-se a orientação nutricional que favoreça o estado nutricional adequado e minimize os riscos de intercorrências maternas e do recém-nascido (PADILHA et. al, 2007). Diante disso, é válido destacar que algumas mulheres podem ter além da pré-eclâmpsia o diabetes gestacional que pode ser conceituado como: intolerância aos carboidratos. Dentre os fatores de risco enquadram-se mulheres que tenham, idade igual ou superior a 35 anos e índice de massa corporal (IMC), classificados com sobrepeso e obesidade. A assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (GONÇALVES et. al, 2012). O Programa Nacional de Avaliação Nutricional (PNAN) tem como diretrizes a promoção de práticas saudáveis, a prevenção e o controle de distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, o desenvolvimento de pesquisas, à formação de recursos humanos e o estímulo às ações inter setoriais que propiciem o acesso universal

aos alimentos (ANDRESSA, 2006). No entanto, fica evidente que alimentos que contem proteínas, hidrato de carbono, gordura, ácido fólico, ferro, iodo, cálcio e vitamina D, zinco, magnésio, pró bióticos e parabióticos, e muita água são de suma importância para um bom desenvolvimento do estado nutricional, não só de grávidas como também das puérperas. Pois, cada componente desses contribui para a boa formação da placenta, desenvolvimento do bebê, proteção contra o frio, desenvolvimento do cérebro e visão, redução do risco de malformações do tubo neural, além de ajudar no aumento do volume sanguíneo e prevenção de anemias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo, o presente trabalho propiciou conhecer a importância do equilíbrio nutricional para grávidas e puérperas e seus possíveis desfechos que podem levar a quebra da homeostasia da mesma, destacando os principais fatores de risco durante essas duas fases fisiológicas da vida das mulheres, e o quanto é importante ter esse olhar voltado para o bem-estar nutricional. Assim, para que se possam prevenir esses riscos durante a gestação e o puerpério são necessárias medidas de cuidado e conscientização em relação a importância de uma boa alimentação e práticas de autocuidado, para maximizar os possíveis problemas durante essa etapa da vida, pois um bom acompanhamento pré-gestacional pode-se prevenir diversas patologias relacionadas. Além disso, os profissionais da equipe multiprofissional de saúde devem ter essa visão, trabalhando para o diagnóstico prévio na saúde das pacientes, no aconselhamento de ter um bom plano alimentar e de uma vida mais saudável, promovendo palestras, oficinas, fazendo campanhas usando as redes sociais para chamar a atenção sobre o benefício de um estado nutricional equilibrado.

REFERENCIAS

MARTINS, Ana Paula Bortoletto; BENICIO, Maria Helena D.'Aquino. Influência do consumo alimentar na gestação sobre a retenção de peso pós-parto. **Revista de saúde pública**, v. 45, p. 870-877, 2011.

MELERE, Cristiane et al. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 20-28, 2013.

ARAUJO, Daniele Marano Rocha. Fatores associados ao estado nutricional gestacional e desfechos perinatais em usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ. 2012.

DE SOUZA, Viviane Barbosa; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes.

PERSPECTIVA DAS MEDIDAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE O PRÉ-NATAL

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 25/10/2019.

Hercules Pereira Coelho

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

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6420-7527>

Gilberto dos Santos Dias de Souza

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

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7460-5297>

Janayle Kéllen Duarte de Sales

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

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0894-2070>

Jaqueline Machado Cruz

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

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7565-2308>

Jéssica Weslane Bezerra Luciano

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

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1238-4166>

Luyslyanne Marcelino Martins

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio

(UNILEÃO). Juazeiro do Norte - Ceará.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9262-9134>

Victor Hamilton da Silva Freitas

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

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3419-9081>

Jackeline Kérollen Duarte de Sales

Enfermeira. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Regional do Cariri (URCA). Crato - Ceará.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5953-5697>

Ozeias Pereira de Oliveira

Enfermeiro. Pós-graduando em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva. Faculdades Integradas de Patos (FIP). Crato - Ceará.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9253-985X>

Kátia Monaisa Figueiredo Medeiros

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

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4109-4077>

Ana Paula Ribeiro de Castro

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

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2647-2391>

RESUMO: O estudo tem como objetivo desenvolver intervenções de educação em saúde, acerca do pré-natal de risco habitual, com gestantes assistidas pelas Estratégias Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, desenvolvido com as gestantes assistidas pelas ESF 46 e 73, no período de agosto a outubro de 2019, localizadas no bairro Tiradentes, no município de Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil. A partir das ações foi possível trabalhar a promoção da saúde das gestantes, por meio de discussões coletivas sobre diversos temas, o que fundamenta os princípios da ESF, propostos pela Política Nacional da Atenção Básica, que é realizar a prevenção, promoção e manutenção da saúde das populações adscritas. As intervenções possibilitaram ainda, a expressão de dúvidas, anseios e os relatos pessoais das gestantes, além de proporcionar informações e orientações acerca da evolução da gestação, cuidados necessários ao recém-nascido, necessidade do acompanhamento pré-natal, sexualidade na gestação, exames laboratoriais de rotina, tipos de partos, e outros. A promoção em saúde é uma das principais tecnologias em saúde, haja vista que as mesmas podem favorecer consideravelmente a melhoria da qualidade de vida das populações, a partir prevenção, promoção e manutenção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-natal, Promoção da saúde, Gestantes, Estratégia saúde da família.

PERSPECTIVE ON HEALTH EDUCATION MEASURES DEVELOPED IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY DURING PRENATAL

ABSTRACT: The objective of the study is to develop health education interventions on prenatal risk, with pregnant women assisted by Family Health Strategies (ESF). This is an action research study, with a qualitative approach, developed with pregnant women assisted by the ESF 46 and 73, from August to October 2019, located in the Tiradentes neighborhood, in the city of Juazeiro do Norte - Ceará, Brazil. From the actions it was possible to work on the health promotion of pregnant women, through collective discussions on various topics, which underlies the principles of the ESF, proposed by the National Policy of Primary Care, which is to perform prevention, promotion and maintenance of health of the assigned populations. The interventions also allowed the expression of doubts, wishes and personal reports of pregnant women, as well as providing information and guidance on the evolution of pregnancy, care needed for

the newborn, need for prenatal care, sexuality in pregnancy, laboratory tests routine, types of births, and others. Health promotion is one of the main health technologies, given that they can considerably improve the quality of life of the population through prevention, promotion and maintenance of health.

KEYWORDS: Prenatal, Health promotion, Pregnant women, Family health strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação é uma etapa importante e admirável na vida da mulher, que corresponde ao período que antecede ao parto. É um momento em que ocorrem várias mudanças físicas, alterações emocionais e fisiológicas. No transcorrer de cada período desse processo, a mulher pode ficar mais vulnerável, e, em termos de saúde emocional, a mesma pode emergir mais fortalecida e amadurecida, ou então, mais enfraquecida, confusa e desorganizada, o que justifica esse período ser tão peculiar para a mulher, parceiro, demais filhos e todos os membros do círculo familiar da gestante (GOMES et al., 2019).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo proposta pelo Ministério da Saúde (MS) como uma forma de reorganizar a Atenção Básica (AB), e reorientar a atenção em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da incorporação dos princípios da universalização, descentralização e integralidade (RAMOS et al., 2018).

A AB, em meio às estratégias propostas pela Rede Cegonha, tem o papel de coordenar e articular o trabalho da rede de cuidados, de modo a integralizar os diferentes serviços prestados às gestas. Nas ESF é possível desenvolver ações voltadas para o acolhimento e avaliação de risco das gestantes, realização de pré-natal e do cuidado à saúde da criança, mas principalmente, oferecer ações de educação em saúde que sejam capazes de estimular e preparar a mulher para o parto normal, e, em tempo, proporcionar meios para a aquisição de conhecimentos quanto aos seus direitos reprodutivos (PIO; OLIVEIRA, 2014; RAMOS et al., 2018).

A assistência ao Pré-Natal de Risco Habitual (PNRH) é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, haja vista que o mesmo promove a avaliação, manutenção e promoção do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do processo gestacional, parto e nascimento, além de proporcionar informações e orientações sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à parturiente (DIAS, 2014).

Um dos principais objetivos do PN é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, de modo a assisti-la de maneira equânime do diagnóstico da gestação ao parto. Assim, suscita-se que quando a mulher é acompanhada pelo PNRA, desenvolvido na ESF, a mesma aumenta suas chances de ter uma gestação

saudável, e um bom desenvolvimento do binômio mãe-conceito (DIAS, 2014).

O PN deve ser iniciado ainda no primeiro trimestre da gestação, no qual as consultas devem ser agendadas para que se tenha a cobertura necessária ao acompanhamento efetivo, de acordo com o preconizado pelo Caderno 32 do MS, que trata da atenção ao PN de baixo risco. Neste contexto, ainda conforme o documento ministerial, quando as consultas não acontecem desde o início da gestação e/ou não têm a sequência necessária para a avaliação do binômio mãe-feto, o acompanhamento do desenvolvimento fetal pode ser prejudicado, além de não poder detectar precocemente algumas doenças, como a diabetes gestacional e a pré-eclâmpsia, o que pode ocasionar graves problemas à saúde das gestantes (BRASIL, 2012; DIAS, 2014).

Durante a realização do PN, o profissional enfermeiro deve ficar atento também para interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. O profissional não deve impor seus conhecimentos, desconsiderando a realidade da cliente, caso isso aconteça, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do PN favorece o desenvolvimento das medidas de educação em saúde com vistas à promoção do empoderamento social e alcance da autonomia para o autocuidado (MOURA et al., 2015; COSTA et al., 2016).

O estudo postula-se de modo relevante, haja vista abordar temáticas sociais pouco trabalhadas no âmbito da promoção da saúde das gestantes assistidas pelas ESF, no tangente a importância da assistência do PN, da realização dos exames laboratoriais que são pertinentes ao período, principais cuidados prestados ao RN em âmbito domiciliar, os tipos de partos existentes, e a importância da participação do cônjuge nas consultas de pré-natal, visando assim, fornecer orientação para uma melhor compreensão acerca destes temas, na tentativa de minimizar a morbimortalidade associada ao período gestacional, parto e pós-parto.

Justifica-se a escolha do tema pela necessidade vislumbrada pelos estudantes do curso de graduação em Enfermagem, durante a realização do estágio supervisionado na rede de atenção básica, de desenvolver, junto às gestantes, medidas de educação em saúde, de modo a favorecer a compreensão destas quanto aos principais cuidados e riscos inerentes ao período, bem como trabalhar a prevenção, manutenção e promoção da saúde.

2 | OBJETIVO

Desenvolver intervenções de educação em saúde, acerca do pré-natal de risco habitual, com gestantes assistidas pelas ESF 46 e 73, no município de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, desenvolvido com as gestantes assistidas pelas Estratégias Saúde da Família (ESF) 46 e 73, no período de agosto a outubro de 2019, localizadas no bairro Tiradentes, no município de Juazeiro do Norte – Ceará, Brasil.

Com a finalidade de proporcionar a aquisição de conhecimentos aos indivíduos, e/ou aos conglomerados sociais, vislumbramos a técnica da pesquisa-ação, ferramenta utilizada como meio de intervenção, a qual é concebida, conforme Thiollent (2011, p.20), e Gil (2017) como uma modalidade de estudo que se refere a [...] “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, na qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

Compreender as dificuldades e os problemas existentes nas comunidades sociais e instigar a criticidade individual, de modo a favorecer a aplicabilidade da práxis profissional, são os principais objetivos da pesquisa-ação. Tal método permite o planejamento coletivo, a construção de novos contextos e intervenções junto à sociedade, por meio da incitação de discussões sobre problemáticas contemporâneas, de modo crítico, meios alternativos de superação e adaptação a novas realidades (PESSOA et al., 2013).

Ao passo que, Minayo (2014) elucida em seus estudos as particularidades da pesquisa com dados qualitativos a partir do desvelamento dos eventos sociais pouco estudados, pertencentes a grupos sociais específicos.

Assim, com a finalidade de favorecer o empoderamento pessoal e proporcionar medidas que favoreçam a autonomia para o autocuidado das gestas assistidas no PNRH, foram realizadas, por meio do projeto de intervenção intitulado “**Ações de Promoção para Saúde da Gestante com Ênfase no Pré-Natal**”, cinco intervenções de educação em saúde, junto às gestantes assistidas pelas supracitadas ESF.

As respectivas intervenções foram desenvolvidas por seis discentes do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO), durante a realização do Estágio Supervisionado na Rede de Atenção Básica I, sob a orientação da preceptora, enfermeira, Soraya Lopes Cardoso.

Durante as intervenções foram abordadas as seguintes temáticas: a importância do acompanhamento PN e da realização dos exames laboratoriais de rotina do período gestacional; Aleitamento Materno Exclusivo (AME), e principais cuidados com o RN; primeiros socorros ao RN vítima de Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE); características dos partos fisiológico e cesário, e tipos de violência obstétrica; sexualidade na gestação e a participação do parceiro no PN.

A partir de planejamento prévio, com a finalidade de favorecer a compreensão das gestantes acerca dos temas trabalhados durante o respectivo projeto, optou-se pela fragmentação das intervenções em três momentos, sendo estes: Compreensão do conhecimento do público alvo, que teve como finalidade averiguar o conhecimento base das gestas acerca dos temas trabalhados; Explicação oratória do tema, a partir da qual, foram utilizadas lâminas de slide, para facilitar a transmissão do conteúdo; e Avaliação da compreensão das gestantes, por meio da realização de discussões coletivas, com o objetivo de promover uma maior interação entre o público, exposição de ideias e resolução de questionamentos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As intervenções realizadas nas ESF 46 e 73 foram concretizadas, respectivamente, nos dias: 21 de agosto e 04, 11, 18 e 25 de setembro de 2019, no período vespertino, das 14h00 às 15h30, as quais contaram, em suma, com a participação de 14 gestantes. Ressalta-se que, previamente a realização das ações, foram contactados os Agentes Comunitários da Saúde (ACS), para que durante a realização de suas visitas domiciliares da população assistida pelas ESF, os mesmos realizassem o convite ao público alvo para participar da educação em saúde.

No dia 21 de agosto de 2019 foi realizada a primeira intervenção de educação em saúde, junto às gestantes assistidas no PNRH nas ESF supracitadas, a partir da qual foi abordada a importância do acompanhamento PN e da realização dos exames laboratoriais de rotina do período gestacional.

Inicialmente foram lançados pequenos questionamentos às gestantes, quanto ao conceito do pré-natal e sua importância para o transcorrer saudável da gestação, bem como quanto a necessidade da realização dos exames laboratoriais. Nesse primeiro momento, averiguou-se que as mesmas detinham conhecimento acerca da necessidade de serem acompanhadas pelos profissionais da ESF no PNRH, no entanto afirmaram não saber quais os reais motivos da realização dos exames laboratoriais.

Frente à explicação oratória do tema, com vista ao alcance dos objetivos, foram utilizadas apresentações dinâmicas com uso de slides, com a finalidade de

fundamentar e favorecer o entendimento das gestantes.

Ao término da primeira intervenção, com a finalidade de avaliar a compreensão das gestantes, foi realizada uma dinâmica com balões, os quais continham perguntas relacionadas à temática. Esta dinâmica favoreceu as discussões entre as gestantes, o que, por conseguinte, promoveu a compreensão e resolução de questionamentos, principalmente quanto aos exames laboratoriais de rotina do PN.

Conforme Viellas et al. (2014) a assistência ao PN é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, prática esta associada a desfechos perinatais mais eficazes, e a promoção de um seguimento gestacional sem intercorrências.

Em seus estudos Cavalcante et al. (2016) aborda que os exames avaliativos laboratoriais são importantes ferramentas para o acompanhamento do estado de saúde materna e fetal, sendo estes solicitados, realizados e avaliados a partir da realização de consultas de PN. Estes exames proporcionam a identificação de eventuais situações de riscos, o que permite aos profissionais atuarem de forma precoce e imediata na minimização e/ou atenuação desses agravos, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e/ou fetal.

A segunda intervenção, realizada no dia 04 de setembro de 2019, teve como proposta primária trabalhar as orientações quanto ao AME, e os principais cuidados com o RN. Neste contexto, averiguou-se que a maioria das gestantes não compreendiam os benefícios do AME para a mesma, sendo citado apenas, segundo suas premissas, “que o AME é imprescindível para o desenvolvimento do lactente”, sem, no entanto, citar os benefícios deste para a saúde materna principalmente no que tange a involução uterina.

A partir do tema foi possível elucidar as principais dúvidas quanto à importância do AME para o binômio mãe-bebê, cuidados com as mamas, alterações mamárias, mastite e ingurgitamento mamário. Proposta esta que, em meio à discussão com as gestantes, favoreceu a aquisição de conhecimento das mesmas, principalmente quanto às medidas de prevenção da mastite e ingurgitamento da mama. Em tempo, foram abordados ainda os principais cuidados a serem realizados com o RN, dos quais podemos citar: higiene corporal e oral, limpeza do coto umbilical, imunização e outros.

Frente aos principais benefícios do AME até os seis meses de vida, Menezes (2018) cita à redução das taxas de morbimortalidade infantil por doenças infecciosas, a manutenção do vínculo materno-infantil e a involução uterina materna.

Dando continuidade as intervenções educativas, foi realizada a terceira ação de educação em saúde no dia 11 de setembro, a qual, em suma, teve como objetivo orientar as gestantes para atuar qualitativamente diante dos primeiros socorros prestados à criança vítima de OVACE. Diante da explanação do tema, as gestantes

afirmaram ter medo, e/ou desconhecimento quanto à realização da manobra de Heimlich, que é utilizada diante do quadro de OVACE. Assim, neste momento, foi demonstrada a técnica com o manequim infantil, com a finalidade de proporcionar as gestantes à ciência necessária para atuarem em casos de emergência em âmbito domiciliar. Após a demonstração da manobra, foi aberto espaço para que as gestantes praticassem a técnica e realizassem questionamentos e/ou expressassem seus anseios e percepções.

A manobra de Heimlich é uma técnica de primeiros socorros simples, que tem a capacidade de desobstruir as vias aéreas, diante do quadro de OVACE, já que proporciona um aumento da pressão no abdômen e no peito, permitindo que o objeto seja expelido. O início de asfixia é, em muitos casos, súbita, e saber como socorrer a vítima corretamente e estar disposto a usar esse conhecimento pode salvar a vida de alguém (GRAU, 2013).

Diante das características e mecanismos do parto fisiológico e cesariano, bem como os tipos de violência obstétrica, tema da quarta intervenção de educação em saúde, desenvolvida no dia 18 de setembro de 2019, foi realizada uma breve roda de conversa com a finalidade de compreender o conhecimento prévio das gestas quanto à temática. Momento este que foi precedido pela explanação teórica do tema, por meio da qual foi possível realizar a demonstração dos tipos de partos utilizando-se do manequim obstétrico, com o objetivo de elucidar para as gestantes os quatro períodos do parto fisiológico que consistem em: dilatação, expulsão, dequitação placentária e período de Greenberg, e o procedimento cirúrgico para o parto cesário. Em tempo, exemplificou-se os tipos de violência obstétrica, por meio de demonstrações realísticas da manobra de Kristeller no manequim obstétrico, de monólogos sobre violência psicológica e verbal, e os inúmeros exames de toque repetitivos.

Com vista a compreender o conhecimento adquirido pela gestante durante este momento, deu-se continuidade as discussões coletivas, as quais tiveram como ponto positivo o fato das gestantes realizarem perguntas sobre o parto, recuperação pós-parto, puerpério, relação da lactação com a involução uterina, e outros. Bem como, este momento singular possibilitou espaço para que as mesmas expressassem seus anseios quanto ao dia do parto, as quais foram orientadas quanto ao procedimento, recuperação e cuidados pós-parto.

É comprovado que as gestantes que realizam maior número de consultas de PN são aquelas que apresentam um elevado nível de escolaridade, pois quando bem orientadas as mulheres em período gravídico possuem embasamento sobre a importância do acompanhamento gestacional e/ou fetal, haja vista que o medo, comumente, está relacionado à carência de informações e orientações. Por esse motivo, eleva-se a importância das consultas de enfermagem, principalmente na

assistência às gestantes (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

O projeto teve suas ações concluídas no dia 25 de setembro, com a realização da última intervenção, a qual teve como tema central a sexualidade na gestação e a participação do parceiro durante as consultas de pré-natal. Esse momento foi marcado pelo relato de experiências das participantes que dialogaram abertamente sobre como perpassam por estes momentos, expondo suas dúvidas e situações as quais não souberam como proceder.

Foi salientado pelos acadêmicos que a gestação não interfere nas práticas sexuais da paciente, e que, no entanto, caso a mesma venha a desenvolver sinais patológicos que estejam relacionados a tais práticas, esta deve procurar imediatamente o serviço de referência em atenção obstétrica do município. Ressalta-se que as gestas afirmaram manter as relações sexuais com seus companheiros.

Nas reuniões de grupos de gestantes e durante o desenvolvimento de ações de educação em saúde oferecido as mesmas, o enfermeiro deve incentivar a participação dos companheiros e familiares no PN da gestante, haja vista que isso pode proporcionar mais segurança à mulher, além de serem possíveis aliados no cuidado com a puérpera e o RN. (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010; HOLANDA et al., 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que as medidas de promoção em saúde, desenvolvidas no âmbito da ESF, são uma das principais tecnologias em saúde, vislumbra-se a premissa de que a realização de intervenções educativas em saúde, com o público de gestantes, pode favorecer consideravelmente a melhoria da qualidade de vida da população adscrita, as medidas de prevenção, promoção e manutenção da saúde.

Trabalhar com conjecturas populacionais e o empoderamento dos conglomerados sociais quanto das medidas de educação em saúde, por meio da transmissão de conhecimentos específicos às gestantes, corrobora para a compreensão do público quanto das implicações clínicas do período gravídico, relacionando este à necessidade de um acompanhamento qualificado, com vistas ao esclarecimento das principais indagações para um melhor desenvolvimento do binômio mãe-filho.

Neste espectro, durante a implementação das intervenções observou-se as principais dificuldades e desafios enfrentados pelas gestantes, tais como: falta de apoio do parceiro e/ou familiares, baixo perfil socioeconômico, baixo nível de escolaridade, primeira gestação, gestações não planejadas, demora na entrega dos resultados dos exames solicitados, e outros, fatores estes que cominam, em suma, na baixa adesão da gestante ao PN, não compreensão dos riscos durante a

gestação, e dificuldades nos primeiros cuidados com o RN, haja vista as mesmas deterem apenas o conhecimento empírico familiar, o que em alguns momentos pode inviabilizar o saber científico.

Diante do observado, ressalta-se a importância da implementação de grupos de promoção da saúde das gestantes nas ESF como método alternativo para a realização de troca de experiências e saberes, esclarecimento de dúvidas e facilitação da compreensão do processo e alterações advindas do período gestacional.

Ao passo que trabalhar com educação em saúde com este público favoreceu sua compreensão global quanto à importância do acompanhamento pré-natal, da realização de exames, suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, cuidados gerais que a gestante precisar ter, e outros, o que cominou na melhoria da qualidade de vida, e, por conseguinte, menores riscos à díade mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional da Atenção Básica - PNAB. 2017. Acesso em: 18 de agosto de 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS: a Rede Cegonha. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 2011. Acesso em: 22 de outubro de 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Brasília – DF. Editora do Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 18 de agosto de 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 40. 2013. Acesso em: 20 de setembro de 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf

CAVALCANTE, K. O. R.; SANTOS, A. A.; LÚCIO, I. M. L.; SILVA, J. M. O.; MELO, D. S. A.; JACINTHO, K. S. Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife – PE. 10(Supl. 3):1415-22, abr. 2016.

COSTA, D. K. P.; ARRUDA, L. P.; MAGALHÃES, A. H. R.; ABREU, L. D. P.; PONTE, K. M. A.; FREITAS, C. H. A. Cuidados de enfermagem no pré-natal e segurança do paciente: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10 (supl. 6): 4909–19, dez. 2016.

DIAS, R. A. **A importância do pré-natal na atenção básica**. Teófilo Otoni – MG. 2014. Acesso em: 15 de setembro de 2019. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Importancia_pre_natal_aten%C3%A7ao_basica.pdf.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2017.

GOMES, B. K. A.; LIMA, R. S.; MELO, G. B.; TENÓRIO, G. M.; SILVER, T. F. C.; MELO, G. B. Assistência de enfermagem na prevenção e atenção à mulher com depressão pós-parto. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 5, n. 2, p.121-136. Alagoas. 2019.

GRAU. Grupo de Resgate e Atenção às Urgências. **Pré-Hospitalar**. 1º ed. Manoele. Barueri, SP, 2013.

HOLANDA, S. M.; CASTRO, R. C. M. B.; AQUIN, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; LOPES, L. G.; MARTINS, E. S. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto Contexto Enferm**, 27(2):e380016. 2018.

MATOS, A. C.; RIBEIRO, L. M.; SANTANA, M. C.; BOMFIM, E. C.; OLIVEIRA, F. K. F. Assistência ao pré-natal na atenção primária à saúde sob a visão do enfermeiro. **International Nursing Congress**. Good practices of nursing representations In the construction of society. May 9-12. 2017.

MENEZES, C. B. **Benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida [MONOGRAFIA]**. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. São Francisco do Conde. 2018. Acesso em: 09 de outubro de 2018. Disponível em: http://www.repositorio.unilab.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/696/3/2018_arti_cmenezes.pdf

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo; Hucitec; 14 ed.; p. 407. 2014.

MOURA, S. G.; MELO, M. M. M.; CÉSAR, E. S. R.; SILVA, V. C. L.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 7, núm. 3, julio-septiembre, pp. 2930-2938. 2015.

NARCHI, N. Z. Atenção Pré-natal por Enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo- Brasil. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. Vol.44, n.2, pp.266-273. 2010.

NUNES, J. T.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 24 (2): 252-261252. 2016.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M.; ARRUDA, C. A. M.; MACHADO, M. F. A. S.; MACHADO, M. M. T.; BEZERRA, M. G. V. Pesquisa-Ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. **Rev. Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 301-314. 2013.

PIO, D. A. M; OLIVEIRA, M. M. D. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.1, p.313-324. 2014.

RAMOS, A. S. M. B.; ROCHA, F. C. G.; MUNIZ, F. F. S.; NUNES, S. F. L. Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. **J Manag Prim Health Care**, 9:e3. 2018.

TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHAES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **Revista e-Scientia**, v. 3, n. 2. , p. 26-31. 2010.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; FILHA, M. M. T.; COSTA, J. V.; BASTOS, M. H. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO ATRAVÉS DO MÉTODO CANGURU

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 24/10/2019

Maria Bárbara Ramos de Barros Lima

Enfermeira, pós-graduada em Ginecologia e Obstetrícia, UNIFAVIPI Wyden
Caruaru - PE

<http://lattes.cnpq.br/4833295028592103>

1 | INTRODUÇÃO

O Método Canguru (MC) é uma assistência voltada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP), onde a mãe o coloca diretamente em contato com sua pele, garantindo calor e leite materno, mantendo-o em posição vertical promovendo assim, um maior vínculo entre ela e o mesmo. Este método foi implantado em 1979 por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, em Bogotá, Colômbia. O nome vem de como as mães carregavam o bebê, lembrando um marsupial (LAMY, et al. 2005).

O número de neonatos de baixo peso (<2.500g) é um importante problema de saúde e uma das maiores causas de morbimortalidade neonatal. Os recém-nascidos de baixo peso

e pré-termo, tem uma maior disposição para apresentarem problemas respiratórios, asfixia e infecções (BRASIL, 2009). A enfermagem tem o papel de ofertar assistência frente a esta diversidade de vulnerabilidades do RNBP, além de informar e esclarecer as mães e cuidadores acerca de qualquer dúvida, visto que a literatura mostra que as mães têm pouca ou nenhuma informação sobre este método (QUEIROZ; MARANHÃO, 2012).

O MC possibilita a alta precoce dos RNBP, devido à redução das infecções cruzadas, desmame precoce, abandono materno e oferta de assistência humanizada. Frente a este contexto, justifica-se a relevância da realização deste relato de experiência, visando analisar a assistência de enfermagem ao recém-nascido de baixo peso através do MC.

2 | OBJETIVO

Descrever a experiência vivenciada em uma maternidade de um hospital do interior de Pernambuco, durante o Estágio Supervisionado I de Enfermagem.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, este foi desenvolvido pela acadêmica do curso de enfermagem do oitavo período do UNIFAVIP/DeVry a partir da observação atenta à dinâmica existente em uma maternidade de um hospital referência em atenção secundária para gestação de alto risco, do interior de Pernambuco. A oportunidade para esta vivência foi possível através do cumprimento da disciplina Estágio Supervisionado I, no período de outubro a dezembro do ano de 2016.

4 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência vivenciada durante o estágio na maternidade possibilita conhecer a existência e a importância do Método Canguru. Ao entrar na enfermaria é possível observar as mães dos RNBP segurando seus filhos em posição vertical em contato com sua pele e bem aquecido, para evitar hipotermia e conseqüentemente a perda de peso (que é um fator prejudicial para a evolução do RN). O ambiente é bem acolhedor, lembrando uma casa, para permitir que as mães se sintam confortáveis para passar o tempo que for necessário com o seu filho, preocupando-se apenas com o ganho de peso do RN.

É bem perceptível que essas mães possuem um vasto conhecimento sobre o método e de como elas devem proceder com os cuidados necessários para com seu filho. Pois elas explicam de forma clara e sucinta a maneira que usam para amamentar, segurar, higienizar e mantê-lo aquecido. E deste modo, percebe-se que todos os profissionais envolvidos no cuidado trabalham em conjunto para preparar as mães para essa nova fase que exige importantes adaptações.

O Método Canguru foi desenvolvido através de observações de médicos de como as mães canguru levavam seus filhotes prematuros dentro da sua bolsa (marsúpio) e de como as mães indianas colombianas carregam seus bebês lembrando um marsupial, foi conjecturado a possibilidade das mães de RNBP ao nascer, manterem seus bebês em contato pele a pele para beneficiar o crescimento e desenvolvimento extrauterino, preservando a estabilidade térmica do neonato dispensando o uso de incubadoras e aumentando o vínculo mãe/bebê. Após perceberem que esta técnica, além de atender os objetivos ofertados pelo uso da incubadora, também reduzia os custos e a infecção hospitalar dos RNBP. Desta forma o MC modificou a maneira clássica de tratar dos neonatos. O primeiro a abraçar esta prática no Brasil, foi o Hospital Guilherme Álvaro em Santos-SP, no ano de 1991. E em 1997, no Estado de Pernambuco a primeira Enfermaria Mãe Canguru foi implantada pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) (QUEIROZ; MARANHÃO,

2012).

O Ministro de Estado da Saúde normatizou este método através da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000: “Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru”.

O MC vem despertando interesse entre os profissionais envolvidos no atendimento. No Brasil, existem profissionais que não utilizam esta prática em seu serviço ou que o restringem. Porém, estes vêm buscando compreender melhor o método que dispensa o uso de incubadora para utilizar a própria mãe do RN internado em terapia intensiva como uma tecnologia saudável e indispensável para seu desenvolvimento (LAMY, et al. 2005).

O enfermeiro que trabalha na enfermaria que dispõe do MC deve prestar uma assistência de 24h, fazendo uso de conhecimentos específicos sobre alimentação do RNBP, aleitamento materno, proporcionar a identificação do RN, o contato da mãe com o bebê precocemente, a prevenção e o tratamento de problemas com as mamas como: fissuras e ingurgitamento, estímulo e ensino a ordenha e os cuidados com a higiene do neonato, deixar o bebê em posição que proteja suas vias áreas, realizar controle térmico e dar assistência e apoio emocional para a família (DUARTE; ANDRADE, 2005).

O método canguru é dividido em três etapas, a primeira dar-se após o nascimento, onde o RN de baixo peso não é capaz de ir para o alojamento conjunto necessitando de ser internado na unidade, onde os pais serão informados sobre o estado de saúde da criança e receberão orientações sobre as vantagens do método e de sua participação nos cuidados com o bebê, estabelecendo o contato pele a pele precoce e lactação. A segunda etapa consiste na estabilidade e ganho de peso gradual do RN, segurança e interesse da mãe em permanecer o maior tempo possível com a criança. A terceira etapa é dada com a alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial criterioso da criança e família (BRASIL, 2011).

A criação e implantação deste método permite ao enfermeiro proporcionar ações de promoção, manutenção e recuperação do processo de desenvolvimento e oferecer uma melhor adaptação a vida extrauterina (MEIRA; et al., 2008).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Método Canguru fundamenta-se em uma assistência diferenciada ao RNBP baseada no fortalecimento de vínculo e o afeto entre mãe-filho, favorecendo o desenvolvimento da criança, sem separa-la precocemente da mãe devido à prematuridade. Onde, na UTI neonatal isso não é possível. Pois a mãe visita o bebê de forma restrita e volta para casa, dificultando o desenvolvimento do apego.

Observando as mães na maternidade, é notório que elas aderem muito bem a

esse tipo de cuidado, disponibilizando-se para prestarem uma assistência minuciosa aos seus filhos. E a enfermagem obtém mais um espaço na assistência, visando oferecer um cuidado qualificado para a criança e sua família. Sendo também necessário, adaptar o número de profissionais e a carga horária, para a contribuição de um melhor atendimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 238 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 145).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

DUARTE, F.S.P; ANDRADE, M. **A Atuação do Enfermeiro na Promoção da Saúde: Discutindo o Método Mãe-Canguru.** Informe-se em promoção da saúde, v.1, n.1.p.s/p, 2005. Disponível em:< <http://www.uff.br/promocaodasaude/maecanguru.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

LAMY, Z.C; et al. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva, 10(3): 659 – 668, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

MEIRA, E.A.; et al. **Método Canguru: A Visão do Enfermeiro.** Rev Inst Ciênc Saúde 2008; 26(1):21-6. Disponível em: < http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/01_jan_mar/V26_N1_2008_p21-26.pdf>. Acesso em 21 nov. 2016.

Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. **Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru.** Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20693,%20de%2005jul00.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

QUEIROZ, N.A; MARANHÃO, D.G. **Ações e cuidados de enfermagem na implementação do Método Mãe-Canguru.** Rev Enferm UNISA. 2012; 13(2): 121-5. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-2-08.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PERIÓDICO DA ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 02/11/2019

Ellen Giovanna Silva de Menezes

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/1240095066811908>

Beatriz Milene Feitosa Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/9803675982093313>

Jayemili Gizellia Elias da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/8197638283539736>

Jhenefer Moreira da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/6795954956310641>

José Victor Machado Coraciara

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/3051921257673807>

Karla Virgínia da Nóbrega Novais Vieira

Centro Universitário do Vale do Ipojuca

(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/3386483672058537>

Laisa Evely dos Santos Gomes

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/8614105940797416>

Maria Clara da Silva Santos

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/3033992120630795>

Maria Isabelly Annanda Omena

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/7362483018216896>

Paloma Micaely da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/9812195295057997>

Rayanne Nayara da Silva

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/1786727977838961>

Rebeca Mayara Marques de Lacerda

Centro Universitário do Vale do Ipojuca
(UNIFAVIPIWYDEN)

RESUMO: O estudo objetivou relatar a importância do acompanhamento dos enfermeiros durante as consultas de puericultura na avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil. Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, vivenciado e descrito por uma acadêmica do sétimo período de Enfermagem do Centro Universitário UNIFAVIP Wyden, durante o estágio supervisionado da Graduação de Enfermagem, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da cidade de Caruaru-Pernambuco. Diante dos fatos vivenciados, foi possível identificar que as ações de enfermagem incluem orientações, assistência à mãe e/ou outros familiares e supervisão da criança, sendo de extrema importância a vivência deste acompanhamento desde o período de academia do curso de enfermagem, a fim de aprimorar o conhecimento técnico-científico.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Puericultura. Saúde da família.

THE IMPORTANCE OF PERIODIC MONITORING OF NURSING IN CHILD CARE CONSULTATION: A REPORT OF EXPERIENCE

ABSTRACT: The study aimed to report the importance of monitoring nurses during childcare consultations in assessing child growth and development. This is a descriptive experience report, experienced and described by a seventh-period nursing student at the UNIFAVIP | Wyden University Center, during the supervised stage of Nursing Graduation, in a Family Health Unit (FHU) of city of Caruaru-Pernambuco. Given the facts experienced, it was possible to identify that nursing actions include guidance, assistance to the mother and / or other family members and child supervision, being extremely important the experience of this monitoring since the nursing academy period, in order to improve technical and scientific knowledge.

KEYWORDS: Nursing. Childcare. Family health.

1 | INTRODUÇÃO

A puericultura é parte indispensável no acompanhamento periódico do crescimento e desenvolvimento infantil, pois estabelece estratégias de orientação e promoção a saúde da criança e envolve medidas de aspecto preventivo para alcançar o desenvolvimento, bem estar físico, social e emocional (GAUTERIO, D. P. et al., 2012).

A atuação do profissional de enfermagem na puericultura permite identificar

vulnerabilidades e realizar intervenções em tempo hábil, através da execução do exame físico, verificação de medidas antropométricas como o peso, estatura, Índice de Massa Corporal, acompanhamento vacinal, desenvolvimento psicomotor, estado nutricional e oferta de orientações à mãe/família/cuidador em relação a alimentação e higiene corporal/oral, e diversos outros aspectos inclusos na caderneta de saúde da criança que funciona como instrumento para acompanhamento e registro das informações (BRITO, G. V. et al., 2018; ROSA, A. C. et al., 2018).

Destarte, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) envolvidos no programa de puericultura devem estar aptos a realizar o acompanhamento de maneira efetiva, realizando a busca ativa de crianças faltosas e identificando crianças de risco, podendo dessa forma, acompanhar adequadamente os estágios do crescimento e do desenvolvimento; e estimular a responsabilidade contínua e conjunta (serviço e família) na atenção à criança. Nessa perspectiva, o profissional enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, deve oferecer uma assistência adequada às reais necessidades e individualidades, considerando os contextos familiares, sociais e culturais em que o infante está inserido (ASSIS, W. D. et al., 2011; GÓES, F. G. B. et al., 2018).

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada na Unidade de Saúde da Família (USF) durante o estágio supervisionado da Graduação de Enfermagem, a fim de evidenciar a importância do acompanhamento dos enfermeiros durante as consultas de puericultura.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, onde aborda a importância da consulta periódica da puericultura para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, vivenciada e descrita por uma acadêmica do sétimo período de Enfermagem do centro universitário UNIFAVIPIWyden, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), da cidade de Caruaru-Pernambuco.

4 | RESULTADOS

Ao acompanhar os fatos vivenciados durante as consultas de puericultura na USF e registra-los na caderneta de saúde da criança, foi possível evidenciar que as principais ações realizadas pelo enfermeiro incluem orientações, assistência a

mãe e/ou outros familiares e supervisão da criança. Tais ações visam identificar e tratar problemas comuns na infância como: dermatite de fralda, alergias (de causas internas e externas), sobrepeso, obesidade e desnutrição infantil e desmame precoce, erros na oferta alimentar e atraso na oferta vacinal. Foi indispensável a avaliação das medidas antropométricas diante da mensuração da estatura, peso, perímetro cefálico, torácico e abdominal para preenchimento adequado das curvas de crescimento e desenvolvimento, sendo tais medidas consideradas itens mínimos para esse acompanhamento.

Os dados extraídos, além de registrados foram analisados afim de comparar com os padrões de normalidade levando em consideração registros anteriores de cada mês. Em cada consulta foram realizadas diversas condutas importantes como: orientações relacionada amamentação exclusiva e seus benefícios, a atenção quanto aos cuidados de higiene oral, pratica correta da higiene da genitália feminina e masculina, esclarecimento de dúvidas trazidas pelos responsáveis, a alimentação ideal para cada faixa etária, entre outros.

Frente ao acompanhamento das consultas de puericultura vivenciadas durante o estágio percebeu-se o aumento da aquisição de autonomia das acadêmicas, maior obtenção de conhecimento teórico e prático frente a resolução de diversos casos clínicos pediátricos. Tais vivências serão essenciais para que as consultas ocorram de forma efetiva e satisfatória durante sua vida profissional.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem diante da consulta na puericultura engloba diversos fatores que compreendem desde o acompanhamento saudável de uma criança, a execução periódica de ações preventivas e promocionais a saúde, evita agravos e identifica riscos à saúde infantil (BRITO, G.V. et al).

Em virtude disto, deve ser vivenciada desde o período de academia do curso de enfermagem a fim de estimular a aquisição de conhecimento técnico-científico do enfermeiro que está à frente desses cuidados para identificar as causas e sanar possíveis dúvidas e problemas relacionados ao crescimento e desenvolvimento, assim como referenciar a criança para outras categorias profissionais quando assim julgar necessário.

REFERÊNCIAS

DANTAS DE ASSIS, Wesley et al. **Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 1, 2011.

DE BRITO, Geovânia Vieira et al. **CONSULTA DE PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS**. Revista de APS, v. 21, n. 1, 2018.

GAUTERIO, Daiane Porto; IRALA, Denise de Azevedo; CEZAR-VAZ, Marta Regina. **Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano**. Rev Bras Enferm, v. 65, n. 3, p. 508-13, 2012.

GÓES, Fernanda Garcia Bezerra et al. **Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2018.

ROSA, Ana Carolina et al. **Atuação do enfermeiro na realização da puericultura: desafios e perspectivas**. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN, v. 2178, p. 2091, 2017.

DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS: CAUSADOS PELO AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANIANA EM RECÉM NASCIDOS, NO SEUS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 10/11/19

Sidrailson José da Silva

(Bacharelado em enfermagem) Centro universitário do Vale do Ipojuca/UNIFAVIP
Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/9083149508653809>

Roberta Sandy Melo

(Bacharelado em enfermagem) Centro universitário do Vale do Ipojuca/UNIFAVIP
Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/5995764255474361>

Marcos André Araújo Duque

(Patologista clínico, Doutor em Biotecnologia, Docente) Centro universitário do Vale do Ipojuca/UNIFAVIP
Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/8233850598857386>

RESUMO: Introdução: O aumento da pressão intracraniana está ligado a diversas patologias. O resultado de seu aumento vai ser a pressão exercida pelo o LCR e componentes do sangue em contato com a massa encefálica. Onde a hidrocefalia é a principal causa do aumento da PIC em bebês em decorrência da desregulação da quantidade de LCR no interior

dos ventrículos. O presente estudo objetivou identificar as enfermidades decorrentes do aumento da PIC. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada com base em artigos selecionados no banco de dados SciELO, utilizando os descritores; Distúrbios, Hidrocefalia, Pressão Intracraniana e Congênita que foram combinados via indicadores booleanos AND conforme o DeCS. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos encontrados no banco de dados acima mencionados, sem restrição de idiomas, textos completos, publicados no intervalo de tempo entre 2011 a 2018, e como métodos de exclusão artigos que não se enquadravam no tema proposto, teses, dissertações, capítulos de livros e reportagens. Foram identificados 32 estudos porem somente 04 foram selecionados, por se adequarem aos métodos de inclusão. **Resultados e discussões:** O aumento da PIC ocasiona um aumento na morbimortalidade infantil. Onde seu diagnóstico precoce é de fundamental importância para o tratamento. **Conclusão:** Compreende-se que a detecção prematura do quadro, é fundamental para a diminuição das consequências, das possíveis lesões que podem ocorrer no tecido cerebral, demonstrando a importância de um conhecimento mais aprofundado sobre os primeiros sintomas

ou sinais que possam dar ênfase a esse evento.

PALAVRAS-CHAVE: Distúrbios. Hidrocefalia. Pressão Intracraniana. Congênita.

NEUROLOGICAL DISORDERS: CAUSED BY INCREASED INTRACRANIAL PRESSURE IN NEWBORN IN ITS FIRST MONTH LIFE

ABSTRACT: Introduction: Increased intracranial pressure is linked to several pathologies. The result of this increase will be the pressure exerted by the CSF and blood components in contact with the brain mass. Where hydrocephalus is the main cause of increased ICP in infants due to dysregulation of the amount of CSF within the ventricles. The present study aimed to identify the diseases resulting from the increase of ICP. **Methodology:** This is a systematic literature review, based on articles selected from the SciELO database, using the descriptors; Disorders, Hydrocephalus, Intracranial and Congenital Pressure that were combined via Boolean AND indicators according to DeCS. Inclusion criteria were articles found in the aforementioned database, without language restriction, full texts published in the period from 2011 to 2018, and as exclusion methods articles that did not fit the proposed theme, theses, dissertations, book chapters and reports. Thirty-two studies were identified but only four were selected because they fit the inclusion methods. **Results and discussions:** The increase in ICP causes an increase in infant morbidity and mortality. Where its early diagnosis is of fundamental importance for treatment. **Conclusion:** It is understood that the premature detection of the condition is fundamental for reducing the consequences of possible injuries that may occur in brain tissue, demonstrating the importance of a deeper knowledge about the first symptoms or signs that may emphasize this event. **KEYWORDS:** Disturbance. Hydrocephalus. Intracranial pressure. Congenital.

INTRODUÇÃO

O aumento da pressão intracraniana está relacionado com algumas patologias que acometem essa região tão sensível por conta da alta especificidade do tecido do sistema nervoso (SN), ocasionando lesões no tecido cerebral, que quando atinge a população infantil pode ocorrer um aumento ou edema no crânio devido ao não fechamento das fontanelas, o avanço da tecnologia trouxe benefícios quanto ao diagnóstico precoce dessas enfermidades que na maioria das vezes é de caráter congênito. Casos de hidrocefalia que é caracterizado pelo o aumento de liquido cefalorraquidiano (LCR) nos ventrículos devido sua produção exagerada ou deficiência na sua drenagem ocorrendo um acúmulo e como consequência uma compressão da massa encefálica, e de hidranencefalia que é a ausência de um dos hemisférios do cérebro que é substituído por um saco de LCR trazem características

clínicas que se podem confundir com o encéfalo de um recém-nascido normal, por ter um aumento não tão evidente do crânio, o que dificulta o prognóstico da enfermidade, mas que os reflexos em geral desses indivíduos são muito baixos, gerando assim muitos casos de estrabismo e falta parcial ou total da visão mesmo as pupilas reagindo a estímulos de feixes de luz (OLIVEIRA *et al*, 2014).

A hidrocefalia é o quadro mais frequente de causa do aumento da PIC, onde pode ser desenvolvido por diversos motivos como a presença de um transtorno no cromossomo X, podendo também ser desencadeada por uma hemorragia subaracnóidea e intraventricular causando assim um hematoma, ou até em decorrência da presença de um tumor que irá desregular tanto a síntese como a drenagem do LCR. O tumor no encéfalo por se só pode elevar a PIC, com sua presença e seu aumento gradual, comprimindo assim a massa cerebral, com isso os vasos sanguíneos ao tentar compensar essa alteração acabam se contraindo e em seguida os ventrículos diminuem sua síntese de LCR, que se o crescimento do tumor não for contida irá ocasionar um aumento do crânio principalmente na fase inicial da vida da criança que são os dois primeiros trimestres do recém-nascido, por conta da não ossificação das suturas e fontanelas, desenvolvendo um quadro de macrocefalia e de severas limitações durante seu desenvolvimento por conta das lesões (MOGROVEJO *et al*, 2011).

Segundo CARVALHO *et al* (2018), a pressão intracraniana (PIC) é ocasionada pelo o acúmulo de LCR que ao entrar em contato com a massa encefálica pode desenvolver um aumento do volume dentro da caixa craniana gerando assim um edema que pode ocorrer a presença de lesões, que ao depender da identificação do quadro de forma precoce ou tardia, essas alterações irão ser de forma reversível ou irreversível. O aumento da PIC em crianças menores de 06 meses pode ocasionar diversos distúrbios no seu desenvolvimento como o aparecimento de manchas, características de demência e incontinência urinária, por mal desenvolvimento no controle dos esfíncteres. Lactentes que são acometidos por macrocefalias decorrentes do aumento do LCR naturalmente não conseguem viver além dos 30 anos, por conta da grande variedade de problemas que podem ser desencadeados, como o déficit intelectual como também por falhas no seu desenvolvimento corporal e de seus órgãos.

A monitorização da pressão intracraniana pode ser feita por dois métodos onde um vai ser invasivo que se caracterizasse pela a inserção de um cateter, e o outro não invasivo que vai ser colocado no crânio um sensor que irá captar as deformações ósseas decorrentes da PIC. A falta de conhecimento sobre possíveis patologias que podem desregular a síntese ou drenagem de LCR e até mesmo a nutrição do encéfalo, dificulta o diagnóstico precoce, favorecendo o progresso de algumas complicações fetais, onde o acompanhamento dessas anomalias pela a

obstetra é sempre algo complexo, por desenvolver complicações no desenvolvimento embrionário e infantil, na qual as características desses portadores são recém-nascido com peso e altura abaixo da média, gerando um aumento na morbidade e mortalidade entre a população infantil. A hidrocefalia apresenta uma alta incidência da morbimortalidade infantil, muitos desses casos como de outras anomalias podem ser detectados no primeiro trimestre gestacional através da ultrassonografia que vem permitindo o diagnóstico precoce, mesmo sendo algo difícil de ser detectado de forma tão prematura (PALPALINI *et al*, 2018).

Este estudo teve como objetivo identificar na literatura especializada características da enfermidade que acometem crianças nos seus 06 primeiros meses de vida, que possam desenvolver distúrbios e limitações na parte cognitiva decorrentes do aumento da pressão intracraniana, e observar quais são os primeiros sintomas que possam dá indícios desse aumento da PIC que possa ser detectado de forma precoce, e quais métodos estão sendo feitos para que essa monitorização esteja acontecendo, que possam minimizar as dificuldades que possam aparecer no desenvolvimento infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática que buscou avaliar estudos disponíveis com publicações nacionais e internacionais. A pesquisa foi realizada no mês de março de 2019, por meio de consultas eletrônicas dos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Tendo os respectivos descritores em português conforme os descritores em ciências da saúde (DeCS), Distúrbios, hidrocefalia, pressão intracraniana e congênita que foram combinados via indicador booleanos AND.

A análise buscou avaliar os distúrbios desenvolvidos em decorrência do aumento da pressão intracraniana em crianças de até 06 meses de vida, e quais os principais causas e sintomas decorrentes desse aumento, através de conhecimentos bibliográficos existentes, para que posteriormente fosse efetuada uma interpretação, de modo que se obtenha uma melhor compreensão da temática abordada. Foram utilizados como métodos de inclusão artigos completos encontrados na base de dados acima mencionada com o idioma em português e relatos de casos, sendo estes publicados no intervalo de tempo entre 2011 e 2018.

Foram utilizados critérios para a exclusão, artigos que não se encontrava no tempo determinado, teses, dissertações, capítulos de livros, resumos simples, artigos em língua estrangeira, reportagens e todos aqueles estudos que não se enquadravam no tema proposto. Deste modo foram identificados 32 estudos, após refinamento e leitura dos textos só 04 foram selecionados para a produção do

resumo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 32 estudos completos e disponíveis com base nos descritores utilizados sendo eles encontrados no banco de dados Scielo, utilizando 04 descritores conforme o DeCS: Distúrbios, hidrocefalia, pressão intracraniana e congênita. Depois de suas leituras e análise dos títulos, temas, períodos de publicações e disponibilidades de textos, 28 estudos foram excluídos. Deste modo 04 foram selecionados e contemplados nesse estudo, do período de 2011 a 2018.

Foi possível classificar os estudos em dois tipos, 1- Detecção do aumento da pressão intracraniana (N=02); 2- Avaliação de pacientes que apresentam hidrocefalia (N=02). Detecção do aumento da PIC, considera a importância do diagnóstico precoce para um tratamento mais eficaz, através da ocorrência de alguns indícios de uma possível hipertensão prematura do cérebro que possam gerar lesões irreversíveis, como síndromes psicóticas, alterações na capacidade cognitiva, déficits intelectuais e transtornos obsessivos em decorrência de patologias. Já o conhecimento sobre os motivos e consequências decorrentes da hidrocefalia em recém-nascidos, enfatiza o que pode favorecer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e o menos invasivo possível, para que a recuperação seja da melhor forma possível.

De acordo com o estudo realizado, elaborou-se uma tabela, representando os resultados obtidos e objetivos principais de cada artigo.

AUTOR	ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Oliveira <i>et al.</i>	2014	Resumir o conhecimento sobre os sintomas em pacientes com hidrocefalia que apresenta pressão intracraniana normal.	Pacientes com HPN podem desenvolver sintomas com predomínio frontal, tais como mudanças de personalidade, ansiedade, depressão, síndromes psicóticas, transtorno obsessivo compulsivo, síndrome de Otelo, furtos e mania. Sintomas incomuns de HPN podem dificultar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.
Carvalho <i>et al.</i>	2017	Desenvolver uma tecnologia digital educacional sobre um método novo para monitorar a pressão intracraniana para enfermeiros, médicos e fisioterapeutas.	O produto foi avaliado por especialistas em usabilidade, utilizando as dez heurísticas de Nielsen. Os problemas de usabilidade identificados por meio das heurísticas violadas foram considerados para a construção da versão final da tecnologia digital educacional e é composta por 36 telas e locução na língua português.

Palpalini.	2018	Realizar uma revisão da literatura sobre a avaliação e detecção da hipertensão intracraniana através da ultrassonografia do nervo óptico.	Houve uma indicação que a ultrassonografia do diâmetro da bainha do nervo óptico (DBNO) é útil na detecção da hipertensão intracraniana.
Mogrovejo <i>et al.</i>	2011	Determinar as principais complicações pós-cirúrgicas em pacientes pediátricos com hidrocefalia no Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.	Dos pacientes com complicações: 54,5% haviam adquirido hidrocefalia congênito; 72,7% foram cirurgias de emergência e 27,3% caminho eletivo.

Tabela 1: Representação dos artigos encontrados nas bases de dados entre 2011 e 2018.

Segundo OLIVEIRA *et al* (2014), pacientes que apresentava hidrocefalia de pressão normal, foram seguidos de sintomas como apatia seguida de ansiedade e agressividade, e que esses sintomas são típicos de pessoas que sofreram com tal enfermidade em sua fase de lactência. Onde o diagnóstico precoce é crucial, que pode ser feito através de ultrassonografias ou tomografias computadorizadas para que o tratamento seja feito o mais rápido e eficaz possível.

A ultrassonografia é bastante útil para a identificação precoce do aumento da PIC, na qual a maioria dos casos não vão ser detectados pelo o procedimento, e só são diagnosticados depois do nascimento, demonstrando assim a falta de preparo e conhecimento em relação as características e consequências que podem levar o acometimento de uma elevação da PIC e as sequelas que seu portador pode sofrer, o limitando severamente.

CONCLUSÃO

Constatou-se que o aumento da PIC eleva o nível de morbimortalidade infantil, por conta das características e sensibilidade que o local que é afetado tem, por ser células tão específicas e de difícil regeneração, a quantidade de casos relacionada a esse evento demonstra a dificuldade dos profissionais de saúde na identificação precoce da situação. Onde mesmo sendo difícil de ser detectado de forma prematura, estudos apontam que seu diagnóstico pode ocorrer no seu primeiro trimestre gestacional, através dos exames de ultrassonografia, diminuindo assim as consequências do quadro com seu tratamento, para que possíveis lesões ao tecido nervoso do encéfalo, sejam minimizados ou erradicada, elevando a expectativa e qualidade de vida dessa população acometida, e como consequência diminuído os gastos do sistema único de saúde (SUS), como também a quantidade de pessoas com limitações severas que as incapacita de ter uma vida ativa.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, R. L. *et al.* Texto & Contexto-enfermagem. **Desenvolvimento de tecnologias digital educacional sobre monitoração da pressão intracraniana minimamente invasiva.** Vol. 26. no. 04. Florianópolis, Rev. Enfermagem, 2018.

MAGROVEJO, E. E. *et al.* Certificado medico Peruano. **Complicaciones en el tratamiento quirúrgico de pacientes pediátricos com hidrocefalia operados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen.** Vol. 28. no. 01. La Victoria, Minutos peruanos, 2011.

OLIVEIRA, F. M. *et al.* Neuro psiquiatria. **Psychiatric symptoms are present in most of the patients with idiopathic normal pressure hydrocephalus.** Vol. 72. no. 06. São Paulo, Arqu. Neuropsiquiatria, 2014.

PAPALIN, P. E. Oftalmologia. Nervo Optico: **Medidas do diâmetro de sua bainha para detectar hipertensão intracraniana.** Vol. 77. no. 02. Rio de Janeiro, Rev. Bras. Oftalmol, 2018.

TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS E CIRÚRGICOS DA DOENÇA DE PARKINSON: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Giovanna Pereira Spagnol

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Vitória - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/6348721139106867>

Lucas Luciano Rocha Silva

Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Vitória - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/2672832304005857>

Nickolas Fraga Perin Da Cruz

Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Vitória - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/4757092205665299>

Núbia Mesquita Fiorese

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Vitória - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/9524131218887546>

Rodrigo Monico Cavedo

Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Vitória - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/0377097432535803>

Fabio José Alencar da Silva

Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Vitória - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/0806139452037008>

Ana Cláudia Del Pupo

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Vitória - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/1256511090745398>

Marcela Souza Lima Paulo

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

Vitória - Espírito Santo

<http://lattes.cnpq.br/8496440574297694>

RESUMO: Introdução: A Doença de Parkinson é uma patologia neurodegenerativa, crônica e progressiva do sistema nervoso. Ela resulta da degeneração de células nervosas da substância negra compacta, responsáveis pela secreção do neurotransmissor dopamina, que possui, dentre outras funções, o controle dos movimentos corporais. Os principais sintomas da doença afetam a motilidade, porém sintomas

não motores também são observados nos afetados. Apesar de ainda não ter cura, a atenuação dos sintomas pode ser feita por abordagem cirúrgica e/ou farmacológica. **Objetivo:** Compreender os tratamentos cirúrgicos e farmacológicos relacionados à Doença de Parkinson. **Método:** Trata-se de uma revisão da literatura, realizada no período de março a junho de 2018, na base de dados Pubmed/Medline e na biblioteca eletrônica Scielo, considerando artigos publicados entre 2011 e 2018. **Resultados:** Os trabalhos analisados mostraram que é primordial o tratamento dos sintomas motores e dos sintomas não motores da Doença de Parkinson. Esse tratamento visa proporcionar uma atenuação da progressão da doença e uma melhora na qualidade de vida do portador. Dentre os tratamentos farmacológicos, Levodopa é o mais utilizado. Nos tratamentos cirúrgicos, o destaque é a Estimulação Cerebral Profunda. Foi observado, ainda, que ambos os métodos possuem diferentes abordagens e são utilizados em níveis distintos de sintomas motores. **Conclusão:** Conclui-se, que os possíveis tratamentos farmacológicos e cirúrgicos para a Doença de Parkinson são de suma importância no manejo clínico da doença. A terapêutica medicamentosa é o tratamento de primeira escolha por não ser invasivo e fisicamente traumático, evitando-se possíveis atos iatrogênicos. É válido ressaltar que foi observado uma quantidade maior de artigos publicados com enfoque em tratamentos farmacológicos, o que alerta sobre a necessidade de publicação sobre os tratamentos cirúrgicos para essa doença. **PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Parkinson. Tratamento Farmacológico. Neurocirurgia.

PHARMACOLOGICAL AND SURGICAL TREATMENTS OF PARKINSON'S DISEASE: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Parkinson's disease is a chronic and progressive neurodegenerative disorder of the nervous system. It results from the degeneration of neurons from the compact substantia nigra, which are responsible for dopamine secretion. Dopamine has, among other functions, the power to control body movements. The main symptoms of Parkinson's disease affects the mobility, but not only motor symptoms are present, the non-motor symptoms are present. Although, such disease has no cure yet, the attenuation of the symptoms can be done by surgery or by medication use. **Objective:** Understand the surgical and pharmacological treatments to Parkinson's disease. **Method:** It's a systematic review, descriptive, literature review type, from March to June of 2018 in Medline/Pubmed database and electronic library Scielo, considering articles published, primarily, between 2011 and 2018. **Results:** The articles analysed showed that is primordial to treat the motor and non-motor symptoms. These treatments aim the reduction of the disease progression and a life-quality improvement for the patient. Among the pharmacological treatments, the most used is Levodopa. And for the surgical treatments, the most used is deep brain stimulation. It was also observed that both methods have different approaches and are

used in different levels of motor symptoms. **Conclusion:** In conclusion, the possible treatments for Parkinson's disease are extremely important to manage the disease. The drug therapy is the first chosen, because it's not invasive and physically traumatic, avoiding iatrogenic acts. It's worth mentioning, that was observed a larger number of articles focusing on pharmacological treatments in comparison to the surgical ones, which alerts about the need to further researches on surgical treatments.

KEYWORDS: Parkinson Disease. Drug Therapy. Neurosurgery.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) foi descrita pela primeira vez por James Parkinson em 1817 e foi denominada como paralisia agitante (DORETTO, D, 1998). Tal doença é definida como uma patologia neurodegenerativa, crônica e progressiva do sistema nervoso (O'SULLIVAN, S. B. *et al.*, 2004). Ela resulta da degeneração de células nervosas da substância negra compacta, responsáveis pela secreção do neurotransmissor dopamina, que controla os movimentos corporais (KALIA L. V. *et al.*, 2015).

A DP se manifesta através de sintomas motores e característicos como tremor de repouso, rigidez muscular, instabilidade postural e lentidão na execução dos movimentos, também chamada de bradicinesia (ROMANN, A. J., 2012; FERREIRA F. V., 2010; CERA M. L. *et al.*, 2009).

O controle dos sintomas da DP pode ser realizado por meio de tratamento farmacológico, no entanto, essa abordagem não impede completamente a progressão da doença. Tal tratamento busca a reposição da dopamina, utilizando, para isso, drogas anticolinérgicas, antidepressivas, amantadina, piribedil, dopaminérgicos e a levodopa, introduzida no final da década de 1960.

Já a abordagem cirúrgica da DP foi introduzida em 1912, com um procedimento denominado rizotomia cervical posterior bilateral de Leriche (DUKER, A.P. *et al.*, 2013). Assim, o método cirúrgico almeja tratar os sintomas motores, de rigidez e de bradicinesia, cuja eficácia é variável (SANFELICE, E. A., 2004). Duas classes de cirurgia são utilizadas, inclui neuroablação e estimulação profunda do cérebro com eletrodos implantados (UMPHRED A. D., 2004).

A DP é uma das doenças neurológicas mais comuns e intrigantes dos dias de hoje e possui distribuição universal, atingindo todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas. Estima-se que há uma prevalência de 100 a 200 casos por 100.000. Além disso, afere-se que aproximadamente 1% da população mundial com idade superior a 65 anos possui a doença. No Brasil, calcula-se que cerca de 200 mil pessoas sofrem com o problema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é compreender os tratamentos

cirúrgicos e farmacológicos relacionados à Doença de Parkinson mais comuns à prática médica atual.

2 | MÉTODO

Realizou-se uma revisão bibliográfica, no período de março a junho de 2018, na base de dados Pubmed/Medline e na biblioteca eletrônica Scielo, utilizando as seguintes palavras-chaves: Doença de Parkinson (*Parkinson Disease*), *Tratamento Farmacológico (Drug Therapy)* e *Neurocirurgia (Neurosurgery)*, definidos pelo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH). Também foram consultados livros da seção de Neurologia da biblioteca da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

Foram utilizados como critérios de inclusão, artigos publicados prioritariamente entre os anos de 2011 e 2018, nos idiomas português e inglês e que abordassem os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos. Além disso, foram excluídos os artigos que abordaram estudos com animais, doenças associadas à DP, tratamentos alternativos (como fitoterápicos) e artigos em que os títulos não se enquadraram com as palavras-chaves utilizadas.

Ao todo foram obtidos 35 artigos, sendo que 20 foram excluídos por estarem dentro dos fatores de exclusão - animais, tratamentos fitoterápicos e doenças relacionadas à DP; e 15 foram incluídos por cumprirem os fatores de inclusão - tratamentos farmacológicos e cirúrgicos publicados entre 2012 e 2015. Desses, 10 retratavam sobre a abordagem farmacológica, sendo 7 sobre levodopa e 3 sobre apomorfina; e 5 sobre a abordagem cirúrgica, de modo que 3 fizeram menção à estimulação cerebral profunda e 2 à neuroablação.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A DP é uma afecção degenerativa, progressiva e crônica do sistema nervoso central, cujos sintomas motores decorrem da morte de neurônios produtores de dopamina localizados na substância negra do cérebro, e os não motores, como distúrbios do sono, por comprometimento de outros sistemas monoaminérgicos. Desse modo, acarreta na redução do número de células produtoras de dopamina na via nigroestriatal e dos neurônios contendo neuromelanina no tronco cerebral. Essa alteração é responsável pelos distúrbios motores, disfunções posturais e cognitivas, que são características da DP. Outro ponto relevante é que, quando os primeiros sinais e sintomas são detectados, provavelmente já há perda de grande parte dos neurônios dopaminérgicos, aproximadamente 60%, e do conteúdo de dopamina no corpo estriado, cerca de 80% inferior ao normal (LEWIS, P., 2007; LANA, R. C. *et*

al., 2007; IKE, D., 2008).

3.1 Sinais e sintomas

O sintoma inicial da DP é caracterizado pelo tremor, em geral, nas extremidades distais do corpo humano, em decorrência de oscilações involuntárias deste. É observado em condições de repouso que diminui ou desaparece com o início de alguma ação, podendo aparecer novamente quando o paciente mantiver uma ação ou postura mais prolongada (LANA, R. C. *et al.*, 2007).

Foi observado que os pacientes portadores da DP manifestam anormalidades de postura e de equilíbrio, tal como a característica principal do corpo e do tronco curvados; além de sentirem considerável dificuldade de ajustar a postura quando se inclinam ou quando há súbitos deslocamentos do corpo, o que favorece a ocorrência de quedas (LANA, R. C. *et al.*, 2007; IKE, D *et al.*, 2007).

Deve-se ressaltar, ainda, que a DP é uma síndrome clínica, patológica e bioquímica que pode ser desencadeada por diversos fatores genéticos e ambientais, uma vez que caracteriza-se não só pela deficiência exclusiva do sistema dopaminérgico, mas sim, por um comprometimento de vários outros sistemas monoaminérgicos. Tais fatores explicam o surgimento de outros sintomas não motores, como distúrbio do sono - fragmentação do sono, apnéia do sono, sonolência diurna e síndrome das pernas inquietas -, disfunção cognitiva e depressão, repercutindo em uma baixa qualidade de vida, tornando a DP ainda mais incapacitante e reduzindo a expectativa de vida (TEIVE, H. A. G., 2005; AZEVEDO, M. M. *et al.*, 2009; FERRÃO, C. *et al.*, 2006; SILVEIRA, D. N. *et al.*, 2005).

3.2 Tratamentos

3.2.1 Farmacológico

A levodopa, fármaco de destaque no tratamento da DP, é um precursor da dopamina e é degradado na circulação sistêmica, por esse motivo ele é prescrito em conjunto com os inibidores de descarboxilase, como por exemplo o carbidopa ou o cloridrato de benserazida. Dessa forma, é possível reduzir os efeitos colaterais e permitir uma maior distribuição no sistema nervoso central (LEWITT, P. A. *et al.*, 2016).

Para o uso do medicamento, espera-se alguns efeitos colaterais, tais como náuseas, vômitos, dor de cabeça e em pacientes de idade mais avançada podem aparecer delírio, agitação, alucinações e psicose.

Mais da metade dos pacientes com DP desenvolvem complicações associadas ao tratamento com levodopa de 5 a 10 anos após o início do tratamento (SCHRAG, A. *et al.*, 2000; CHASE, T. N., 1993). Essas complicações incluem: flutuações motoras

(FM) - fenômeno de atrito ou “desgaste” -, discinesias e outras complicações motoras (AQUINO, C. C. *et al.*, 2015; CALABRESI, P. *et al.*, 2010). Pode ser necessário cirurgia como forma de tratar o paciente com DP, em caso de contra-indicação do fármaco pelo comprometimento da qualidade de vida do paciente ou baixa eficiência do medicamento.

A Apomorfina é um agonista de receptores dopaminérgicos utilizado em conjunto com o medicamento domperidona, para bloquear seus efeitos eméticos, é uma alternativa para controlar FM dos parkinsonianos usuários de Levodopa (antiparkinsoniano mais eficiente na atualidade).

Com o tratamento prolongado com Levodopa, surgem em particular as flutuações do rendimento. Os principais tipos de FM são a deterioração de final de dose (*wearing-off*) e as mudanças bruscas e imprevisíveis do estado de mobilidade do paciente (efeito *on-off*). As FM são, às vezes, mais incapacitantes que os sintomas da doença, porque os pacientes podem ficar a maior parte do tempo em períodos “off” (acinéticos). Portanto, o uso controlado de apomorfina é importante no tratamento eficaz do Parkinson e das FM produzidas pelo tratamento tradicional farmacológico (FAHN, S., 1974).

3.2.2 Cirúrgico

Na análise bibliográfica realizada, foram abordadas duas classes de cirurgia principais para tratamento da DP e substituição do tratamento farmacológico, sendo elas estimulação cerebral profunda (ECP) e neuroablação.

A ECP é frequentemente utilizada após a doença estar presente há mais de 10 anos, quando a qualidade de vida, a competência psicossocial e a atividade profissional já estão gravemente comprometidas. A ECP do núcleo subtalâmico (STN-ECP) e do globo pálido interno (GPI-ECP) são os tipos de estimulação cerebral mais comuns (POEWE, W. *et al.*, 2010; DEUSCHL, G. *et al.*, 2013; JIANG, L. L. *et al.*, 2015).

Vários estudos documentaram melhora significativa nos sintomas motores e na qualidade de vida após STN-ECP. Os resultados não mostraram diferenças entre o GPI-ECP e o STN-ECP quando foi utilizado a Escala Unificada para Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) nos pacientes tratados. O STN-ECP foi mais efetivo para a redução da medicação do que o GPI-ECP. Por outro lado, quando utilizado o *Parkinson Disease Questionnaire-39* (PDQ-39), que possui como objetivo avaliar a qualidade de vida do paciente, o GPI-ECP foi mais efetivo para melhorar o escore dessa avaliação do que o STN-ECP (ST GEORGE, R. J., 2010).

A neuroablação consiste em lesar uma estrutura nervosa visando algum benefício. Para o tratamento da DP ela é indicada para pacientes nas fases

avançadas da doença, quando há predomínio da rigidez e do tremor não controlados com levodopa ou outras medicações antiparkinsonianas. Ou seja, em casos de intolerância à farmacoterapia e às discinesias induzidas pela levodopaterapia (LANG, A. E. *et al.*, 1997). Dentre os tipos de neuroablação, destaca-se a palidotomia ventral pósteromedial, que tem como objetivo a lesão da região sensitivo motora do GPI, e é eficaz no tratamento da rigidez, acinesia, discinesias induzidas pela levodopaterapia e do tremor (TEIXEIRA, M. F. *et al.*, 2004) e a talamotomia do núcleo ventrolateral, a qual interrompe o circuito mediador do tremor e é eficaz no tratamento do tremor, da rigidez e da bradicinesia apendicular, entretanto, não proporciona a melhora dos sintomas axiais (BENABID, A.L. *et al.*, 1998).

4 | CONCLUSÃO

Infere-se que existem vários recursos terapêuticos com abordagens farmacológicas e/ou cirúrgicas para a Doença de Parkinson. No entanto, estudos envolvendo o tratamento farmacológico da DP foram mais observados, o que pode ser explicado pelo fato de ser o tratamento de primeira escolha por não ser invasivo e fisicamente traumático, evitando-se atos iatrogênicos. Também foram encontrados estudos acerca da utilização da Fisioterapia como alternativa ao tratamento da DP. Cabe então, fazer a ressalva e a indicação de novos trabalhos abrangendo demais alternativas terapêuticas que podem trazer ganho em qualidade de vida ao paciente com DP.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, C. C.; FOX, S. H. **Clinical spectrum of levodopa induced complications.** Movement Disorders, v.30, n.1, p.80-89, 2015.
- AZEVEDO, M. M. *et al.* **Caracterização dos distúrbios cognitivos na doença de parkinson.** Rev CEFAC, v.11, Supl 2, p.251-257, 2009.
- BENABID, A. L. *et al.* **Long-term electrical inhibition of deep brain targets in movement disorders.** Mov Dis Soc, v. 13, Suppl 3, p.119-25, 1998.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (ed.). Dicas em Saúde. *In: Conheça os sintomas do Mal de Parkinson: Doença de Parkinson.* Ministério da Saúde, abril 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/251_parkinson.html. Acesso em: 6 jun. 2018.
- CALABRESI, P. *et al.* **Levodopa-induced dyskinesias in patients with Parkinson's disease: filling the benchto-bedside gap.** Lancet Neurol, v.9, n.11, p.1106- 1117, 2010.
- CERA, M. L.; ORTIZ, K. Z. **Análise fonológica dos erros da apraxia adquirida de fala.** Barueri (SP): Pró-Fono Revista de Atualização Científica, v.2, n.2, p.143-8, abr-jun 2009.
- CHASE, T. N.; MOURADIAN, M. M.; ENGBER, T. M. **Motor response complications and the**

- function of striatal efferent systems.** *Neurology*, v.43, n.12, Sup. 6, p.23-27, 1993.
- DEUSCHL, G.; PASCHEN, S.; WITT, K. **Clinical outcome of deep brain stimulation for Parkinson's disease.** *Handb Clin Neurol*, v.116, p.107–28, 2013.
- DORETTO, D. **Fisioterapia clínica do sistema nervoso: fundamentos da semiologia.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
- DUKER, A.P.; EZPAY, A.J. **Surgical treatment of Parkinson disease: past, present, and future.** *Neurologic clinics*, v. 31,3, p.799-808, 2013.
- FAHN, S. **“On-off “ phenomenon with levodopa therapy in parkinsonism.** *Neurology*, v.24, p.431-441, 1974.
- FERRÃO, C.; DALBEM, A. **O potencial terapêutico das células-tronco na Doença de Parkinson.** *Anais do X Salão de Iniciação Científica de Fisioterapia*, v.10, p.806-7, 2006.
- FERREIRA, F. V.; CIELO, C. A.; TREVISAN, M. E. **Medidas vocais acústicas na doença de Parkinson: estudo de casos.** *Rev. CEFAC*, v.12, n.5, p.889-98, 2010.
- IKE, D.; CARDOSO, N. P.; BARALDI, I. **Análise da incidência de quedas e a influência da fisioterapia no equilíbrio e na estabilidade postural de pacientes com doença de Parkinson.** *Rev Fisiot Brasil*, v.9, p.4-8, 2008.
- JIANG, L. L. *et al.* **Long-term Efficacy of Subthalamic Nucleus Deep Brain Stimulation in Parkinson's Disease: A 5-year Follow-up Study in China.** *Chin Med J*, v.128, p.2433–8, 2015.
- KALIA, L. V.; LANG, A. E. **Parkinson's disease.** *Lancet*, v.386, n.9996, p.896-912, 2015.
- LANA, R. C. *et al.* **Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do pdq-39.** *Rev Bras Fisioter*, v.11, p.397-402, 2007.
- LANG, A. E. *et al.* **Medial pallidotomy in late-stage Parkinson's disease and striatonigral degeneration. The Basal Ganglia and new approaches for Parkinson's disease.** In: Obeso JA, DeLong MR, Cozart CD, Marsden editors. *Advances in neurology*, v. 74. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
- LEWIS, P.; PROWLAND, M. D. **Merrit tratado de neurologia.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p.768-83, 2007.
- LEWITT, P. A.; FAHN, S. **Levodopa therapy for Parkinson disease A look backward and forward.** *Neurology*, v.86, n.14, Sup. 1, 2016.
- O'SULLIVAN, S. B.; SCHIMITZ, T. J. **Doença de Parkinson. Fisioterapia: avaliação e tratamento.** São Paulo: Manole, p.747-73, 2004.
- POEWE, W. *et al.* **Levodopa in the treatment of Parkinson's disease: An old drug still going strong.** *Clin Interv Aging*, v.5, p.229–38, 2010.
- ROMANN, A. J. **Padrão sequencial de modificações acústicas da voz, fala, fluência verbal e sintomatologia motora após interrupção da estimulação cerebral profunda do núcleo subtalâmico [dissertação].** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2012.
- SANFELICE, E. A. **Moléstia de Parkinson. Fisioterapia em movimento.** Curitiba, v.17, n.1, p.11-24, jan./mar. 2004.

SCHRAG, A.; QUINN, N. **Dyskinesias and motor fluctuations in Parkinson's disease: A community based study**. Brain, v.123, n.11, p.2297-2305, 2000.

SILVEIRA, D. N.; BRASOLOTTO, A. G. **Reabilitação vocal em pacientes com doença de Parkinson: fatores interferentes**. Barueri (SP): Pró-Fono Revista de Atualização Científica,, v. 17, n. 2, p. 241-250, maio-ago. 2005.

ST GEORGE, R. J. *et al.* **A meta-regression of the long-term effects of deep brain stimulation on balance and gait in PD**. Neurology, v.75, p.1292–1299, 2010.

TEIVE, H. A. G. **Etiopatogenia da doença de Parkinson**. Rev Neurocienc, v.13, p.201-14, 2005.

TEIXEIRA, M. F.; FONOFF, E. T. **Tratamento cirúrgico da doença de Parkinson**. São Paulo: Rev Med, v.83, n.1, Sup 2, p.1-16, jan-jun 2004.

UMPHRED A. D. **Reabilitação neurológica**. São Paulo: Manole, 2004.

SIGNIFICADOS DE IDOSOS COM CÂNCER: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Data de aceite: 05/02/2020

Paloma Coutinho Campos

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

Marléa Crescêncio Chagas

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ.

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

Thais Vasconcelos Amorim

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

Anna Maria de Oliveira Salimena

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

alta incidência e mortalidade compromete a saúde e a qualidade de vida. Objetivo: desvelar os significados da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer. Método: pesquisa de natureza qualitativa norteada pela fenomenologia e alicerçada no pensamento teórico-metodológico-filosófico de Martin Heidegger. Participaram quatorze pessoas idosas, entrevistadas em encontros mediados ocorridos entre os meses de novembro de 2016 e abril de 2017. Resultados: a análise compreensiva desvelou que o medo é vivenciado pelas pessoas idosas, desvelados no modo do falatório e ambigüidade como um ser lançado no mundo, aberto às possibilidades ser-com e finitude. Considerações Finais: a partir dos significados desvelados evidencia-se a importância de se discutir modos de cuidado autêntico à pessoa idosa que vivencia o câncer, pois o cuidado como essência da Enfermagem implica em desenvolver a sensibilidade de olhar e ouvir o ser existencial em sua fragilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem oncológica; saúde do idoso; pesquisa qualitativa; fenomenologia.

RESUMO: O envelhecimento populacional é caracterizado como um fenômeno natural, irreversível e mundial. O câncer, por sua

MEANINGS OF ELDERLY CANCER PATIENTS: IMPLICATIONS FOR NURSING

ABSTRACT: Population aging is characterized as a global, natural and irreversible phenomenon. Due to the high incidence rate and mortality, cancer affects the patient health and quality of life. Objective: to unveil the meanings of the elderly patient experiencing cancer. Method: qualitative phenomenological research based on the theoretical-methodological-philosophical framework of Martin Heidegger. Fourteen elderly patients were interviewed during encounters carried out from November 2016 to April 2017. Results: comprehensive analysis revealed that feelings of fear are experienced among the elderly, manifested in idle talk and ambiguity as a being in the world to which it is thrown, open to possibilities and finitude. Final Considerations: considering the unveiled meanings, it is highlighted the importance to investigate authentic ways to deliver care for elderly cancer patients, since caring as an essential component of Nursing entails a sensitive communication and attention to the being in all its fragility.

KEYWORDS: Oncological nursing; health of the elderly; qualitative research; phenomenology.

SIGNIFICADOS DE ANCIANOS CON CÁNCER: CONSECUENCIAS PARA LA ENFERMERÍA

RESUMEN: El envejecimiento de la población está caracterizado como un fenómeno natural, irreversible y mundial. En razón de su incidencia y mortalidad, el cáncer constituye un riesgo para la salud y la calidad de vida. Objetivo: desvelar los significados de la persona mayor que vive el proceso de dicha enfermedad. Método: investigación de carácter cualitativo basado en la fenomenología y en el pensamiento teórico-metodológico y filosófico de Martin Heidegger. Han participado catorce personas de edad avanzada, a las que se interrogó en reuniones entre los meses de noviembre de 2016 y abril de 2017. Resultados: el análisis global indicó que las personas mayores viven con una sensación de miedo, revelada en su parloteo y en la ambigüedad del ser introducido en el mundo, con las posibilidades de ser-con y finitud. Conclusión: En función de los significados desvelados resulta evidente la importancia de debatir modos de auténtico cuidados a los ancianos que viven con el cáncer, pues la atención como esencia de la Enfermería supone el desarrollo de la sensibilidad de mirar y escuchar el ser en su condición existencial y de fragilidad.

PALABRAS CLAVE: Enfermería oncológica. Salud del anciano. Investigación cualitativa. Fenomenología.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é caracterizado como um fenômeno natural, irreversível e mundial. Algumas características da transição demográfica brasileira são particulares, como a maior prevalência de mulheres idosas (55,7%) e brancas (55%). Destaca-se o aumento do número de pessoas idosas centenárias, pois hoje existem 24 mil pessoas idosas com 100 anos ou mais. Portanto o principal objetivo das políticas de saúde, através do envelhecimento ativo e saudável, é permitir que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível (Ministério da Saúde, 2014).

Pode-se associar o aumento da longevidade e a diminuição da mortalidade com a relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, ao aumento de investimentos de saneamento básico, às campanhas nacionais de vacinação, aos avanços tecnológicos da área da saúde, ao aumento do nível de escolaridade da população, à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades, ao aumento do número de atendimentos pré-natais, bem como ao acompanhamento multiprofissional do recém-nascido e ao incentivo ao aleitamento materno. A queda da taxa de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer resultam no aumento absoluto e relativo da população idosa (Ministério da Saúde, 2014; American Cancer Society; 2018).

No ano de 2014, entre os homens com 60 anos ou mais, foram notificadas cerca de 80 mil mortes por câncer e nas mulheres idosas ocorreram 60 mil. O aumento do número de óbitos por neoplasias em idosos deverá continuar na medida em que melhorarem os métodos diagnósticos e a qualidade de notificação. Esse crescimento também está associado ao aumento da expectativa de vida, uma vez que a incidência das principais neoplasias é proporcional à idade (INCA, 2015).

A enfermagem tem vivenciado junto a tais mudanças as dificuldades que elas trazem. A importância da informação está no fato da pessoa poder optar por se submeter ou não a terapêutica proposta. Somente sendo suficientemente esclarecido por quem examina ou presta os cuidados é que poderá decidir conscientemente. Alguns profissionais partem do pressuposto de que a veracidade das informações não pode ser compreendida pelos clientes ou que o paternalismo deva ser uma conduta que abriga o princípio da beneficência (GIRONÉS, 2014).

A equipe de saúde, o indivíduo cuidado e a família devem ter uma clara compreensão das opções e metas do tratamento. O que se precisa é de uma capacidade de se adaptar, e uma flexibilidade que permitam uma comunicação aberta para que a terapia seja amplamente discutida e que os novos problemas que emergirem possa ser enfrentado com o mínimo possível de prejuízo na qualidade de vida do indivíduo.

Quando do diagnóstico de câncer podem ocorrer reflexões e modificações na vida do indivíduo, cuja experiência pode ser estressante, com o combate à doença comumente sendo entendido como uma luta entre a vida e a morte. Também, ocorre um impacto doloroso, principalmente no aspecto psíquico/emocional, o qual poderá produzir diversos tipos de reações, interferindo no seu dia a dia e nas suas relações com as pessoas, inclusive com seus familiares. Questões relativas ao processo de viver e o medo de morrer com frequência fazem parte do cotidiano do ser humano e no momento em que ocorre o diagnóstico de câncer a impressão é de que a morte está mais próxima (Butow, 2015).

Algumas pessoas que experimentam essa condição passam há aproveitar o tempo que resta, enquanto outras apenas esperam o seu fim. Assim, é importante estar junto à pessoa e tentar ajudá-lo a enfrentar estas vivências. A própria família, muitas vezes, por não saber o que fazer, tentará esconder suas emoções do próprio doente, porém este pode interpretar esta situação como se fosse algo ruim. A morte é vista como um fracasso na batalha contra o câncer e é individual para cada ser e cada uma vivenciará de forma particular. O medo da morte é uma resposta racional do ser humano.

Os profissionais cuidadores devem estar preparados técnica e emocionalmente para ajudá-lo nesse momento difícil. Muitas vezes o simples fato de ouvir, estar presente, dar afeto/carinho é mais importante do que outra intervenção terapêutica. Para o indivíduo doente, o não se sentir só contribui para a superação das dificuldades que terá de enfrentar. A religiosidade/fé na cura pode ser utilizada pela pessoa e familiares como uma estratégia de enfrentamento ao processo de adoecimento, morte e morrer. Associada a isso, a relação de confiança com a equipe responsável pelo cuidado concorre para o indivíduo sentir-se amparado e tranquilo.

Desse modo, é possível perceber a importância do enfermeiro para o controle do medo, da fragilidade, das angústias e das dificuldades encontradas na experiência da internação através da assistência de enfermagem promovendo suporte psicossocial, provendo conforto e cuidados necessários para este contexto.

Devido à lacuna de estudos que aborda a pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer, este estudo se justificou pela inquietação: como a pessoa idosa significa vivenciar o adoecimento por câncer? Neste sentido, teve como objeto a pessoa idosa diante do adoecimento por câncer e como objetivo desvelar os significados da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer.

METODO

Pesquisa de natureza qualitativa na abordagem fenomenológica, pois ao buscar a compreensão dos significados da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por

câncer, encontrou-se a possibilidade de desvelar esse fenômeno existencial a partir do referencial metodológico-filosófico de Martin Heidegger. Este filósofo desenvolveu um método próprio de interpretação e análise na busca de compreender os “entes dotados do ser da presença, seu sentido de ser em sua existência” (Heidegger, 2015).

O estudo foi realizado em um centro de referência na área de atenção oncológica sediado no interior de Minas Gerais-Brasil, que destina assistir 94% da população pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 6% à clientela de outros convênios e particulares, atendendo à população do município e adjacências pactuadas. Esta instituição atua na prevenção, diagnóstico, tratamento cirúrgico, radio e quimioterápico do câncer e seguimento posterior, ofertados

Considerou-se como critério de inclusão pessoas com idade igual ou superior a 60, de ambos os sexos, sem distinção de cor, idade, religião, crença ou raça, com diagnóstico de câncer confirmado, em tratamento ambulatorial ou hospitalizado na instituição e excluídas as pessoas idosas que se recusaram a participar e aquelas sem condições de verbalização. Os depoimentos de 14 participantes foram obtidos por meio de entrevista aberta, gravada em formato de mídia digital (Mp3), garantindo a total fidelidade às expressões e posteriormente transcrita. As entrevistas foram realizadas no período novembro de 2016 a abril de 2017. Durante, a interpretação das informações, a identificação dos idosos foi por meio da letra E (Entrevistado) e um número sequencial, conforme a ordem em que ocorreram as entrevistas.

Para o entrevistado expressar livremente suas ideias e opiniões fez-se necessário o encontro empático (Paula e tal, 2014) e depois de realizadas explicações sobre o estudo formulou-se as seguintes indagações: Como você se sentiu com a notícia de sua doença, suas emoções? Como está no dia-a-dia convivendo com sua doença, seus sentimentos?

Ao oportunizar a livre expressão de como vivencia esta situação, também foi prevista a possibilidade da pessoa ter ou não ter ciência de seu diagnóstico médico. Considerou-se que esta informação não era abarcada como da competência desta investigação, porém seria algo que poderia ou não emergir das falas dos depoentes. Foram tomados todos os cuidados na sua formulação, de modo a que discorresse livremente sobre o que ela conhecia e compreendia sobre seu adoecimento.

Foram seguidas todas as etapas da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora através do Parecer 1.803.461/2016.

O processo de elaboração da análise teve início na etapa de transcrição, fase considerada importante na aproximação e imersão no conteúdo nas expressões. Deste modo, todas as informações resultantes desta etapa foram acessadas através

de várias e sucessivas leituras atentas e aprofundadas, com vistas a captar a essência dos depoimentos e compreender fatos cotidianos, o que o ser mostra para todos diretamente e na maioria das vezes. Buscou-se apreender as estruturas essenciais que expressaram os significados do fenômeno nos depoimentos e pela sua organização, foram constituídas as unidades de significados, chamada de compreensão vaga e mediana. No segundo momento metódico, se deu a análise interpretativa ou hermenêutica, em que se ilumina pelos conceitos de Martin Heidegger a fim de desvelar os sentidos da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer.

RESULTADOS

Foram participantes 14 pessoas idosas que vivenciavam o adoecimento por câncer, dos quais quatro do sexo masculino e dez do sexo feminino, com idades entre 60 e 87 anos. O predomínio de mulheres idosas corroborou com o fenômeno de feminilização do envelhecimento. Em relação à ocupação, cinco se declararam aposentados, seis mantêm-se ocupadas com atividades do lar e três declararam ativas em suas profissões. A baixa escolaridade também predominou. Quatro pessoas idosas são analfabetas, nove com ensino fundamental e apenas uma declarou ensino superior completo.

O tipo de câncer mais prevalente entre homens foi o de próstata e aparelho digestivo e entre as mulheres o de mama e colo do útero, o que neste estudo ratifica as estimativas do INCA para o biênio 2016-2017 (INCA, 2015). O tempo de descoberta do diagnóstico médico variou de dezoito dias a quatro anos. Os tratamentos realizados pela maioria dos idosos eram a combinação de quimioterapia e radioterapia, e também o cirúrgico.

As Unidades de Significação foram construídas a partir das estruturas essenciais que possibilitaram a revelação dos significados das pessoas idosas que vivenciam o adoecimento por câncer.

Saber o diagnóstico e enfrentar o tratamento

As pessoas idosas compreendem o vivenciar o adoecimento por câncer como descobrir-se adoecido através de sinais e sintomas ou durante as consultas de rotina. Para alguns, a origem da doença pode ser algo do próprio organismo, causado por descuido de sua saúde, outras doenças, pelo estado emocional ou por acontecimentos trágicos da vida, enquanto outros revelam que o adoecimento pode ser aleatório, qualquer um está sujeito.

Lá em casa estou sempre com problemas. O marcapasso, o câncer de mama e agora a próstata. No toque o médico falou que tinha o problema e encaminhou

pra cá. (E1)

Deu um caroço. *Já operou, tirou o caroço*, mas fez essa ferida aqui. (E2)

O senhor está com câncer. Vamos cuidar disso. (E3)

Eles chegaram e falaram que tava com problema, mas eu já estava mais ou menos preparada, esperando por aquilo. (E4)

Aí fez o tratamento, em poucos dias fiquei em condição de operar, operou e estou aí. Está até parado o tratamento (do pulmão). E por aí foi que descobriu meus problemas, porque eu não sentia nada, não sentia nem da vesícula e nem do estômago. (E7)

Ele (o médico) mandou vir pra cá, pra fazer 25 dias de radio e 2 dias de quimioterapia, que é um câncer no anus, que é moderadamente falando. (E9)

Levei a mamografia pra ginecologista, ela falou que tinha dado um problema que eu tinha que procurar uma mastologista. Levei o resultado pra ela e como *não* falava nada, eu desconfiei logo. (E12)

Fiz vários exames e o que constatou essa doença foi a tomografia. Estou aqui porque fiz a primeira quimioterapia e arruinei. (E13)

Fez uma raspagem e pediram *a biópsia, veio que era câncer [...]* (E14).

Alguns idosos compreendem o câncer com certa aceitação, pois é considerado algo esperado nesta fase da vida. Na tentativa de sentir-se “normais”, tentam se igualar com os outros, identificando-se com outras pessoas que também têm câncer e justificar para si mesmos que não são diferentes dos demais. A convivência com a doença e o tratamento oncológico traz uma aproximação e dependência de familiares e amigos. O apoio familiar constitui em sensação de segurança e força no decorrer do tratamento minimizando o sofrimento (Batista, Mattos, 2015).

Nesse sentido, ao comparar o câncer como um “problema”, o idoso faz referência a uma doença comum, corriqueira, já que todas as pessoas estão sujeitas a adoecer. Na experiência oncológica o corpo exhibe sua dimensão existencial de modo concreto, pois é ele que permite o existir e é ele quem padece pela exposição aos carcinógenos que afetam a existência do ser-no-mundo. Percebe-se, então, a importância do corpo enquanto meio de inserção e relação do ser com o mundo e com os outros, além da pluralidade de sentimentos que permeiam o processo de alteração desse corpo e, conseqüentemente, de todo o existir.

Pensar que pode morrer, mas ter fé e confiar em Deus

O impacto da notícia é sentido como medo. Sentem seu projeto de vida ameaçado por algo que não esperavam encontrar em sua trajetória, mas são otimistas quanto aos resultados do tratamento e se apoiam na fé para enfrentar as dificuldades. A

palavra “câncer” foi pouco verbalizada, expressaram seu adoecimento como um problema, isso daqui essa coisa ou essa doença.

Os idosos consideram o câncer também como uma “provação” a ser enfrentada. Surgem nos discursos dos idosos o sentimento de resignação, como um desígnio divino que precisa ser aceito, como se fosse uma missão.

Pensei que ia morrer! Mas graças a Deus, estou aí, complicado, não gosto de ficar lembrando isso. (E1)

Tenho muita fé em Deus. A única coisa que fazia era *só conversava* com Ele lá em cima. Falava com Ele, não posso ir embora agora, tenho meus filhos, tem as pessoas que me ama, tenho que ficar boa. Aí passa tudo, graças a Deus, estou reagindo assim. (E5)

Deus só coloca as coisas que a gente merece. É questão de aceitar os desígnios dele. Se eu devo alguma coisa eu tenho que pagar. Alguma coisa ele tem de missão pra mim, pode ser isso. (E7)

Estou no mundo sujeito a aceitar essas coisas. Estou vendo gente que está doente há 15 – 20 anos, com esse problema, comprovado e tudo, e estão perfeitos. Acredito que vai dar tudo certo! (E8)

As minhas emoções com a notícia foram assim: Jesus! Jesus! Jesus! Ele é a minha cura. Mas muitas vezes, o Senhor fala que às vezes tem pessoas que tem que ir mesmo, que vai levar. É um mistério que a gente não conhece. (E9)

Tem que esperar o melhor da vida, e esperar alguma coisa também que vem por trás, porque às vezes a gente pensa que acontece *só com os outros* e não acontece com a gente. Graças a Deus me sinto assim uma pessoa tranquila, a gente é um ser humano, todos nós fica assim meio caído, mas depois a gente levanta. Deus dá força, a gente levanta. (E12)

Percebe-se que a crença em Deus influencia na aceitação da doença. Os idosos a aceitam porque a consideram como algo “enviado por Deus”, que está além de sua própria vontade, portanto não há possibilidade de “negociação”. Ao considerar a doença como uma determinação divina, ressalta-se sobremaneira a facticidade. Entendem como a condição na qual o ser humano se encontra comprometidos com uma situação não escolhida. Assim sendo, perceber o câncer como algo que lhes foi destinado por Deus e a ele resignar-se parece ser a única forma possível de enfrentar o cotidiano, em vista do caráter inevitável dessa condição.

O câncer adquiriu a conotação de doença incurável e de ser a mais terrível de todas, pelo maior ressentimento que provoca devido às restrições e/ou sequelas que impõe essa doença (ou mesmo o tratamento), pois não podem desempenhar as mesmas atividades de outrora. Para essas pessoas é explícito o medo da doença, do que ela causa ou poderá causar ao seu corpo. Assim, o câncer traz consigo um grande impacto psicológico, sendo ainda muito presente no imaginário social a ideia do câncer como algo que cresce e destrói, é uma doença intratável e misteriosa

(Mori, 2015). Sentem seu projeto de vida ameaçado por algo que não esperavam encontrar em sua trajetória, mas são otimistas quanto aos resultados do tratamento e se apóiam na fé para enfrentar as dificuldades.

Passar por essa experiência também revelam sentimentos de fragilidade e solidão, pois alguns remetem ao medo de morrer. Para sair dessas crises, buscam uma nova direção em suas vidas, constantemente, remetendo aos familiares seu principal motivo para lutar. Estabelecem metas para esta nova etapa, mudanças na rotina e convivência com outras pessoas. O novo cotidiano é desgastante, muitas vezes só compreende as atividades relacionadas ao tratamento, porém aceitam esses desígnios e desejam se recuperar. Dos profissionais de saúde almejam uma relação de confiança e diálogo franco. A perda de algum familiar é vivenciada com muita tristeza. As limitações impostas procuram ser superadas com o auxílio daqueles que convivem com o doente. Dessa forma, independente da religião busca a fé, um ente superior e às orações para se sentirem mais fortes.

DISCUSSÃO

Após a compreensão vaga e mediana apresenta-se a segunda etapa analítica que é a hermenêutica. Esta se refere à interpretação realizada a partir das unidades de significado desveladas no primeiro momento, fundamentadas pelas concepções filosóficas de Martin Heidegger, expressas na obra *Ser e Tempo* (Heidegger, 2015).

Nesse estudo, para que a interpretação originária fosse alcançada foi necessário primeiramente compreender, baseada nos depoimentos dos entrevistados, como a pessoa idosa significa estar diante da situação de doença oncológica. A partir destas vivências buscou-se o desvelamento dos sentidos que funda esse movimento existencial, que é uma investigação que “deve se apropriar e assegurar explicitamente o modo adequado de se aproximar desse ente” (Heidegger, 2015).

Assim, o sentido deve ser entendido como o modo singular das pessoas idosas em situação de doença oncológica, compreender e interpretar o mundo. A partir de sua compreensão vaga e mediana procura-se interpretar as possibilidades que foram projetadas na compreensão. A hermenêutica existencial interpreta o que está escrito, indo além do registro das palavras e de suas intenções, considerando que o ser está lançado na facticidade.

Passado o momento do impacto da notícia a pessoa assume que tem a doença, mas ainda não consegue expressar a palavra câncer e sente medo do que está por vir. Sente-se ameaçado por algo que não esperava encontrar em sua trajetória. Começa a temer pela sua saúde e vida, pois emergem as alterações físicas e psíquicas que comprometem o seu cotidiano (Karkow et al, 2015). O homem teme

por algo porque é ele mesmo o afetado e o interessado.

Assim, o ser na cotidianidade é dominado pelo falatório, ambigüidade e curiosidade, determinando o próprio modo de ser da de-cadência. No entanto, é por meio da inautenticidade que se poderá alcançar a ressignificação do sentido e chegar à autenticidade. Não se deve compreender a de-cadência da pre-sença negativamente, como algo que decaiu de um estado superior para um inferior, pois essa de-cadência representa o modo imediato como existimos no mundo. A presença é o momento constitutivo que permite o ser se realizar no mundo e, quando essa de-cai, ela se vê abrigada nos fenômenos do cotidiano – falatório, curiosidade e ambigüidade – e esse abrigar faz com que o caráter de “impessoalidade do cotidiano com a sua pretensão de nutrir toda a vida autêntica, tranqüilize a presença, assegurando que tudo esteja em ordem” (Heidegger, 2015).

Outro significado desvelado pela pessoa idosa foi a finitude. Em sua estrutura existencial o homem é ser-no-mundo, inautêntico e que traz em si a capacidade de angustiar-se, de contemplar toda sua estrutura existencial, além de temporal e de ser-para-a-morte. A temporalidade é revelada na mortalidade inevitável, uma condição existencial impossível de evitar. Haverá um momento em que cada Dasein chegará ao fim de sua jornada existencial, quer isto lhe agrade ou não, “com a morte, a pre-sença completou o seu curso” (Heidegger, 2015).

Sugere Heidegger que a maneira do Dasein entender a significação da totalidade de sua existência é este não considerar a morte como contingente, distante, bem definida, mas sim como uma certeza indefinida, mas eminente que é possível a cada instante. A morte é um evento que ocorre para todos. Entretanto, uma doença ameaçadora pode torná-la parecer mais próxima, desencadeando o medo (Tomaszewski et al, 2017). Diante da certeza da morte, o homem tem a oportunidade de escolher entre encará-la, aceitando tudo o que engloba esta condição, ou ainda, por ser essencialmente livre, se fazer indiferente na presença do inevitável, isto é, da possibilidade de existir, fim definitivo.

O ser-aí por ser um ser-no-mundo, constitui-se por suas relações com o ambiente de coisas e de outras pessoas. E isto Heidegger denomina ser-com e estar-ai-com. Este modo é desvelado pelas pessoas idosas ao se referirem às suas relações com os familiares, os amigos, os profissionais de saúde e com um ser superior expresso como Deus.

Portanto, considera-se que a espiritualidade pode promover o suporte a situações de dificuldade ou sofrimento por meio da fé, da oração, da confiança em algo superior dando-lhes força para enfrentamento e atribuindo sentido à vida¹³. Religiosidade e espiritualidade têm conceituações diferentes. Pois, religiosidade refere-se às crenças, dogmas de uma determinada religião e espiritualidade

estão relacionadas ao processo existencial, a busca de sentido para vida e de transcendência.

Sendo assim, o fenômeno religioso é importante na vida do ser humano e permite a tolerância e elaboração não só das ocorrências felizes da existência, mas, essencialmente, quando ocorrem os padecimentos. A religiosidade tende a promover explicações para os mais variados acontecimentos da vida, seja a velhice, a enfermidade ou a própria morte. Estudos mostram que a religiosidade e a espiritualidade desempenham um papel importante nos idosos para enfrentar seu processo de doença (Palencia et al, 2016) . Além de compartilhar as mesmas crenças religiosas, fortalece tanto o nível espiritual como o religioso desses idosos, melhorando assim o processo da doença e adaptando-se a ela. O uso de recursos espirituais e religiosos é uma estratégia de enfrentamento frequentemente utilizada pelos idosos, e está associada à adaptação a situações de perda, mudança ou doença na velhice.

Os profissionais de enfermagem precisam estar atentos a ouvi-los, para que consiga identificar os seus reais problemas e conseqüentemente suas necessidades serem atendidas ou resolvidas sempre que possível (Santos et al, 2016). Bem como, estarem preparados para assistir as pessoas no processo de envelhecer, adoecimento sem possibilidades terapêuticas e morte (Arrieira et al, 2017; Lima et al, 2017).

Neste contexto, o ser-pessoa-idosa com câncer mostra-se na dimensão existencial como ser-aí-com-no-mundo que não está preso na sua condição de adoecimento. Desvela-se na vivência de seu movimento existencial, e não limitado ao momento de senilidade, com suas demarcações etárias e de características predeterminadas, ou do câncer, com suas determinações de fragilidade clínica.

Uma vez que o cliente confia ao profissional de saúde seus dados e informações, considerando sua dimensão mental, física, comportamental e/ou espiritual, cabe ao profissional dispor dessas informações e manter vínculo e relação de confiabilidade com esse indivíduo. Tanto em países desenvolvidos com os em desenvolvimento, a maioria dos médicos dizem a verdade com maior frequência que no passado, embora a atitude predominante seja de revelar a verdade ao familiar ou cuidador (GIRONÉS, 2014). Também é inquestionável que familiares ou cuidadores desempenham um papel importante no apoio aos seus entes queridos, ajudando-os a ajustar-se à nova situação de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacam-se neste estudo as contribuições da fenomenologia heideggerina, para o cuidado em saúde em especial para a enfermagem, que possibilitou a

compreensão do fenômeno investigado e por meio da hermenêutica, desvelar os sentidos da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer, pois devido seus depoimentos desvelou-se que na cotidianidade elas se mostraram como ser-no-mundo com câncer e ser-com seus familiares e suas crenças vivenciando a religiosidade/espiritualidade.

Evidenciou-se o quanto se faz necessário dar voz e ouvir a pessoa idosa para compreendê-la em sua dimensão existencial, com suas fragilidades que vão além de sua situação de adoecimento por câncer, um agravo temido por todas as pessoas. Por isso, para se propiciar um cuidado autêntico é preciso atentar para as necessidades, que vão além do físico, com suporte emocional e espiritual para o atendimento da integralidade do cuidado.

Nesse sentido, espera-se contribuir para efetivação de prática assistencial com respeito às singularidades dos idosos. Reconhece-se a necessidade de desenvolvimento de outros estudos que mencionem depoimentos de outros sujeitos para a ampliação do universo de compreensão sobre a temática do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
2. American Cancer Society (ACS). International Agency for Research on Cancer. The Cancer Atlas. Compare countries [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2018 [cited 24 Oct 2016]. Available from: <http://canceratlas.cancer.org/data/#?view=compare>.
3. Inca. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
4. GIRONÉS R. Communication of Diagnosis in Elderly Lung Cancer Patients: Who is Informed, What Information is Given and What Patients Know and Want to Know. *J Palliat Care Med*. 2014; 4:4.
5. Butow. Responding to family requests for nondisclosure: The impact of oncologists' cultural background. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* - January-March 2015 - Volume 11 - Issue 1.
6. Heidegger M. *Ser e Tempo*. Petrópolis - RJ: Editora Vozes; 2015.
7. Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67 (3): 468-72.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.
9. Batista DR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM*. 2015; 5(3): 499-510.

10. Mori VD. Os sentidos subjetivos configurados na experiência do câncer: um estudo de caso. *Saúde, cultura e subjetividade : uma referência interdisciplinar / organizadores, Fernando González Rey, José Bizerril. – Brasília: UniCEUB, 2015: 115-129.*
11. Karkow MC; Girardon-Perlini NMO; Stamm B; Camponogara S; Terra MG; Viero V. Experience of families facing the revelation of the cancer diagnosis in one of its integrants. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(3): 741-751.
12. Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arrieira ICO, Cardoso DH, Sartor SF. Manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer: perspectiva da pessoa com câncer. *Rev Fund Care Online.* 2017; 9(3):705-716. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.705-716>
13. Palencia IPG; Banquett DC; Quintana MC; Villamizar AL; Mendoza YV. Spirituality and Religiosity in Elderly Adults with Chronic Disease. *Invest. educ. Enferm.* 2016; 34 (2). <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a02>
14. Santos JL; Mulato SC, Bueno SMV; Robazzi MLC. Sentimentos de enfermeiros confrontados com a morte: prazer e sofrimento sob a ótica da psicodinâmica de Dejours. *Invest. educ. Enferm.* 2016; 34 (3). <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n3a10>
15. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Milbrath VM, Schwonke CRGB, Cardoso DH, Fripp JC. O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. *Rev. Esc Anna Nery.* 2017; 21(1): e20170012. DOI: 10.5935/1414-8145.20170012
16. Lima R, Borsatto AZ, Vaz DC, Pires ACF, Cypriano VP, Ferreira MA. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. *Rev Min Enferm.* 2017; 21:e-1040 DOI: 10.5935/1415-2762.20170050

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM FORENSE NO CONTROLE DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR DE JOVENS NO ESTADO DE RORAIMA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 03/11/2019

Iloneide Pereira Da Silva Cardoso

Faculdade Roraimense de Ensino Superior

Coordenação do Curso de Enfermagem

Boa Vista – Roraima

<http://lattes.cnpq.br/5412825622271104>

RESUMO: A Violência Intrafamiliar vitimiza jovens e o Estado de Roraima estar no ranking das estatísticas dos últimos anos e a Enfermagem Forense entra para contribuir no combate e controle atuando na Atenção Básica, fortalecendo a equipe multiprofissional e a Justiça. Apresentar a atuação da Enfermagem Forense e como ela pode contribuir na prevenção e controle da violência intrafamiliar de jovens no Estado de Roraima. Este TCC é uma pesquisa documental, exploratória com dados estatísticos da SESP/RR dos últimos cinco anos (2011 a 2015), sendo o ano de 2015 dados referente aos meses de Janeiro a Maio. 1) Estupro de vulnerável: do total de 915 jovens, 41,64% de 0 a 11 anos e 58,36% de 12 a 17 anos; 2) Tentativa de estupro: do total de 138 jovens, 40,58% de 0 a 11 anos e 59,42%

de 12 a 17 anos; 3) Ameaça: do total de 1.201 jovens, 17,32% de 0 a 11 anos e 82,68% de 12 a 17 anos; 4) Lesão corporal: do total de 1.515 jovens, 23,50% de 0 a 11 anos e 76,50% de 12 a 17 anos; 5) Maus tratos: do total de 618 jovens, 82,04% de 0 a 11 anos e 17,96% de 12 a 17 anos; 6) Homicídio: do total de 22 jovens, 31,82% de 0 a 11 anos e 68,18% de 12 a 17 anos e 7) Tentativa de homicídio: do total de 50 jovens, 8% de 0 a 11 anos e 92% de 12 a 17 anos. De todos os anos estudados prevaleceu a faixa etária de 12 a 17 anos com exceção do fenômeno 5) Maustratos onde prevaleceu a faixa etária de 0 a 11 anos. Com isso, a Enfermagem Forense atuando na Atenção Básica, junto com a equipe multiprofissional, pode contribuir para o combate e controle da Violência Intrafamiliar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Forense; Violência Intrafamiliar; Jovens; Família; Atenção Básica.

THE IMPORTANCE OF FORENSIC NURSING
IN THE CONTROL OF INTRAFAMILY
VIOLENCE AMONG YOUTHS IN THE STATE
OF RORAIMA

ABSTRACT: THEORETICAL BASIS: Intrafamily Violence makes youth victims within the family

and the State of Roraima is in the ranking of statistics in the last years, and Forensic Nursing comes to contribute in the fight and control, acting on Primary Care, making the multiprofessional team and Justice stronger. **OBJECTIVES:** To present actions of Forensic Nursing and how it could contribute on prevention and control of Intrafamily Violence against youth in the State of Roraima. **METHODOLOGY:** This term paper is an exploratory bibliographical research with collection of statistic data from SESP/RR in the last 5 years (2011 to 2015), while data from 2015 refer to the months January to May. **RESULTS:** 1) Statutory rape: from 915 juveniles, 41.64% from 0 to 11 years old and 58.36% from 12 to 17 years old; 2) Attempted rape: from 138 juveniles, 40.58% from 0 to 11 years old and 59.42% from 12 to 17 years old; 3) Threats: from 1201 juveniles, 17.31% from 0 to 11 years old and 82.68% from 12 to 17 years old; 4) Bodily injury: from 1515 juveniles, 23.50% from 0 to 11 years old and 76.50% from 12 to 17 years old; 5) Maltreatment: from 618 juveniles, 82.04% from 0 to 11 years old and 17.96% from 12 to 17 years old; 6) Homicide: from 22 juveniles, 31.82% from 0 to 11 years old and 68.18% from 12 to 17 years old; 7) Homicide attempt: from 50 juveniles, 8% from 0 to 11 years old and 92% from 12 to 17 years old. Considering all years studied, the age group that prevailed was from 12 to 17, with exception for the phenomenon 5) Maltreatment, in which the prevailing age group was from 0 to 11 years old. **CONCLUSION:** Thereby, the Forensic Nursing acting in the Primary Care, along with the multidisciplinary team, should contribute to the fight and control of Domestic Violence and ensuring justice.

KEYWORDS: Forensic Nursing; Intrafamily Violence; Juveniles; Family; Primary Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Enfermagem começa a ganhar seu espaço quando Florence Nightingale na Guerra da Criméia, em 1854 foi imortalizada por soldados como “Dama da Lâmpada” por reduzir o índice de mortalidade de 40% para 2%; e após receber um prêmio do Governo Inglês, 5 anos depois foi criada a primeira Escola de Enfermagem. Outra contribuição exemplar, aqui do Brasil foi Ana Neri, que com saudades dos filhos, partiu para a Guerra do Paraguai (1864 – 1870) e não mediu esforços para o atendimento dos feridos, improvisou hospitais, ganhou prêmios e quando retornou foi dado seu nome a primeira Escola de Enfermagem. A partir destes fatos, a Enfermagem foi se espalhando pelo mundo e tendo novos anfitriões, como Virginia Lynch (1982) ainda acadêmica de Enfermagem teve a oportunidade de visitar um laboratório de crimes e percebeu a brecha que tem entre o crime, o sistema judicial e o sistema de prestação de cuidados.

Segundo Gomes (2014), “ser Enfermeiro Forense é cuidar bem, sem olhar a quem, para que se faça justiça!” e é com esse olhar humanista que a Enfermagem Forense tem a oportunidade de contribuir para combater a violência, como também

na abordagem das vítimas e dos seus agressores, além de toda a bagagem profissional.

A violência é uma das questões sociais que mais causam preocupação e é abordada como um problema de saúde pública em todo o mundo. Especificamente, a Violência Intrafamiliar é aquela que se refere a todas as formas de abuso que acontecem entre os membros de uma família, caracteriza as diferenças de poder entre estes, e podem envolver a relação de abuso que incluem condutas de uma das partes em prejudicar o outro (SELDES; ZIPEROVICH; VIOTA; LEIVA, 2008).

O Estado de Roraima vem chamando atenção aos altos índices de violências e a Enfermagem Forense junto com a equipe multiprofissional pode contribuir para combater e controlar essas taxas que deixam nosso pequeno Estado vulnerável, no ranking das estatísticas negativas.

Este estudo bibliográfico vem fortalecer a necessidade de incluir a Enfermagem Forense como reforço legal das ciências forenses, somando forças para combater a violência intrafamiliar atuando na Atenção Básica, unidades de emergências, fóruns e onde couber a assistência de Enfermagem, especificamente de jovens do Estado de Roraima.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A violência

A violência, sob diversas formas, tem sido uma constante na formação, na existência e nas relações de todas as sociedades. No entanto, a compreensão a respeito da determinação social, política e econômica das diversas manifestações do fenômeno e o avanço na definição dos direitos humanos, ao tempo em que identifica como violência as situações cotidianas, têm feito com que, cada vez mais, ela seja desnaturalizada. (Trecho extraído do resumo da experiência "Observatório da Violência: Articulação Inter setorial de Registros dos Serviços de Atenção à Pessoa Vítimas de Acidentes e Violência na Bahia" – CONASS documenta nº. 16 – p. 151 a 153).

O notável crescimento da violência nas grandes metrópoles, tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento, acabou por inseri-la como uma das principais preocupações no campo da saúde coletiva em todo mundo há quase duas décadas (MINAYO, 1994), e o que se percebe é que as políticas públicas estão engajadas numa verdadeira montanha de programas, sem capacitação e condições dos profissionais atuarem em defesa desses vulneráveis.

O debate sobre a Violência é, sem dúvida, um tema central de reflexão das Ciências Criminais. Está presente em nosso cotidiano como um dos fenômenos sociais mais inquietantes do mundo atual. A violência é um elemento estrutural, intrínseco ao fato social e não o resto anacrônico de uma ordem bárbara em vias de

extinção. Aparece em todas as sociedades e civilizações, integra o mundo atual, seja nas grandes cidades, seja ou nos recantos mais isolados. Contemporaneamente, a percepção e o desenvolvimento de uma maior sensibilidade mostram a violência em sua nudez execrável possibilitando pensar uma antropologia – termo tomado aqui no seu sentido mais amplo – na qual a dignidade dos desprotegidos não esteja presente por uma concessão especial de “justiça”, mas como sua base absoluta. (GAUER; GAUER, 2002).

A **violência intrafamiliar** é toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra. O conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também as relações em que se constrói e efetua. (Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8 – Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131. Brasília, 2001).

O mundo está cheio de organizações em defesa de crianças e jovens e numa delas discrimina as várias formas de violência como: o preconceito, as agressões físicas e verbais, o bullying, a homofobia, violência sexual, contra a mulher e outras. Elas acontecem quando alguém ou um grupo de pessoas utiliza intencionalmente a força física ou o poder para ameaçar, agredir e submeter outras pessoas, privando-as de liberdade, causando algum dano psicológico, emocional, deficiência de desenvolvimento, lesão física ou até a morte.

Quando se trata de direitos humanos, a violência abrange todos os atos de violação dos direitos: civis (liberdade, privacidade, proteção igualitária); sociais (saúde, educação, segurança, habitação); econômicos (emprego e salário); culturais (manifestação da própria cultura) e políticos (participação política, voto).

Neste período a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério de Saúde do Brasil reconhece a violência como grave problema de saúde pública e constitui como uma questão de pauta dos movimentos globais por saúde e da agenda de saúde global. Neste contexto, crianças e adolescentes são o segmento etário mais vulnerável a todas as formas de violência, especialmente no âmbito das relações interpessoais e comunitárias, sendo a violência familiar a manifestação mais prevalente contra este grupo. (DESLANDES; MENDES; PINTO, 2015).

Está no Código Civil no artigo 186 – Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito. E a Constituição Federal no artigo 144, ampara – A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, todos os órgãos. Com o amparo da Lei podemos assegurar a dignidade dos desprotegidos como a base absoluta. (NEGRÃO; GOUVÊA, 2005).

A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente. Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano, levando filósofos, como Engels, a afirmar que “a história é, talvez, a mais cruel das deusas que arrasta sua carruagem triunfal sobre montões de cadáveres, tanto durante as guerras como em período de desenvolvimento pacífico” (ENGELS, 1981). O artigo produzido por Minayo (1994), com titulação: A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública, diz que é unânime, a ideia de que a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade.

Agudelo (1990) afirma, que: “ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”.

Hegel (1980), Freud (1974), Habermas (1980), Satre (1980), et.al, afirmaram que na dialética de interioridade/exterioridade a violência integra não só a racionalidade da história, mas a origem da própria consciência, por isso mesmo não podendo ser tratada de forma fatalista: é sempre um caminho possível em contraposição à tolerância, ao diálogo, ao reconhecimento e à civilização.

Minayo e Deslandes (2009), fizeram uma Análise da Implantação da Rede de Atenção às Vítimas de Acidentes e Violências, segundo Diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde desde sua criação e atuação de 2005, onde traz informações avaliativas sobre o quadro de morbimortalidade por violências e acidentes; a adequação dos serviços nos níveis pré-hospitalar móvel e fixo, hospitalar; de reabilitação e de promoção ao perfil epidemiológico descrito; a formação específica dos profissionais para lidar com esses agravos à saúde; a vigilância e o monitoramento dos eventos violentos e dos acidentes e, por fim, o apoio a estudos e pesquisas sobre a temática e concluíram que jovens e idosos são os grupos sociais que continuam demandando especial atenção, fragilidade do sistema considerando baixo o percentual de unidades locais de saúde que realizam o atendimento diferenciado as vítimas, no pré-hospitalar apesar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) existir não atende toda a demanda, no hospitalar o pouco investimento na esfera de atenção básica, aliado a uma cultura popular que busca uma atenção pontual e imediata para seus males e leva a utilização indevida dos prontos-socorros e dos hospitais de emergência, no caso da promoção pouco tem se feito neste sentido.

Minayo e Deslandes (2009), foram unânimes em relatar que, para que se realize a plena implementação da PNRMAV (Política Nacional de Redução da

Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Port. MS/GM nº 737 de 16/5/01 publicada no DOU nº 96, seção 1E – de 18/5/01), é necessário investimento contínuo em formação dos profissionais e constataram que poucas unidades básicas tenham sido contempladas onde alguns gestores consideram fundamental a preparação dos profissionais nessa área de violência e saúde. A nível nacional, as autoras concluíram que, a PNRMAV depende de investimentos pelos gestores e profissionais para o seu desenvolvimento.

O aumento global da violência desencadeou necessidade de preparo de profissionais da área da saúde na educação preventiva de violência interpessoal e detecção de sinais de vitimização. A enfermagem gradualmente ganha espaço e reconhecimento na área forense, devido ao seu amplo desempenho no cuidado individual e coletivo. (GOMES, 2014).

Segundo a Secretaria de Estado da Segurança Pública de Roraima (SSP-RR), são registrados (ANEXO A) dados alarmantes sobre acidentes e violências; e considerada pela mídia como um dos estados líder em estupros de crianças e adolescentes e violência contra a mulher.

2.2 Enfermagem forense

Segundo Gomes (2014), a Enfermagem Forense teve início nos Estados Unidos. A *International Association of Forenses Nurses* (IAFN) estabeleceu em Minneapolis, no verão de 1992, quando 70 enfermeiros se reuniram para a primeira convenção nacional de enfermeiros examinadores de abuso sexual. Os seus relatórios representam o conceito de enfermeiros desejosos de dedicar a sua energia e recursos, a desenvolver esse papel da Enfermagem, o que veio a ter um grande impacto tanto nas ciências forenses como nos cuidados de saúde.

A introdução oficial da Enfermagem Forense foi editada em papel em 1986, na *American Academy of Forensic Sciences* (AAFS), por Virginia Lynch, focalizada na investigação científica da morte. Na cronologia (ANEXO B), a IAFN triplicou a quantidade de membros no qual realizaram a primeira reunião na cidade de Sacramento (Califórnia). Em 1999, contava com 1800 membros e com muitos e variados programas de formação em desenvolvimento. Entre este grupo encontramos os professores de Enfermagem que aplicam estratégias fornecendo intervenção a vítimas e perpetradores de atos criminais. De igual forma, encontramos enfermeiros investigadores da morte, enfermeiros especialistas em estabelecimentos prisionais e enfermeiros psiquiátricos forenses. (GOMES, 2014)

A Enfermagem Forense tem preenchido um vazio no sistema de justiça e no sistema de prestação de cuidados, como em projetos de assistência e reabilitação integral e este novo campo representou a aliança entre os profissionais de Enfermagem como provedores de serviços de saúde e o reforço legal das ciências

forenses, que trouxe uma nova perspectiva na resolução da violência.

Gomes (2014), diz que o conceito básico da Enfermagem Forense cresceu a partir da área prática da clínica forense e foi desenvolvido para:

- Atender às necessidades de uma população especial: vítimas de crime, agressores, vítimas e agressores que representam distúrbios mentais;
- A tomada de consciência do aumento da violência e os conceitos associados à violência;
- Providenciar apoio às vítimas de violência (vivas ou mortas): avaliar e providenciar cuidados às vítimas, identificar sinais de abuso e negligência e reconhecer as necessidades de intervenção junto da vítima.

Klinger (2005), já tratava como perícia em enfermagem, na qual foi defendida no VI CBCENF (Sexto Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem – Florianópolis – SC, 2003), onde o termo advém da necessidade, que atualmente – com a complexidade dos crimes, aliados a utilização do conhecimento tecnológico – a criminalística apresenta em utilizar-se de profissionais especializados para fazer frente às necessidades de conhecimentos que devem ser aplicados nas análises envolvendo procedimentos e técnicas de enfermagem que possam ter sido utilizados na execução de um suposto delito.

A Enfermagem Forense aborda os cuidados médicos e os aspectos legais para as vítimas de violência, atuando nos três níveis: prevenção primária, secundária e terciária, cobrindo uma brecha que tem entre o médico forense, o departamento de polícia e as salas de emergência dos hospitais, evitando abordagens erradas ou a omissão de evidências forenses, realizando funções específicas no reconhecimento e recolha de vestígios forenses em todos os casos de violência. A segurança das vítimas vivas e do corpo da vítima falecida continua a ser a primeira prioridade do enfermeiro forense, assim como, a recolha e preservação de vestígios da vítima, que nunca deve comprometer a segurança e integridade do corpo.

2.3 Competências da enfermagem forense

Além da formação adequada do profissional de saúde houve a necessidade da criação das competências em Enfermagem Forense para melhoria da prestação de cuidados às vítimas de violência e trauma, que podem ter implicações legais. Elas visam, ainda, o reconhecimento das habilitações técnico-profissionais para o exercício da Enfermagem Forense por parte do enfermeiro, resultando em critérios científicos definidos pela IAFN, pela Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (APEFORENSE), entidade portuguesa responsável pela regulação da Enfermagem Forense em Portugal e pela Ordem dos Enfermeiros. (GOMES, 2014).

Com todo esse amparo, o Enfermeiro Forense se obriga a estar qualificado na

abordagem as vítimas de cariz forense, a nível hospitalar, pré-hospitalar, centros de saúde e lares. Pretende-se, com a atribuição de critérios, que exista uma formação padronizada, adequada e que leve a uma melhoria da qualidade de cuidados prestados pelos enfermeiros. (GOMES, 2014)

Gomes (2014), define como funções do enfermeiro forense:

- Aplicar conhecimentos e competências de Enfermagem na área forense, para investigação de situações de trauma, concomitantemente com o atendimento de emergência e apoio emocional às vítimas de crime violento;
- Aplicar o processo de Enfermagem aos processos judiciais;
- Integrar os aspectos dos cuidados de saúde para a investigação científica e tratamento do trauma;
- Utilizar habilidades como perito nas investigações relacionadas ao trauma e violência;
- Aplicar as habilidades para várias configurações, incluindo serviços de saúde, escolas e saúde ocupacional;
- Garantir a preservação e proteção de vestígios com relevância médico-legal;
- Abordar as situações que envolvam violência sexual;
- Identificar e documentar lesões forenses;
- Encaminhar e orientar a vítima de violência interpessoal para apoio psicológico, social e jurídico.

Numa entrevista realizada pela Enfermagem Revista, nº 01 – Agosto de 2012, com as enfermeiras Rita de Cássia Silva e Karen Beatriz Silva, dizem com relação ao trabalho preventivo que, a educação será sempre a maior arma contra a violência. Qualquer enfermeiro forense também está apto a realizar trabalho preventivo, educando crianças e adolescentes nas escolas, em instituições religiosas ou centros comunitários quanto a assuntos relacionados a violência física, emocional, moral e sexual. Nesse caso, o trabalho também consiste na detecção de possíveis vítimas. A ciência da Enfermagem Forense combina abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação. O enfermeiro está numa posição única para identificar, avaliar e cuidar das vítimas e para fomentar a preservação, recolha e documentação de vestígios com relevância médico-legal. Desta forma, torna-se imperioso dotar os estudantes de enfermagem, na qualidade de futuros enfermeiros, de conhecimento sobre princípios das ciências forenses, de modo a promover a sua aplicação na prática clínica de enfermagem, assegurando o respeito pelos direitos das vítimas e contribuindo para a aplicação da justiça. (SILVA; SILVA, 2012).

Klinger (2005), descreve os campos de atuação dos profissionais Enfermeiros, em:

- Institucional oficial (Institutos de criminalística – ICs): realizando perícias criminais genéricas ou específicas;
- Institucional (hospitais públicos e privados): realizando as perícias técnicas;
- Institucional oficial sistêmico (COFEN/CORENs): realizando perícias ético-processuais;
- Autônomo (escritórios, consultorias e assessorias): realizando tanto as perícias técnicas como as ético-processuais.

Gomes (2014), dimensiona as competências que devem fazer parte da prática da Enfermagem Forense:

- Avaliação, diagnóstico, planejamento de respostas, implementação e avaliação científica das intervenções após ocorrer uma lesão;
- Investigação baseada na evidência e intervenção forense;
- Identificação da lesão intencional ou não intencional que sofreu o morto;
- Recolha e análise do material probatório;
- Preservação e recolha de vestígios forenses;
- Entrevista forense com o objetivo de realização de um diagnóstico e respectivo tratamento;
- Avaliação do local do crime e trauma, com orientação adequada para o enfermeiro forense;
- Identificação, recolha, organização, análise e divulgação de dados forenses relevantes, objetivos e resultados;
- Prestar testemunho, na qualidade de perito, quando solicitado pelo sistema judicial;
- Análise dos resultados e influência judicial, na legislação que regulamenta a prática da Enfermagem Forense e a qualidade dos cuidados prestados;
- Desenvolvimento e implementação de processos eticamente sólidos, com relevância cultural e baseada na evidência, dentro do cenário da Enfermagem Forense e do sistema judicial;
- Utilização de processos de avaliação formativa em Enfermagem Forense;
- Criação e implementação no sistema de Enfermagem Forense de objetivos que possam avaliar os resultados no que diz respeito à qualidade dos cuidados;

- Providenciar segurança à vítima, nos casos relacionados com violência, crime, vitimização, abuso e exploração;
- Providenciar segurança às vítimas que requerem cuidados de Enfermagem Psiquiátrica;
- Administração, organização e gestão da Enfermagem Forense;
- Administração, organização e coordenação do papel da Enfermagem Forense em programas, sistemas e ambientes onde exista a prática dos enfermeiros forenses;
- Participação e influência em sistemas internos e externos, em que a regulamentação profissional e social da prática de Enfermagem Forense tenha impacto na saúde pública e na segurança;
- Desenvolvimento e apoio à política local, regional e global da saúde pública, no que se refere à abordagem das lesões e à sua prevenção;
- Promoção e responsabilidade para com os paradigmas éticos, dentro da Enfermagem Forense;
- Desenvolvimento e implementação de programas profissionais de educação na comunidade e que confira interesse para os enfermeiros forenses, que abordam a prevenção e as intervenções em cuidados de saúde primários, secundários e terciários;
- Desenvolvimento e promoção da colaboração Inter profissional entre o enfermeiro forense e os outros profissionais em todas as funções e ambientes da sua prática;
- Desenvolvimento e implementação de sistema relevante para a Enfermagem Forense, incluindo desenvolvimento de sistemas de cuidados para vítimas, familiares e comunidade envolvidos em situações de violência;
- Desenvolvimento de estratégias de qualidade de cuidados de Enfermagem Forense, através da prática baseada na evidência e prevenção de lesões intencionais ou não intencionais;
- Desenvolvimento, análise e implementação de políticas de saúde, relevantes para os enfermeiros forenses e para as vítimas forenses;
- Colaboração com outros profissionais de saúde, para melhoria dos cuidados e para definição de estratégias e objetivos para a diminuição do risco de violência, para a vítima, família e comunidade;
- Qualidade de formação nas várias disciplinas que dizem respeito à prática da Enfermagem Forense.

São várias as competências do enfermeiro forense, por isso Virginia Lynch elaborou o seguinte diagrama em que está envolvido educação, assistência de enfermagem e a justiça, apresentado na figura 1.1.



Figura 1.1 – Modelo de prática integrada (LYNCH, 2006)

Este organograma representa de maneira sintetizada todo o envolvimento e até onde lhe cabe as competências da Enfermagem Forense, mesmo elaborada na década de 90 pode-se concluir que veio enquadrar-se na necessidade que a população vulnerável, mesmo em tempos atuais, clama no silêncio da impunidade das políticas públicas.

Gomes (2014), também resumiu as intervenções da Enfermagem Forense segundo a seguinte mnemónica:

- A: avaliação para defender a vítima;
- B: ligações com as agências de fora (polícia);
- C: cadeia de custódia – conhecer os métodos de recolha de vestígios, estabelecer a continuidade e a disposição de posse desses vestígios. Manter a confidencialidade;
- D: documentação de dados (incluindo diagramas e fotos);
- E: evidências físicas e eventuais;
- F: familiares – manter os familiares informados;
- G: testemunhar em tribunal;
- H: hospital (ou outras instituições) – respeitar as políticas adotadas;
- I: índice de suspeita – estar alerta para os sinais e sintomas de abuso de crianças e idosos, bem como violência doméstica.

2.4 O mapa da violência do estado de roraima

Segundo pesquisa realizada pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Roraima registrou a maior taxa de mulheres assassinadas da região Norte, com uma variação de 228,6%, entre os anos de 2004 e 2014, conforme dados do Atlas da Violência (IPEA, 2015) divulgado neste ano de 2016. Apesar do alto número na taxa de feminicídio, o Estado registrou o terceiro menor crescimento na taxa de homicídios em geral por 100 mil habitantes durante o mesmo período.

Durante o período estudado, 18 estados apresentaram taxa de mortalidade por homicídio de mulheres acima da média nacional. O estudo revelou ainda que o assassinato de mulheres durante este período demonstra a dificuldade de implementação das políticas públicas para solucionar o problema, como a Lei Maria da Penha institucionalizada em 2006 que não surtiu efeito.

Segundo dados do mesmo Instituto (IPEA, 2015), subiu de 83 para 159 o número de homicídios no Estado de Roraima em dez anos, com uma variação de 91,6%, e desses, 57 foram de jovens dos 15 aos 29 anos com crescimentos de 32,6%.

O Atlas da Violência (IPEA, 2015) revelou também a taxa de homicídios nas 20 microrregiões mais violentas do país, entre elas Caracaraí (RR), com taxa de 72%, ocupa quinto lugar no ranking de violência doméstica em dez anos. Homicídio de mulheres cresce 500% em Roraima e lidera casos de estupro no país e registra num período de seis meses 80 casos de estupros de menores.

IPEA (2016) realizou um estudo no período de 2011 a 2013 com titulação Mortalidade de Mulheres por Agressões no Brasil: perfil e estimativas corrigidas, no qual chegou em mais uma estatística que confirma o fator violência como preocupação, como já foi definido, uma questão de todos. O estudo teve como objetivo estimar as taxas de mortalidade de mulheres por agressões corrigidas e descrever o perfil destes óbitos no Brasil, em suas macrorregiões e Unidades da Federação (UF). Foram utilizados dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). O número de óbitos de mulheres por agressões estima-se que ocorreram 17.581, o que corresponde a uma taxa corrigida de mortalidade anual de 5,87 óbitos por 100 mil mulheres. No triênio ocorrerem, em média, 5.860 mortes de mulheres por causa violenta a cada ano, 488 a cada mês, 16,06 a cada dia, ou uma a cada hora e trinta minutos. A confirmação desse estudo atinge mulheres de todas as faixas etárias, etnias e níveis de escolaridade. As principais vítimas foram mulheres adolescentes e jovens (45% na faixa etária de 10 a 29 anos), negras (64%) e residentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. O perfil dos óbitos, com elevada ocorrência nos domicílios (28,1%) e em finais de semana (35,7%), sugere relação de situações de violência doméstica e familiar contra a mulher.

2.5 Capacitação específica para os profissionais de enfermagem em perícia criminal e agravos

Amparada pela Constituição Federal de 1988, artigo 200, inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde, portanto, as questões da educação na saúde, passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do

sistema. Para observá-lo e efetivá-lo o Ministério da Saúde tem desenvolvido, ao longo do tempo várias estratégias e políticas voltadas para adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde, às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS. (PNEPS/MS, 2009).

Na proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização dos serviços e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. “As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (Jaeger e Ceccim, 2004). (PNEPS/MS, 2009).

Estudos tem comprovado a falta de capacitação dos profissionais da saúde e de atenção das políticas públicas, na sua prática, em relação aos acidentes e violências em todos os setores e até mesmo o descaso da justiça na proteção e resolução desses agravos, e isso reforça a necessidade da implementação de cursos específicos, fortalecendo e acrescentando aos cuidados que a Enfermagem tem para oferecer e contribuir para o trabalho da Justiça.

Em uma análise realizada por Minayo e Deslandes (2009) sobre a implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências no subtítulo sobre a formação específica dos profissionais de saúde e para que se realize a plena implementação da PNRMAV, é necessário investimentos contínuo em formação dos profissionais. Observou também neste estudo, que poucas unidades básicas tinham sido contempladas, por não atenderem à demanda proveniente dos acidentes e violências, os gestores incisivamente solicitaram treinamento e formação para os profissionais que atuam ou deveriam atuar nesse nível. Ponto considerado fundamental ressaltado por eles, onde a preparação dos profissionais está fortemente amparada nas sugestões da Organização Mundial da Saúde, em seu documento sobre violência e saúde.

Um outro ponto observado foi que, nos hospitais, a capacitação para o atendimento e o adequado registro das causas externas são processos muito dispersos, uma grande resistência dos gestores para liberação de seu pessoal, no qual implicaria numa queda de produtividade do montante de atendimento. (MINAYO; DESLANDES, 2009).

3 | METODOLOGIA

Para Gil (1999), a pesquisa tem um caráter pragmático, é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental

da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”.

Segundo a abordagem, a pesquisa será do tipo qualitativa, que conforme Minayo (2010) relata:

A pesquisa qualitativa, responde questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes. (MINAYO, 2010).

Quanto aos objetivos a pesquisa será do tipo exploratória, conforme Gil (2010):

As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. (GIL, 2010).

Todos os levantamentos de dados foram feitos de modo amplo e flexível, pois o modo exploratório exige uma parcela de familiaridade com o problema, como se fizesse parte do cotidiano humano e além do acervo e artigos publicados, foram coletados dados estatísticos na Secretaria de Segurança Pública do Estado de Roraima, em 10 de maio de 2016, através de um requerimento encaminhado ao Secretário de Segurança Pública - SESP/RR, para fortalecer a proposta desta pesquisa.

Foram coletados dados estatísticos dos últimos cinco anos (2011, 2012, 2013, 2014 e 2015) dos boletins de ocorrências (BO) registrados nas delegacias do Estado de Roraima, em que foram selecionados: 1) Estupro de vulnerável; 2) Tentativa de estupro; 3) Ameaça; 4) Lesão corporal; 5) Maus tratos; 6) Homicídio e 7) Tentativa de homicídio. Do ponto de vista do delineamento da pesquisa, é classificada como documental e como Gil (2008) caracteriza:

As fontes documentais são capazes de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficiente para evitar a perda de tempo e o constrangimento que caracterizam muitas das pesquisas em que os dados são obtidos diretamente das pessoas. Sem contar que em muitos casos só se torna possível realizar uma investigação social por meio de documentos. (GIL, 2008).

4 | APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nos Boletins de ocorrência (BO) cedidos pela Secretaria de Estado da Segurança Pública do Estado de Roraima (SESP-RR) no Setor de Estatística e Análise Criminal – SEAC, foram registrados nesses anos de 2011 até Maio de 2015, um total de 4.463 boletins de ocorrências nas seguintes intercorrências: 1) Estupro

de Vulnerável com total de 915; 2) Tentativa de Estupro com total de 138; 3) Ameaça com total de 1.201; 4) Lesão Corporal com total de 1.515; 5) Maus Tratos com total de 618; 6) Homicídio com total de 22 e 7) Tentativa de Homicídio com um total de 54. Nos gráficos a seguir serão comentados cada um.

4.1 Estupro de vulnerável

Atualmente, o conceito de estupro é: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”, conforme tipifica o art. 213 da Lei 12.015/2009 do Código Penal vigente. (NUCCI, 2009). Os dados referentes ao estupro de vulnerável, nos últimos cinco anos (2011 a 2015), 58,36% prevaleceu a faixa etária de 12 a 17 anos como os mais violentados sexualmente, não desconsiderando o quantitativo de crianças com 41,64% dentro da faixa etária de 0 a 11 anos ocorridos no ambiente intrafamiliar, conforme apresentado na figura 1.2.

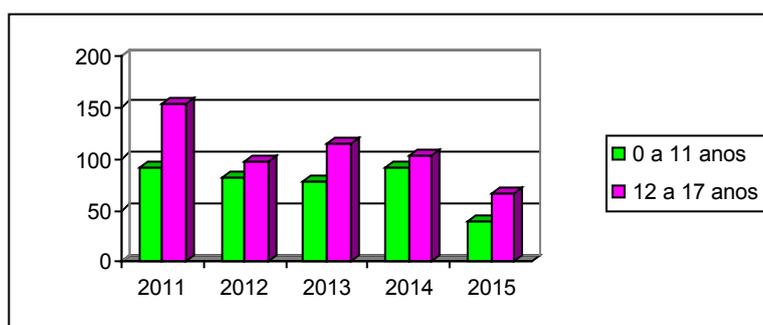


Figura 1.2 – Dados referentes a Estupro de Vulnerável.

Fonte: Boletim de Ocorrência – NPCA - capital e interior (SEAC, Maio/2015).

4.2 Tentativa de estupro

Nos números que se refere a tentativa de estupro, ato também conhecido como Assédio Sexual (Art. 216-A), diz que: Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício do emprego, cargo ou função. Revela-nos nesses anos, que tem prevalecido a faixa etária de 12 a 17 anos com 59,42%, índices elevados desses Boletins de Ocorrências (BO) com relação a 40,58% da outra faixa etária (0 a 11 anos), com exceção do ano 2014 no qual se destacou a faixa etária de 0 a 11 anos com 60%, conforme apresentado na figura 1.3.

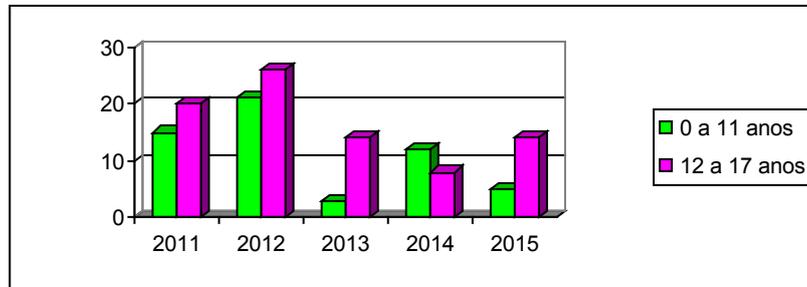


Figura 1.3 – Dados referentes a Tentativa de Estupro.

Fonte: Boletim de Ocorrência – NPCA - capital e interior (SEAC, Maio/2015).

4.3 Ameaça

O crime de ameaça está garantido no DEC. Lei 2.848 de 07 de Dezembro de 1940, Art. 147 do Código Penal – “Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave”. Os resultados são alarmantes com relação a ocorrência de ameaças em todos os anos coletados, com 82,68% um alto índice da faixa etária de 12 a 17 anos, enquanto 17,32% representa a faixa etária de 0 a 11 anos, conforme apresentado na figura 1.4.

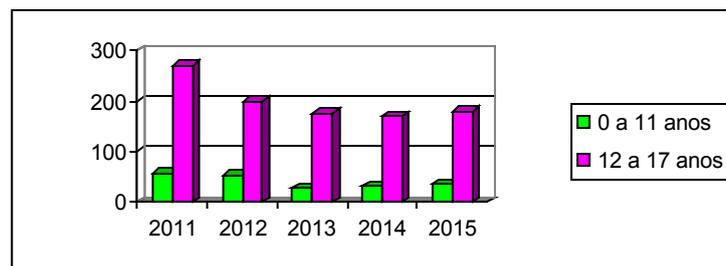


Figura 1.4 – Dados referentes a Ameaças.

Fonte: Boletim de Ocorrência – NPCA - capital e interior (SEAC, Maio/2015).

4.4 Lesão corporal

Lesão corporal é uma ocorrência importante na identificação dos acidentes e violências. Sinal aparente ou testemunhal (corpo de delito), onde os números coletados representa que a faixa etária de 12 a 17 anos prevaleceu grandemente com 76,50% em relação a 23,50% que foram os de 0 a 11 anos em todo o período coletado, conforme apresentado na figura 1.5.

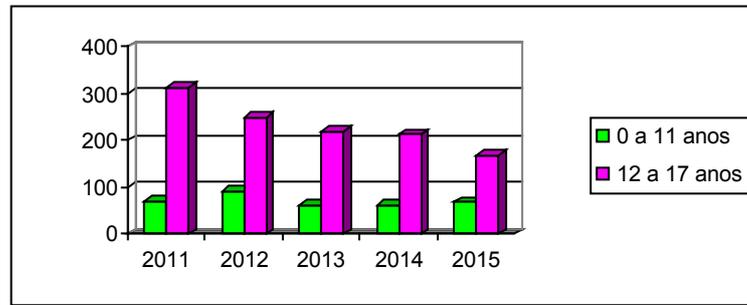


Figura 1.5 – Dados referentes a Lesão Corporal.

Fonte: Boletim de Ocorrência – NPCA - capital e interior (SEAC, Maio/2015).

4.5 Maus tratos

Segundo rege a Lei nº 8.069, de 13/07/1990 do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), Art. 4º “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”. Em caso de delito o Art. 136 do Código Penal, esclarece: “Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina”.

Os dados coletados nesses anos em estudo prevaleceu a faixa etária de 0 a 11 anos com 82,04%, em relação a faixa etária de 12 a 17 anos com 17,96%, o que chama a atenção a discrepância com as intercorrências estudadas, mais um fator para um futuro violento, apresentadas conforme apresentado na figura 1.6.

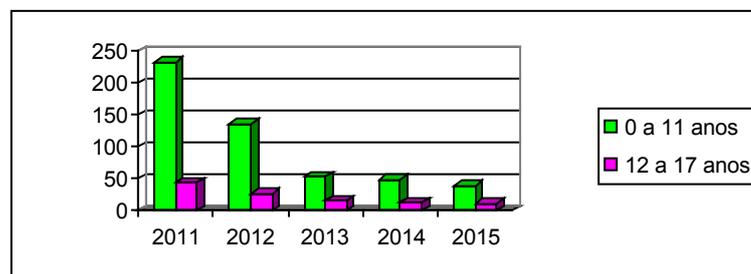


Figura 1.6 – Dados referentes a Maus Tratos.

Fonte: Boletim de Ocorrência – NPCA - capital e interior (SEAC, Maio/2015).

4.6 Homicídio

Homicídio é a morte voluntária ou involuntária de alguém realizada por outrem, segundo Croce (2007). Os dados levantados sobre esta ocorrência destacam que, entre os anos de 2011 a 2014 a prevalência desses homicídios está na faixa etária de

12 a 17 anos com 68,18% e nos meses estudados até maio de 2015 os homicídios notificados chegam a 100% das idades de 0 a 11 anos, enquanto a mesma idade (0 a 11 anos) apresentou 31,82% nos anos anteriores a 2015, conforme apresentado na figura 1.7.

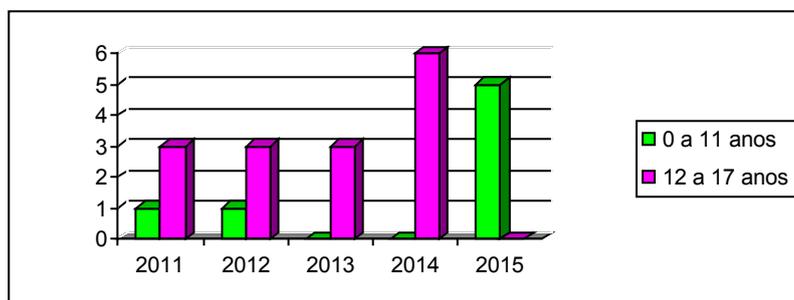


Figura 1.7 – Dados referentes a Homicídios.

Fonte: Boletim de Ocorrência – NPCA - capital e interior (SEAC, Maio/2015).

4.7 Tentativa De Homicídio

Também denominado Lesão Corporal Grave ou Homicídio Tentado no Código Penal, Art. 121 com Art. 14, II, “aquele que se pretendeu praticar, mas dos atos do agente não resultou a morte da pretendida vítima”. Na tentativa de homicídio, também se destaca a faixa etária de 12 a 17 anos com 92%, em comparação a faixa etária de 0 a 11 anos com 8%, conforme apresentado na figura 1.8.

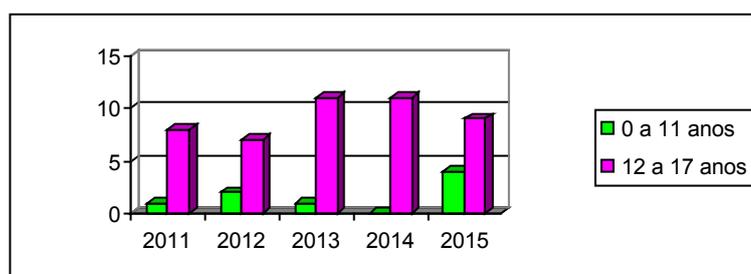


Figura 1.8 – Dados referentes Tentativa de Homicídios.

Fonte: Boletim de Ocorrência – NPCA - capital e interior (SEAC, Maio/2015).

Estes dados vem confirmar os altos índices de acidentes e violências intrafamiliar de jovens no Estado de Roraima, dentro da faixa etária de 0 a 17 anos classificada como vulnerável, principalmente a clientela que estão entre 12 a 17 anos como os mais atingidos nestes tipos de violências, onde no qual, estes ainda estão sobre os cuidados de seus tutores. Vale ressaltar que o Estado tem pouco mais de 500 mil habitantes e sua população jovem não chega a 100 mil (IBGE, 2015), onde é considerado um bom lugar para se viver e que as políticas públicas

funcionam em sua totalidade (educação, saúde, segurança, etc.), mas podemos observar que existe uma parte da população que está desprotegida e merece a atenção e o esforço de toda sociedade assim como das equipes multiprofissionais para o combate desses crimes, daqueles que irão nos representar nas mais diversas áreas num futuro próximo.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem Forense tem um papel associado às vítimas de violências e aos seus familiares, em programas de saúde e na organização de programas “antiviolença” e saúde emocional em escolas e noutros centros educativos, assim como, em programas especiais com a finalidade de minimizar os efeitos da violência intradoméstica, nas comunidades, e/ou nos detidos que esperam julgamento. (GOMES, 2014)

Este estudo bibliográfico vem mostrar o quão é necessário que a Enfermagem Forense atue no combate e controle dos acidentes e violências intrafamiliar no Estado de Roraima, em parceria com a equipe multiprofissional, na prevenção, identificação, avaliação, colheita de vestígios e promoção do cuidado de uma vítima de violência.

Apesar de todos os direitos e deveres garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescentes (ECA), das políticas e programas construídos para o enfrentamento dos acidentes e violências dentro da comunidade, se observa um descaso diante dos prevalentes perante todos os setores envolvidos direto e indiretamente nesses agravos, tanto que Roraima enfrenta o maior índice de agravos da violência intrafamiliar notificados e divulgados em mídia desde então, conforme levantamento de dados e apresentado em anexo.

A bagagem que a Enfermagem Forense tem na assistência e cuidado do paciente, faz com que as políticas públicas abram os olhos para sua capacidade e a grande contribuição no combate a esses crimes diante da Justiça, por isso ela precisa ser incluída nos currículos de graduação dos cursos da área da saúde, nas formações continuadas e áreas afins. Só encurralando a violência podemos enfim, ajudar na construção da definição que há tempo, vários autores e/ou pensadores, têm-se tentado desvendar como FREUD, que em certa obra diz: “*ser cruel é uma das maneiras mais legítimas de tornar-se humano.*” (GAUER, 2002). E na minha contribuição para um mundo melhor o termo violência não está incluído.

Podemos também contribuir para a aplicação das Leis, essas que são elaboradas para proteger o cidadão e se fazer cumpri-la, não como diz Gauer, 2002: “*A justiça se ausenta frente à liberdade dos que não tem escolha, dos que não são*

defendidos pelos mecanismos que deveriam evitar os abusos”, e fala também que aqui no Brasil “a lei é para todos, porém os rigores da lei para os meus inimigos e suas graças para os meus amigos”.

Baseado nesse quadro é que a Enfermagem Forense entra como veículo de contribuição para a promoção, prevenção e recuperação desses acidentes e violências ocorridas no meio intrafamiliar, onde a equipe de saúde atua na Atenção Básica e tem acesso, por meio desta, para atuar como investigador, perito e cuidador, mediante as visitas domiciliares.

Com tudo isso, podemos fortalecer e valorizar o exercício da profissão da Enfermagem Forense com formação e competência de relevância médico-legal, conhecendo o sistema legal e o processo de vitimados com implementação de protocolos de Enfermagem Forense em urgências hospitalares e em outros setores necessários e em muito contribuiria para a boa administração da Justiça e ajudaria à construção de uma nova mentalidade e intervenção social adequada. (GOMES, 2014).

A Enfermagem tem a carinhosa missão do cuidar, com acesso livre na Atenção Básica, na unidade pré-hospitalar e hospitalar e em outros setores da saúde e da comunidade. A Enfermagem Forense em parceria com a equipe multidisciplinar, podem atuarem, com conhecimento e profissionalismo em todos os locais. Somos capacitados para a promoção, prevenção e reabilitação dessas vítimas de violência contribuindo com a identificação, notificação e encaminhamento desses agravos, aos órgãos competentes, aqui também no Estado de Roraima e com isso, levar mais informação, assistência e segurança para essas famílias.

REFERÊNCIAS

BATISTA, B. C. B.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado.** Saúde soc. v. 20, n. 4, pág. 884-889, Oct/Dec. 2011. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007.pdf>> Acesso em: 06 de Abril de 2016.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n^{os} 1/92 a 53/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n^{os} 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições técnicas, 2007.

CROCE, D.; JÚNIOR, D. C. **Manual de Medicina Legal.** 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DESLANDES, S.; MENDES, C. H. F.; PINTO, L. W. **Proposição de um índice do enfrentamento governamental à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 31, n. 8, p. 1709-1720, Agosto. 2015. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00086714.pdf>> Acesso em 24 de Fevereiro de 2016.

FACURI, C. O. et al. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 29, n. 5, p. 889-898, Maio. 2013. <Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20130005&lng=pt&nrm=iso.pdf> Acesso em: 23 de Fevereiro de 2016.

FRANÇA, G. V. **Medicina Legal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1995.

FURASTÉ, P. A. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicação das Normas da ABNT**. 15. ed., Porto Alegre. 2011.

GAUER, G. J. C.; GAUER, R. M. C. (Org.). *A Fenomenologia da Violência*. 1. ed. 2. tir. Curitiba: Juruá, 2002. 192 p.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. **Enfermagem Forense**. v. 1. Lisboa: Lidel. 2014.

JUSBRASIL. **Art. 147 do Código Penal – Decreto Lei 2848/40**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10621647/artigo-147-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>>. Acesso em: 10 de Agosto de 2016.

LESSA, A. **Violência e impunidade em pauta: problemas e perspectivas sob a ótica da antropologia forense no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 14, n. 5, pág. 1855-1863, Rio de Janeiro, Nov/Dez. 2009. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500027>.pdf> Acesso em: 23 de Fevereiro de 2016.

LIBÓRIO, R. P. G. *Práticas de enfermagem forense: conhecimentos em estudantes de enfermagem*. Maio de 2012. 89. Dissertação de Mestrado. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, Maio. 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. Atlas, São Paulo. 2003.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 14, n. 5, p. 1641-1649, Dez. 2009. <Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/38031083>.pdf> Acesso em 26 de Fevereiro de 2016.

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G. **Violência Intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública**. *O Social em Questão – Ano XV*, n. 28, p.13-26, 2012. <Disponível em: <http://www.osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>.> Acesso em 20 de Agosto de 2016.

NEGRÃO, T.; GOUVÊA, J. R. F. **Código Civil e legislação civil em vigor**. 24. ed. Saraiva, São Paulo. 2005.

NERY, T. P. A. B. et al. **Possibilidades de uma enfermagem forense em hospital de urgência**. *R. Interd.* v. 7, n. 3, p. 61-70, Jul/Ago. 2014. <Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/245>.pdf> Acesso em: 20 de Agosto de 2015.

NUCCI, G. S. **Crimes contra a dignidade sexual: comentários à Lei 12.015, de 7 de agosto de 2009**. ed. Revista dos Tribunais, São Paulo. 2009.

O JORNAL DE CARUARU VANGUARDA. **Maltratados ou Maus-tratos?** Caruaru – PE, XXXX. Disponível em: <http://www.jornalvanguarda.com.br/v2/?pagina=colunas&id=2&id_not=2848> Acesso em: 10 de Agosto de 2016.

ROCHA, W. B. et al. **Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal**. Rev. bioét. (impr.). v. 23, n. 2, pág. 387-399, Jun. 2015. <Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/53.pdf> Acesso em: 10 de Janeiro 2016.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: UFCS, 2001. <Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.pdf>> Acesso em: 28 de Março de 2016.

SILVA, K. B.; SILVA, R. C. **Enfermagem Forense: uma especialidade a conhecer**. Cogitare Enferm. v. 14, n. 3, p. 564-568, Jul/Set. 2009. <Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/issue/view/938.pdf>> Acesso em: 20 de Agosto de 2015.

SILVA, R. C.; SILVA, K. B. *Enfermagem Forense: possibilidades para a profissão*. Depoiment. [Agosto, 2012] Coren-SP: Enfermagem Revista. Entrevista concedida a Rita de Cássia Silva e Karen Beatriz Silva.

VILAÇA, M. L. C. **Pesquisa e ensino: considerações e reflexões**. e-escrita Revista do Curso de Letras da UNIABEU. Nilópolis, v. 1, Número 2, pág. 64-65, Mai – Ago. 2010. <Disponível em: <http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RE/issue/view/3.pdf>> Acesso em: 13 de Março de 2016.

O QUE É VIOLÊNCIA. [online] Disponível na Internet via <http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/tipos-de-violencias.html>. Capturado em 02 de Agosto de 2016.

O QUE É VIOLÊNCIA. [online] Disponível na Internet via <http://www.significados.com.br/violencia/html>. Capturado em 02 de Agosto de 2016.

ABORDAGEM SOBRE O ALZHEIMER PRECOCE: ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

(EMESCAM)

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/4047808000825482>

Juliana Pelicão Moraes

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória - ES

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

Luisa Schilmann Frisso

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória - ES

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

Pedro Enrico Cyprestes Sant'Anna

Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/7067370987094601>

Caroline Werneck Felipe

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/7523572139752501>

Manuela Schwan Justo de Carvalho

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Eduarda Teixeira Lorenzoni

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/2520257476743297>

João Pedro Miranda Pesca

Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/8725771105746145>

Mariana Stefenoni Ribeiro

Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória - ES

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

Fabio José Alencar da Silva

Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/0806139452037008>

Rafael Leite Aguiar

Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Loise Cristina Passos Drumond

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

Marcela Souza Lima Paulo

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

RESUMO: Introdução: O Alzheimer é a doença neurodegenerativa com maior prevalência mundial, sendo considerada de início precoce, quando os primeiros sintomas surgem em indivíduos com idade inferior ou igual a 60 anos. Observa-se que o Alzheimer precoce tende a possuir um diagnóstico mais demorado, uma vez que pode ser confundido com outros transtornos mentais, como a depressão. Desse modo, ocorre demora para realizar o tratamento, o que pode contribuir na evolução da doença. **Objetivo:** Compreender as causas do desenvolvimento, diagnóstico e tratamentos do Alzheimer precoce. **Método:** Realizou-se a revisão da literatura nas bases de dados MEDLINE, Scielo e Science Direct, nos quais foram considerados artigos publicados entre 2010 e 2018. Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram obtidos no MeSH e no DeCS. Inicialmente, 48 artigos foram identificados e, após os critérios de inclusão e exclusão, 29 artigos foram selecionados. **Resultados:** Observou-se que o Alzheimer precoce é causado majoritariamente por fatores genéticos, sendo 10% causado por herança dominante. Devido a esse padrão, cerca de 35% a 60% das pessoas portadoras apresentam pelo menos um parente de primeiro grau também afetado. Foram identificados quatro genes associados ao Alzheimer, em que mutações em três desses genes, que codificam a proteína precursora de β -amiloide (APP β), a presenilina 1 e 2, levam ao tipo autossômico dominante da doença. **Conclusão:** Concluiu-se que o Alzheimer precoce é majoritariamente uma doença genética com uma hereditariedade entre 92% a 100%. Nesse contexto, a descoberta precoce da doença garante uma melhor expectativa de vida ao paciente. O diagnóstico dessa patologia pode ser realizado a partir de entrevistas, acompanhamento do histórico dos sintomas, testes neuropsiquiátricos e emprego de biomarcadores que identificam o peptídeo β -amiloide e a proteína tau. Portanto, é fundamental a existência de uma equipe multidisciplinar circundando o paciente, além de alguns fármacos específicos para o tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Alzheimer. Secretases da Proteína Precursora do

EARLY-ONSET ALZHEIMER'S APPROACH: ETIOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT

ABSTRACT: Introduction: Alzheimer's is the most prevalent neurodegenerative disease in the world, being considered early onset when the first symptoms appear in individuals under or equal to 60 years old. It's observed that early-onset Alzheimer's tends to have a longer diagnosis, since it can be confused with other mental disorders, like depression. Thus, it takes time to perform treatment, which can contribute to the evolution of the disease. **Objective:** To understand the causes, diagnosis, and treatments of early-onset Alzheimer's. **Methods:** The literature review was performed in the databases of MEDLINE, Scielo and Science Direct, and were considered articles published between 2010 and 2018. The descriptors used for the search of the articles were obtained in MeSH and DeCS. Initially, 48 articles were identified and, after the inclusion and exclusion criteria, 29 articles were selected. **Results:** It was observed that early-onset Alzheimer's is caused mostly by genetic factors, being 10% caused by dominant heritage. Due to such pattern, 35% to 60% of people affected by the disease presented at least one first degree relative affected as well. It were identified four genes associated to Alzheimer's, where mutations in three of these genes, which code the precursor protein of β -amyloid, the presenilin 1 and 2, take to autosomal dominant type of the disease. **Conclusion:** It's concluded that early-onset Alzheimer's is mostly a genetic disease with an inheritance between 92% and 100%. In this context, the early discovery of the disease ensures a better life expectancy for the patient. The diagnosis of this pathology can be made from interviews, follow-up of the history of symptoms, neuropsychiatric tests and use of biomarkers that identify the peptide β -amyloid and the Tau protein. Therefore, it is essential to have a multidisciplinary team surrounding the patient, in addition to some specific drugs for treatment.

KEYWORDS: Alzheimer's Disease. Amyloid Precursor Protein Secretases. Dementia. Tau Proteins. Amyloid beta-Peptides.

1 | INTRODUÇÃO

O Alzheimer é a doença neurodegenerativa com maior prevalência mundial, sendo considerada de início precoce, quando os primeiros sintomas surgem em indivíduos com idade inferior ou igual a 60 anos (WINGO et al, 2012). Estudos relatam que portadores do Alzheimer precoce são mais conscientes sobre a presença da doença e de seus sintomas, quando comparados aos que tiveram o desenvolvimento do Alzheimer tardio. Cientes de sua patologia, os pacientes são,

em sua maioria, portadores de um intenso pessimismo, baixa autoestima, depressão e ideação suicida (BAPTISTA et al, 2017).

O mal de Alzheimer, originalmente, fazia referência a uma desordem cerebral de início precoce e não incluía pacientes com demência senil. De fato, a primeira paciente diagnosticada com essa neuropatologia, Auguste Deter, desenvolveu os primeiros sintomas antes dos 50 anos e foi diagnosticada pelo médico Alois Alzheimer em 1906. Os sintomas eram perda de memória, confusão mental, problemas de linguagem e comportamento imprevisível e, muitas vezes, agressivo. Em uma autópsia, foi notória a presença daquilo que é conhecido hoje como marcadores neuropatológicos característicos da doença de Alzheimer, que são a presença de placas neuríticas extracelulares de β -amiloide e emaranhados neurofibrilares intracelulares da proteína tau fosforilada (MENDEZ, 2017).

Existem evidências de que o Alzheimer de início precoce possui diversas características que o diferem do Alzheimer prevalente em pacientes idosos. Estudos clínicos e de neuroimagem sugerem que as regiões neocorticais e suas funções são atingidas inicialmente no Alzheimer precoce. Já no Alzheimer senil, as regiões mais atingidas são as relacionadas à memória e às áreas médio-temporais. Essas diferenças podem explicar, em parte, as características clínicas atípicas dos pacientes mais jovens, as dificuldades de diagnóstico e os problemas específicos relacionados aos cuidados médicos dessa faixa etária (AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ, 2015).

Ademais, observa-se que o Alzheimer de início precoce tende a possuir um diagnóstico mais demorado, uma vez que pode ser confundido com outros transtornos mentais, como a depressão. Por consequência, ocorre demora para realizar o tratamento, o que pode contribuir para uma maior evolução da doença. Dessa maneira, é fundamental o debate sobre os aspectos para diagnosticar o Alzheimer precoce, bem como as formas de realizar o seu tratamento, visto que essa doença causa grandes alterações na vida da família e, sobretudo, do paciente (TRUZZI; LAKS, 2005). Diante disso, o objetivo deste estudo é compreender as causas do desenvolvimento, diagnóstico e tratamentos do Alzheimer precoce.

2 | MÉTODO

A revisão da literatura foi realizada na base de dados MEDLINE, na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na plataforma *Science Direct* e os artigos foram coletados entre as datas de março a junho de 2018. Os termos utilizados para a seleção foram “Alzheimer Disease”, “Amyloid Precursor Protein Secretases”, “Dementia”, “Tau Proteins”, “Amyloid beta-Peptides”, definidos pelo Medical Subject Heading (MESH) e pelo Descritores em Ciências da Saúde

(DeCS). Os critérios de inclusão para os textos foram a data de publicação entre 2010 e 2018, idioma (português e inglês) e assunto semelhante aos objetivos da revisão. Os critérios de exclusão foram artigos que relacionavam o Alzheimer a influências ou a substâncias externas e artigos com fator de impacto menor que 2. Inicialmente, 48 artigos foram identificados e, após os critérios de inclusão e exclusão, 29 artigos foram selecionados para compor esta revisão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Genes e proteínas associados à suscetibilidade herdada à doença de Alzheimer

Estudos realizados conseguiram identificar genes que estão associados a um maior risco de desenvolvimento da Doença de Alzheimer (DA), dentre eles tem-se a Proteína Precursora de Amilóide (APP), presenilina 1 (PS1) e presenilina 2 (PS2). Entretanto, após essas descobertas ocorreu uma certa estagnação em relação às novas descobertas genéticas relacionadas a DA. Apenas 5% dos pacientes com a doença de início precoce carregam a mutação em algum dos genes da DA ou o alelo de risco E4 da APOE. Dessa maneira, a grande maioria dos casos permanecem carentes de informação. (CACACE; SLEEGERS; VAN BROECKHOVEN, 2016).

Em contraposição ao Alzheimer Tardio que possui uma complexa heterogeneidade etiológica e uma hereditariedade de 70% a 80%, o Alzheimer precoce é quase totalmente uma doença genética com uma hereditariedade beirando entre 92% a 100%. (WINGO et al., 2012; GATZ et al., 2006)

Embora a maioria dos casos de DA não tenha causas advindas de genes isolados, cerca de 10% apresenta padrão de herança autossômica dominante, ou seja, o risco de desenvolvimento da doença duplica em situações em que um parente de primeiro grau seja afetado pela doença. Entre 35% a 60% dos pacientes com DA de início precoce (DAIP) têm pelo menos um parente de primeiro grau afetado pela doença. (JARMOWICZ; CHEN; PANEGYRES, 2015; VAN DUIJN et al., 1994; CAMPION et al., 1999). Sendo assim, na DAIP, a probabilidade de hereditariedade da forma autossômica dominante é muito maior. (JORDE; CAREY; BAMSHAD, 2017)

Entre 7% e 10% dos pacientes portadores da DA apresentam uma forma monogênica altamente penetrante herdada de forma autossômica dominante. Nesse contexto, no final do século XX, foram identificados quatro genes associados à DA, em que mutações em três desses genes – que codificam a proteína precursora de β -amilóide (APP β), a presenilina 1 (PS1) e 2 (PS2) - levam ao tipo autossômico dominante da doença. O outro gene, denominado APOE, responsável por codificar

a apolipoproteína E (apoE), aumenta modestamente a suscetibilidade à DA não familiar, com o seu alelo E4, e influencia a idade de início em algumas formas monogênicas. (NUSSBAUM; MCLNNESS; WILLARD, 2016)

As mutações nos três genes que afetam a deposição da proteína β -amiloide são conhecidas por causarem cerca de metade dos casos de início precoce. Os genes da presenilina 1 (PS1) e da presenilina 2 (PS2) são semelhantes entre si e seus produtos proteicos estão envolvidos na clivagem da proteína precursora β -amiloide (APP) pela enzima γ -secretase. Nesse sentido, a mutação nesses genes afetam a clivagem de APP de forma que ocorre o acúmulo excessivo de amiloide e o seu depósito no cérebro. E, ainda, mutações em PS1 resultam, tipicamente, em manifestações de início precoce da doença. (JORDE; CAREY; BAMSHAD, 2017) Os genes e as proteínas associados à suscetibilidade herdada à doença de Alzheimer serão mais discutidas no quadro 1.

Gene	Herança	Proteína	Função na DAF	Papel normal
PSEN1	AD	Presenilina 1 (PS1): proteína de domínio que atravessa a membrana encontrada em todos os tipos celulares, tanto dentro, quanto fora do cérebro	Desconhecida, mas é necessária para clivagem da APP beta pela gama secretase.	Pode participar na clivagem anormal na posição 42 as APP-beta e suas proteínas derivadas. Mais de 100 mutações identificadas na doença de Alzheimer
PSEN2	AD	Presenilina 2 (PS2): estrutura semelhante a PS1, expressão máxima fora do cérebro	Desconhecida, provavelmente semelhante a PS1	Pelo menos cinco mutações missense identificadas
APP	AD	Proteína precursora do amiloide (APP beta): uma proteína transmembrana intracelular. Normalmente a APP beta é clivada de forma endoproteolítica dentro do domínio transmembrana, de modo que pouco do peptídeo beta-amiloide (A-beta) é formado	Desconhecida	O peptídeo beta-amiloide é o principal componente da placa senis. A produção aumentada de beta-amiloide, especialmente na forma 42, é um evento patogênico chave. Aproximadamente 10 mutações têm sido identificadas na DAF.
APOE		Apolipoproteína E (apoE): uma proteína componente de diversas lipoproteínas do plasma. A proteína apoE é importada para o citoplasma dos neurônios a partir do espaço extracelular.	A função normal em neurônio é desconhecida. Fora do cérebro, a apoE participa no transporte de lipídeos	Um gene de suscetibilidade a doença de Alzheimer. ApoE é um componente das placas senis

Quadro 1: Genes e proteínas associados à suscetibilidade herdada à doença de Alzheimer

Legenda: AD, Autossômica Dominante; DAF, Doença de Alzheimer familiar; NA, não aplicável.

Fonte: dados derivados de St. George-Hyslop PH, Farrer LA: Alzheimer's disease and the frontotemporal dementias: diseases with cerebral deposition of fibrillar proteins. Em Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D, editors: The molecular and metabolic bases of inherited disease, ed 8, New York, 2000, McGraw-Hill; e Martin JB: Molecular basis of the neurodegenerative disorders. N engl Med 340: 1970-1980, 1999. Tabela derivada de: Nussbaum RL, Mclnnes RR, Willard HF. Thompson & Thompson Genética Médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. ISBN 13 9788535266269. (NUSSBAUM; MCLNNESS; WILLARD, 2016)

De acordo com Cruts, Theuns e Van Broeckhoven (2012), de todos os três genes analisados através da base de dados de mutações específicas de locus

para doenças cerebrais neurodegenerativas, o gene PS1 é o mais frequentemente mutado, com 215 mutações em 475 probandos. No gene PS2, 31 mutações foram identificadas, 15 patogênicas em 24 participantes e 16 com natureza patogênica indeterminada.

A idade de início da doença nos apresentadores de uma mutação no gene PS1 foi de 30 a 50 anos, enquanto nos participantes com mutação no gene PS2 a abrangência foi maior, de 40 a 70 anos. (RYAN; ROSSOR, 2010; PILOTTO; PADOVANI; BORRONI, 2013)

Mutações no gene APP, que codifica a própria APP, localizado no cromossomo 21 são responsáveis por um pequeno número de casos de DA de início precoce. Essas mutações rompem os sítios de clivagem normal da secretase na APP, resultando no acúmulo do produto protéico mais longo. (JORDE; CAREY; BAMSHAD, 2017)

Em um coorte de pacientes com DA de início precoce, foi observado que a estimativa de frequência para os três genes foram de menos de 1% para APP, 6% para PS1 e 1% para PS2. (BROUWERS; SLEEGERS; VAN BROECKHOVEN, 2008) Juntos, eles explicam apenas de 5% a 10% dos casos de DA de início precoce (WINGO et al, 2012; BROUWERS; SLEEGERS; VAN BROECKHOVEN, 2008), enquanto, dependendo do estudo, 23% a 88,2% dos pacientes com dominância autossômica permanecem geneticamente inexplicados. (WINGO et al., 2012; JARMOLOWICZ; CHEN; PANEGYRES, 2014; WALLON et al., 2012; BRICKELL et al., 2016; JANSSEN et al., 2003)

Na figura 1, o gráfico em pizza azul-escuro indica a distribuição entre pacientes com DAIP e Doença de Alzheimer de Início Tardio (DAIT); o azul claro indica, dentre os pacientes com DAIP, os que apresentam DAIP esporádico, DAIP familiar ou DAIP autossômico dominante; o alaranjado indica, dentre os DAIP autossômicos dominantes, as parcelas de causas derivadas de PS1, PS2 e APP e uma parcela maior de causas inexplicadas. O gráfico vermelho indica os possíveis mecanismos que podem explicar o DAIP que foram divididos em dois grupos: possíveis alterações genéticas não detectadas devido à diferentes causas (lado direito do gráfico) e possíveis desregulações epigenéticas não detectadas. Em 2018, 25 alunos fizeram parte das reuniões científicas 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 tema de maneira mais aprofundada, proporcionando uma obtenção de conhecimentos e habilidades ao se manipular o paciente com dor.

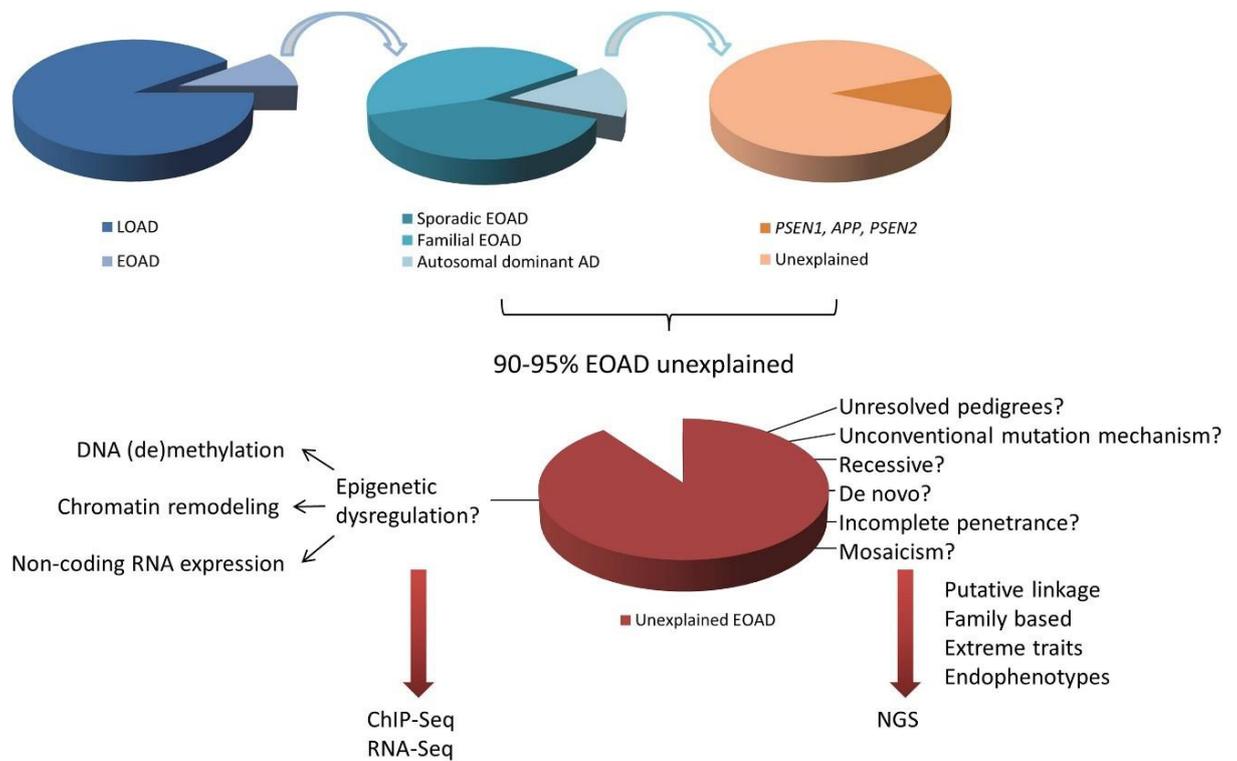


Figura 1: Ausência de etiologia genética da Doença de Alzheimer de Início Precoce (DAIP).

Fonte: Cacace R, Sleegers K, Van Broeckhoven C. Molecular genetics of early-onset Alzheimer's disease revisited. *Alzheimers Dement.* 2016 Jun;12(6):733-48. doi: 10.1016/j.jalz.2016.01.012. Epub 2016 Mar 24. Review. PubMed PMID: 27016693. (CACACE; SLEEGERS; VAN BROECKHOVEN, 2016)

3.2 Patogênese da Doença de Alzheimer

A deposição no cérebro do peptídeo β -amiloide e da proteína tau são alterações patológicas características da DA. O peptídeo β -amiloide é gerado a partir da proteína APP β maior e em pessoas afetadas pela doença é encontrado em placas amiloides no espaço extracelular cerebral. Já a proteína tau, com função empenhada nos microtúbulos, quando hiperfosforilada formam emaranhados neurofibrilares, sendo encontrada dentro dos próprios neurônios. (NUSSBAUM; MCLNNESS; WILLARD, 2016)

3.3 Os genes das presenilinas 1 e 2

Em famílias com DA autossômica dominante foram identificados os genes que codificam a PS1 e a PS2. A PS1 é necessária para a clivagem de γ -secretase dos derivados de APP β . Deste modo, as mutações na PS1 associadas à DA aumentam a produção do peptídeo A β . Entre as duas presenilinas, a principal diferença é que a idade de início da PS2 é significativamente mais variável (presenilina 1, 35 a 60 anos; presenilina 2, de 40 a 85 anos). Em parte, o ângulo dessa variação é dependente do número de alelos APOE E4 presentes em um indivíduo com mutação na PS2. Sendo assim, a presença de dois alelos E4 está relacionada a uma idade mais precoce de início quando comparado a um alelo. (NUSSBAUM; MCLNNESS;

WILLARD, 2016)

Nessa conjuntura, o alelo E4 do gene APOE é considerado um fator de risco para o desenvolvimento do Alzheimer. A proteína APOE tem três formas comuns codificadas pelos alelos APOE correspondentes. O alelo E4 é consideravelmente mais presente nos pacientes com DA (aproximadamente 40% contra 15% na população em geral) e está associado ao Alzheimer de início precoce, dado que para homozigotos do alelo a idade de início da doença é em torno de 10 a 15 anos antes do que a população em geral. (NUSSBAUM; MCLNNESS; WILLARD, 2016)

Em geral, é evidente que variantes genéticas alteram o risco para DA de pelo menos duas maneiras gerais: através da modulação da produção de A β e através de seu impacto sobre outros processos, como a regulação da imunidade inata, inflamação e ressecção de agregados de proteína. (NUSSBAUM; MCLNNESS; WILLARD, 2016)

3.4 Diagnóstico

Devido ao fato de o Alzheimer precoce ser uma doença relativamente incomum e pouco comentada, o diagnóstico de seus portadores costuma ser realizado com cerca de 1,6 anos a mais de atraso, quando comparado com o diagnóstico de portadores de Alzheimer senil (VLIET et al, 2013).

Como a doença se apresenta normalmente por volta dos 40-50 anos, momento da vida em que a maioria das pessoas está vivendo em constante pressão devido ao trabalho e a família, muitas vezes seus sintomas são confundidos com cansaço ou estresse, podendo gerar maiores atrasos na identificação (JACK et al, 2011; FORLENZA et al, 2010).

Apesar de apresentar diversas dificuldades, o diagnóstico dos portadores de Alzheimer precoce pode ser realizado a partir de entrevistas, acompanhamento do histórico dos sintomas e testes neuropsiquiátricos realizados por médicos especializados na área (RENVOIZE; HANSON; DALE, 2011). Para garantir de forma mais segura o diagnóstico, existem, atualmente, exames que utilizam biomarcadores que detectam o acúmulo do peptídeo β -amiloide e da proteína tau no cérebro, possibilitando a identificação da doença em indivíduos assintomáticos (JACK et al, 2011; FORLENZA et al, 2010).

O reconhecimento de depósitos de β -amiloide em tecidos cerebrais pode ocorrer, também, através dos novos métodos de neuroimagem molecular pela tomografia por emissão de pósitrons (PET). Além disso, a avaliação da presença de atrofia hipocampal visualizada na ressonância magnética (RM) pode servir como uma outra forma de diagnóstico (BENADIBA et al, 2012).

Ademais, a ocorrência de alterações em marcadores amiloides e de dano neuronal tem boa correlação com o Alzheimer, aumentando a probabilidade de

certeza diagnóstica. Entretanto, ainda não existe o uso amplamente difundido desses exames devido aos seus altos custos e a falta de padronização entre laboratórios, sendo, então, restringidos a situações de pesquisa (JACK et al, 2011).

3.5 Tratamento

O tratamento do Alzheimer precoce preza pela manutenção da qualidade de vida, otimizando a independência do paciente, minimizando as perdas cognitivas e tornando as alterações de humor e comportamento mais brandas. A abordagem deve ser multidisciplinar e multiprofissional, englobando o tratamento farmacológico e tratamento não-farmacológico (CÁSSIO et al, 2002).

A parte não-farmacológica envolve tratamentos com psicólogos, fonoaudiólogos e terapia familiar, além da necessidade de instrução da família do paciente, o que é necessário para o trabalho de reabilitação do paciente (CÁSSIO et al, 2002). Em estudos mais recentes é recorrente a citação de musicoterapias, importantes na estimulação de componentes motor, sensitivo, sensorial, cognitivo, social e emocional (BERNARDO, 2018). No entanto, uma prática crescente tem sido a utilização do antagonista glutamatérgico não competitivo de receptor do tipo N-metil D-Aspartato (NMDA) chamado memantina (FALCO et al, 2016).

É fundamental que o paciente e sua família tenham expectativas realistas a respeito dos potenciais benefícios da terapia, a fim de evitar falsas expectativas que podem gerar maiores frustrações. Para acompanhar a eficácia do tratamento, há necessidade de constante avaliação da evolução da doença no paciente, que pode ser realizado por testes de rastreio, como o Miniexame do Estado Mental, teste do desenho do relógio, ou baterias neuropsicológicas (ÁVILA, 2003).

4 | CONCLUSÃO

Diante dos aspectos explorados, infere-se que a doença de Alzheimer, quando apresentada em sua forma precoce, possui causalidade proveniente, sobretudo, de fatores genéticos. Esses fatores desencadeiam alterações e acumulações proteicas que impedem o funcionamento regular do sistema neurológico, provocando mudanças cognitivas. Assim, com o passar do tempo, ocorre uma progressão da doença que, sem o diagnóstico antecipado ou o tratamento necessário, pode evoluir de forma mais rápida.

No que tange a descoberta do Alzheimer precoce no paciente, impera-se a necessidade de realização do diagnóstico o mais rápido possível, a fim de que o tratamento, realizado no início da doença, seja mais eficaz, possibilitando uma abordagem que busca retardar a evolução do quadro clínico do Alzheimer.

Em relação às circunstâncias em torno do tratamento, faz-se necessária a utilização tanto de abordagens farmacológicas, como de abordagens não-farmacológicas. Destarte, é fundamental a existência de uma equipe multidisciplinar circundando o paciente, sempre buscando o acompanhamento conjunto com a família, visto que o mal de Alzheimer influencia na convivência e na vida social do portador. Além disso, é necessária a compreensão de que o tratamento é paliativo, buscando amenizar os sintomas e retardar a evolução da doença. Com essa configuração acredita-se ser possível melhorar a qualidade de vida do paciente e possibilitar melhores perspectivas em relação à sua longevidade.

REFERÊNCIAS

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (Saint-Denis). **Early-onset and Late-onset Sporadic Alzheimer's Disease (AD)**. França, 2009. Disponível em <https://www.clinicalkey.com#!/content/clinical_trial/24-s2.0-NCT00987090> Acesso em: 14 maio. 2018.

AVILA, Renata. **Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 30, n. 4, p. 139-146, 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio. 2018.

BAPTISTA, M.A.T. et al. **Disease awareness may increase risk of suicide in young onset dementia: A case report**. Dement. neuropsychol, São Paulo , v. 11, n. 3, p. 308-311, Sept. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642017000300308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio. 2018.

BENADIBA, Marcel et al . Novos alvos moleculares para tomografia por emissão de pósitrons (PET) e tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) em doenças neurodegenerativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 34, supl. 2, p. s125-s148, Oct. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000600003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 21 maio. 2018.

BERNARDO, Lilian Dias. **Idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática sobre a intervenção da Terapia Ocupacional nas alterações em habilidades de desempenho**. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos , v. 26, n. 4, p. 926-942, Dec. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000400926&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio. 2018.

BOTTINO, Cássio M.C. et al . **Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar**. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo , v. 60, n. 1, p. 70-79, Mar. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio. 2018.

BRICKELL, K.L. *et al.* **Early-onset Alzheimer disease in families with late-onset Alzheimer disease: a potential important subtype of familial Alzheimer disease**. Arch Neurol pp. 1307-1311. 63 (2006)

BROUWERS, N. ; SLEEGERS, K. ; VAN BROECKHOVEN, C. **Molecular genetics of Alzheimer's disease: an update**. Ann Med pp. 562-583. 40 (2008)

CACACE, R.; SLEEGERS, K.; VAN BROECKHOVEN, C. **Molecular genetics of early-onset Alzheimer's disease revisited**. Alzheimers Dement Jun;12(6):733-48. (2016)

- CAMPION, D. *et al.* **Early-onset autosomal dominant Alzheimer disease: prevalence, genetic heterogeneity, and mutation spectrum.** *Am J Hum Genet*, pp. 664-670. 65 (1999)
- CRUTS, M.; THEUNS, J.; VAN BROECKHOVEN, C. **Locus-specific mutation databases for neurodegenerative brain diseases.** *Hum Mutat* pp. 1340-1344. 33 (2012)
- FALCO, Anna De *et al.* **DOENÇA DE ALZHEIMER: HIPÓTESES ETIOLÓGICAS E PERSPECTIVAS DE TRATAMENTO.** *Quím. Nova, São Paulo*, v. 39, n. 1, p. 63-80, Jan. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422016000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio. 2018.
- FORLENZA O.V., DINIZ B.S., GATTAZ W.F. **Diagnosis and biomarkers of predementia in Alzheimer's disease.** *BMC Med.* 2010;8:89.
- GATZ, M *et al.* **Role of Genes and Environments for Explaining Alzheimer Disease.** *Arch Gen Psychiatry* 63(2):168–174. (2006)
- JACK C.R. Jr, ALBERT M.S., KNOPMAN D.S., *et al.* **Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease.** *Alzheimer's & Dementia* In press (2011).
- JANSSEN, J.C. *et al.* **Early onset familial Alzheimer's disease: Mutation frequency in 31 families.** *Neurology* pp. 235-239. 60 (2003)
- JARMOLOWICZ, A. I.; CHEN, H. Y.; PANEGYRES, P. K. **The Patterns of Inheritance in Early-Onset Dementia: Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia.** *Am J Alzheimers Dis Other Demen* pp. 299-306. 30 (2014)
- JORDE L.; CAREY J.; BAMSHAD M. *Genética Médica.* 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. ISBN 139788535285383.
- MENDEZ, M.F. **Early-Onset Alzheimer's Disease.** *Neurologic clinics* 35(2):263-281 (2017)
- NUSSBAUM R.L.; MCLNNE R.R.; WILLARD H.F. Thompson & Thompson *Genética Médica.* 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. ISBN 13 9788535266269.
- PILOTTO, A. ; PADOVANI, A. ; BORRONI, B. ; **Clinical, biological, and imaging features of monogenic Alzheimer's Disease.** *Biomed Res Int* p. 689591. (2013)
- RENVOIZE, E. ; HANSON, M. ; DALE, M. **Prevalence and causes of young onset dementia in an English health district.** *Int J Geriatr Psychiatry* 26(1):106-107. (2011)
- RYAN, N.S. ROSSOR, M.N. **Correlating familial Alzheimer's disease gene mutations with clinical phenotype.** *Biomark Med* pp. 99-112. 4 (2010)
- TRUZZI, Annibal; LAKS, Jerson. **Doença de Alzheimer esporádica de início precoce.** *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 43-46, 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000100006&lng=en&nrm=iso>.
- VAN DUIJN, C.M. *et al.* **Apolipoprotein E4 allele in a population-based study of early-onset Alzheimer's disease.** *Nat Genet* pp. 74-78. 7 (1994)
- VLIET D.V., VUGT M.E., BAKKER C., *et al.* **Time to diagnosis in young-onset dementia as compared with late-onset dementia.** *Psychol Med*, 43 (2) (2013), pp. 423-432.
- WALLON, D. *et al.* **The French series of autosomal dominant early onset Alzheimer's disease**

cases: mutation spectrum and cerebrospinal fluid biomarkers. J Alzheimers Dis pp. 847-856. 30 (2012)

WINGO, T.S et al. **Autosomal Recessive Causes Likely in Early-Onset Alzheimer Disease.** *Arch Neurol* 69 (1) :59–64 (2012)

WINGO, T.S. et al. **Autosomal Recessive Causes Likely in Early-Onset Alzheimer Disease.** *Arch Neurol* 69(1): 59–64. (2012)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Lyssa Grando Fraga Cristiano

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/8613282055756543>

Ana Letícia Zanon Chagas Rodrigues

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória
Vitória – ES

<http://lattes.cnpq.br/6856578830365024>

Gracielle Pampolim

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/1398939161667908>

RESUMO: Objetivo: Analisar o perfil de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde de Vitória, ES. **Métodos:** Estudo observacional transversal de abordagem quantitativa. Após realizado cálculo amostral para diferentes prevalências com margem de erro de 0,05 e estimativa de proporção de 0,5 com acréscimo de 30% para possíveis perdas,

o N almejado foi de 234 idosos. Seleção feita de forma aleatória simples. Utilizada a escala depressão geriátrica GDS-15 para indicar sintomatologia depressiva com ponto de corte de 5/6 (não caso/caso), sendo esse valor empregado no presente estudo. **Resultados:** Através do GDS-15, constatou-se que 22,2% dos idosos eram depressivos. Dentre eles, pode-se afirmar que houve associação entre a depressão e as seguintes variáveis: etnia (brancos), religião (católicos), relataram quedas, não trabalham, classificam sua saúde como “razoável”, “ruim” ou “péssima”, faziam uso de medicamentos, não saem sozinhos, possuem cuidador e não praticam atividades físicas. **Conclusão:** O número de idosos com sintomas depressivos é relevante, pelo caráter degenerador da doença, desta forma é preciso entender que há a necessidade de um atendimento específico em saúde para essa população. Por meio desse estudo, foi possível conhecer as variáveis que podem corroborar para a sintomatologia depressiva senil visando que intervenções mais concisas possam ser realizadas, considerando que pesquisas sobre esse tema são escassas. Portanto, espera-se com essa pesquisa, contribuir para a promoção da autonomia e de melhores condições de saúde para esse público.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Escala de depressão geriátrica. Desordem depressiva.

GERIATRIC DEPRESSION SCALE OF ELDERLY ASSISTED BY THE STRATEGY OF FAMILY HEALTH

ABSTRACT: Objective: To analyze the profile of depression in the elderly assisted by the Family Health Strategy in a Basic Health Unit of Vitoria, ES. **Methods:** Cross-sectional observational study of quantitative approach. After a sample calculation performed for different prevalences with a margin of error of 0.05 and proportion estimate of 0.5 with an 30% increase for possible losses, the desired N was 234 elderly. The selection was made at simple random. The GDS-15 geriatric depression scale was used to indicate depressive symptomatology with a cutoff of 5/6 (not case / case), and this value was used in the present study. **Results:** Through the GDS-15, it was found that 22.2% of the elderly were depressed. Among them, it can be stated that there was an association between depression and the following variables: ethnicity (caucasian), religion (Catholics), reported falls, absence of work, classify their health as “reasonable”, “bad” or “very poor”, they used medication, do not go out by themselves, have a caregiver and do not practice physical activities. **Conclusion:** The number of elderly with depressive symptoms is relevant, due to the degenerative character of the disease, so it is necessary to understand that there is a need for specific health care for this population. Through this study, it was possible to know the variables that can corroborate the senile depressive symptomatology aiming at that more concise interventions can be performed, considering that researches on this topic are scarce. Therefore, it is hoped that this research will contribute to the promotion of autonomy and better health conditions for this public.

KEYWORDS: Elderly. Geriatric depression scale. Depressive disorder.

1 | INTRODUÇÃO

A depressão é um problema de saúde com alta prevalência entre os idosos, embora a identificação desses pacientes seja muitas vezes difícil na prática clínica¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, estima que hoje, no mundo, 300 milhões de pessoas vivam com depressão (2015)², e que essa foi a quarta causa de incapacitação no mundo em 1990, sendo que, em 2020, estima-se que será a segunda, perdendo apenas para as doenças do coração.³

Sendo assim, a depressão se caracteriza pela perda de interesse e prazer pelo o que outrora o interessava, sentimento de tristeza, baixa da autoestima, elevado grau de sofrimento, morbidade e mortalidade elevadas, além de prognóstico desfavorável associado à diminuição da qualidade de vida. Tais sintomas, também podem ser associados aos declínios cognitivos e funcionais, falta ou perda de

contato social, viuvez, eventos estressantes, baixa renda, isolamento social, falta de atividade social, baixa escolaridade e uso de medicações, como é evidenciado na literatura.^{4,5}

Mesmo assim, apesar de, atualmente, existirem diversas abordagens psicoterapêuticas e tratamentos medicamentosos seguros para o tratamento dos transtornos depressivos, a depressão senil tem sido subdiagnosticada e permanece muitas vezes, não tratada, podendo levar à incapacitação e ao prejuízo funcional.^{4,5}

Baseado nessa linha de pensamento, é importante perceber que o custo da depressão, geralmente é muito alto cujo fim mais trágico é o suicídio. Por isso, faz-se necessário o treinamento dos profissionais de saúde, para realizarem uma avaliação sistemática, observando os possíveis sintomas, principalmente nessa faixa etária, já que a depressão pode ser identificada e tratada na atenção básica.⁷ Além disso, é necessário que seja estimulado o empoderamento da população, para que, possuindo conhecimento da doença, sejam estimulados a participar de grupos de apoio, oficinas na comunidade, atividades de lazer, experiências prazerosas, e dessa possam obter melhores prognósticos no tratamento.

Diante desses fatos, torna-se evidente que é preciso conhecer a prevalência dessa doença nos idosos, seus principais sintomas e que não é possível considerar a depressão geriátrica como uma simples consequência “natural” do envelhecimento, mas sim, como um problema de saúde pública^{8,9}. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil de sintomas depressivos em idosos assistidos por uma Unidade de Saúde da família de Vitória-ES.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal de abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Saúde da Família Luiz Castellar da Silva, Jesus de Nazareth - Vitória-ES. Para amostragem do estudo foi realizado cálculo amostral para diferentes prevalências, com base no número de idosos cadastrados na USF em abril/2018 com margem de erro de 0,05 e estimativa de proporção de 0,5 com acréscimo de 30% para possíveis perdas, com n total de 242 idosos entrevistados. A seleção foi feita de forma aleatória simples onde os idosos foram organizados em ordem alfabética e de acordo com a micro-área, e então, sorteados aleatoriamente 2 idosos em cada 3.

Foram incluídos para o estudo os idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. E foram excluídos os idosos que não tiveram condições para responder ao questionário e não possuíam cuidador apto para tal; aqueles em que houve a impossibilidade de acesso por recusa ou restrição da família; e os casos de óbito e/

ou migração para outra região prévios à realização das entrevistas/avaliações.

As entrevistas e avaliações foram realizadas nas residências dos idosos, com agendamento prévio e em horário conveniente para os mesmos. Os dados obtidos pelo questionário semiestruturado permitiram traçar o perfil sócio demográfico e de saúde, que foram registrados em ficha de coleta própria elaborada pela pesquisadora responsável pelo estudo, enquanto que para a avaliação dos sintomas depressivos foi utilizado a Escala de Depressão geriátrica – GDS. As entrevistas e as avaliações foram realizadas pelas próprias pesquisadoras após treinamento prévio.

Para caracterização do perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, idade, raça, situação conjugal, escolaridade, religião e prática religiosa, renda individual e familiar, contribuição para a renda familiar, ocupação, quantidade de filhos, presença de cuidador, arranjo familiar e apoio social, e condições de saúde como presença de doenças crônicas, histórico de quedas e internação hospitalar, hábitos de vida, auto avaliação de saúde e polifarmácia.

Criada por Yasavage e colaboradores em 1983 a Escala de Depressão Geriátrica – GDS, é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para detecção de depressão na população idosa, com propriedade de validade de confiabilidade satisfatórias, sendo traduzida e adaptada para aplicação no Brasil por Stoope e colaboradores em 1994.

Originalmente ela apresenta 30 questionamentos de respostas simples, sim ou não, entretanto ao longo do tempo foram surgindo versões reduzidas, como a que será adotada neste estudo, a GDS-15. Em 1999, Almeida O. e Almeida S., demonstraram que as versões brasileiras da GDS-15 oferecem medidas válidas para diagnóstico de episódios depressivos maior de acordo com critérios da CID-10, com ponto de corte de 5/6 (não caso/caso), sendo este o ponto de corte adotado no presente estudo.

Os dados foram tabulados em planilha do Software Microsoft Excel e analisados de forma descritiva e inferencial. A análise descritiva foi reportada através de tabelas de frequências, para variáveis nominais, e medidas de resumo de dados como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis contínuas. Para análise inferencial foram utilizados os testes Qui-quadrado ou Exato de Fischer (quando aplicável), para análises de variáveis nominais. Foi adotado nível de significância de $p < 0.05$ para todas as análises.

Este trabalho foi apresentado e aprovado pelo CEP/EMESCAM, sob nº 2.142.377. Em todas as etapas da pesquisa foram respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da resolução 466/12.

3 | RESULTADOS

Através das análises dos resultados dos testes qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer, observou-se que, dos 234 idosos analisados, 152 (77,8%) foram classificados como não depressivos, e 52 (22,2%) como depressivos.

Ainda dentro dessa análise, observou-se que houve associação entre algumas variáveis sociodemográficas e de auto percepção de saúde consideradas (Tabela 2), e a condição depressiva. Dentre elas, tem-se as variáveis “etnia” ($p=0,03$), “religião” ($p=0,024$), “ocupação de trabalho” ($p=0,002$), “sai sozinho” ($p=0$), “cuidador” ($p=0,001$), “quedas” ($p=0,045$), “atividade física” ($p=0,016$), “avaliação de saúde” ($p=0$) e “quantos medicamentos utiliza” ($p=0$). E não foi verificada associação entre “sexo” ($p=0,802$), estado civil ($p=0,134$), escolaridade ($0,379$), “praticante religioso” ($p=0,775$), “renda individual” ($p=0,388$), “renda familiar” ($p=0,967$), contribuição para renda familiar ($p=0,528$), residência multigeracional ($p=0,059/0$), “tem apoio” ($p=0,052$), “doenças” ($p=0,227$), “em tratamento” ($p=0,195$), “fuma” ($p=0,559$), “bebe” ($p=0,124$), atividades de lazer ($p=0,914$) e “atividades na UBS” ($p=0,643$).

Possuir alguma religiosidade parece atuar como fator psicossocial de extrema relevância para a saúde mental, por pregar sobre fazer o bem, amar, estimular a caridade, satisfazer-se com o feito realizado, melhorar a autoestima e justificar a existência humana, contribuindo um sentido à vida, parece ter efeito protetor sobre a depressão¹⁰. Todavia, esse estudo obteve resultados mais tímidos entre os participantes que se declararam católicos frente ao fator de proteção para a depressão.

A prática de atividades físicas confere proteção à depressão que pode ser resultado tanto pela formação de vínculos afetivos possibilitada por esse hábito ou simplesmente, pelo bem-estar psicológico sentindo pelos praticantes de exercícios físicos.¹¹ Além disso, pode-se afirmar que o sedentarismo está diretamente relacionado com a perda de interesse em cuidar de si e da própria saúde, sintomas clássicos da depressão. Seguindo essa linha de pensamento, também pode-se entender que o idoso que possui uma ocupação de trabalho tende a ser menos depressivo, pois ao trabalhar sente-se útil e realizado e/ou, do mesmo modo que em uma atividade física ou de lazer, também pode criar redes de interação que evitem a solidão e ócio.

Quanto as variáveis “possuir cuidador”, “não sair sozinho” e “quedas”, refletem a perda de autonomia do idoso que, concordando com a literatura, expressam que a maioria dos idosos que tem autonomia para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, não possuíam sintomatologia depressiva.¹²

O número de medicamentos em uso e auto avaliação de saúde também atuaram como fator protetivo em relação a depressão senil. Além disso, não foi

encontrado nenhum estudo que confere fator de risco à depressão ser da etnia branca, como observado nesse estudo, porém acredita-se que como a raça é uma auto denominação, pode ser que haja um viés de informação, que possivelmente não confira à raça branca uma justificativa para tais resultados.

Devido a escassez de pesquisas brasileiras cujo tema é a saúde do idoso, especialmente em relação a condição de depressão enfrentada por essa população, que é de complexo diagnóstico devido a subjetividade que essa doença traz consigo, vê-se a importância desse estudo, que visa contribuir com a comunidade científica, apresentando alguns fatores que podem corroborar para a identificação de idosos depressivos na Atenção Primária.

É fundamental o diagnóstico desses pacientes para início precoce do tratamento, amenizando o sofrimento e evitando desfechos mais trágicos. Isso é possível a partir de um funcionamento sólido das equipes de saúde, por meio da aplicação efetiva e competente do GDS- 15, por exemplo, instrumento cujo uso já foi preconizado pelo Ministério da Saúde na Atenção Primária¹⁴ e que é capaz de fornecer rastreamento precoce e preciso na pré-consulta. Dessa forma, conhecer previamente a realidade sociodemográfica e de saúde da população idosa pode contribuir para o desenvolvimento de ações e estratégias de proteção e prevenção que sejam bem direcionadas.

Diante do exposto, vale ressaltar que este estudo contou com uma amostra restrita de idosos (n= 234) em um bairro de Vitória-ES, o que pode favorecer o aparecimento de achados que não representem com fidelidade a população idosa brasileira.

4 | CONCLUSÃO

Tendo como base os resultados obtidos nessa pesquisa a partir das entrevistas e análises dos dados coletados, observou-se que as variáveis etnia, religião, ocupação de trabalho, sai sozinho, cuidador, quedas, atividade física, avaliação de saúde e quantos medicamentos faz uso se apresentaram associadas a presença de sintomas depressivos em idosos. Dessa forma, entende-se é importante a realização de encontros que visem a valorização do processo de envelhecimento e da longevidade cada vez mais avançada na população brasileira, objetivando o empoderamento dos idosos para que estes se tornem mais envolvidos com a própria saúde, contribuindo para a redução da ansiedade e depressão, principalmente.¹³

5 | AGRADECIMENTOS

A nossa orientadora Vanezia Gonçalves da Silva e à co-orientadora Gracielle Pampolim, que nos auxiliaram todo o tempo com dedicação na execução e elaboração do trabalho. A professora Lucia Sagrillo Pimassoni pela orientação na análise estatística. Aos colegas dos cursos de fisioterapia e medicina participantes do PROEAS, que nos acompanharam ao longo das entrevistas e da análise dos dados. Aos colegas de curso Karine Ferron, Alice Lucindo de Souza e Arthur Brunelli Sales pela ajuda prestada na elaboração primária do trabalho, na organização da escrita e na interpretação dos dados estatísticos, respectivamente.

Agradecemos também aos profissionais da Unidade de Saúde da Família Luiz Castellar da Silva, pela atenção e prontidão em nos auxiliar, e aos idosos participantes deste estudo, pela recepção gentil e atenciosa em suas residências, compartilhando suas histórias e contribuindo para o nosso crescimento pessoal e acadêmico. Por fim, e com muita gratidão, à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), pelo estímulo e estrutura oferecida aos seus alunos para a participação de projetos científicos.

REFERÊNCIAS

1. LIMA, Márcio Tomita da Rocha; SILVA, Rebeca de Souza e; RAMOS, Luiz Roberto. **Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000100001&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000100001>.
2. World Health Organization. **Depression**. 22 de Março de 2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. BANDEIRA, Carina Barbosa. **Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 4, n. 15, p. 189-204, nov. 2008. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/171>>. Acesso em: 04 nov. 2019. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc4\(15\)171](https://doi.org/10.5712/rbmfc4(15)171).
4. JK, DJERNES. **Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review**. - PubMed - NCBI. Ncbi.nlm.nih.gov. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16603029>>. Acesso em: 5 nov. 2019.
5. MATIAS, Amanda Gilvani Cordeiro et al. **Indicators of depression in elderly and different screening methods**. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 14, n. 1, p. 6-11, Mar. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3447>.
6. ALVARENGA, Márcia Regina Martins; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; FACCENDA, Odival. **Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>.

7. ABELHA, Lúcia. **Depressão, uma questão de saúde pública.** *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 223, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300223&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030001>.
8. GRINBERG, L. P. **Depressão em idosos: desafios no diagnóstico e tratamento.** *Revista Brasileira de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 7, p. 317-330, 2006.
9. TENG, Chei Tung; HUMES, Eduardo de Castro; DEMETRIO, Frederico Navas. **Depressão e comorbidades clínicas.** *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 149-159, June 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007>
10. VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al . **Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 37, n. 4, p. 440-445, Aug. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400008>.
11. GUMARAES, Joanna Miguez Nery; CALDAS, Célia Pereira. **A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática.** *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 9, n. 4, p. 481-492, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000400009&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2006000400009>.
12. MENDES-CHILOFF, Cristiane Lara et al . **Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE).** *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 21, supl. 2, e180014, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300411&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. Epub Feb 04, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>.
13. LEANDRO-FRANCA, Cristineide; GIARDINI MURTA, Sheila. **Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções.** *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 34, n. 2, p. 318-329, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001152013>.
14. NOGUEIRA, Eduardo Lopes et al . **Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 48, n. 3, p. 368-377, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300368&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>.

ANEXOS

	Depressivo		Não Depressivo		p
	Contagem	%	Contagem	%	
SEXO					0,802
Masculino	31	59,61	70	38,46	
Feminino	21	40,39	112	61,54	
Total	52	100	182	100	
ETNIA					0,03
Branco	18	34,61	30	16,48	
Pardo	22	42,31	95	52,2	

Negro	9	17,31	49	26,92	
Indígena/ Amarelo	3	5,77	8	4,39	
Total	52	100	182	100	
ESTADO CIVIL					0,134
Casado	22	42,31	95	52,2	
Solteiro	8	15,38	34	18,68	
Viúvo	17	32,69	32	17,58	
Outro	5	9,61	21	11,54	
Total	52	100	182	100	
ESCOLARIDADE					0,379
Não estudou	8	15,38	28	15,38	
1	21	40,38	74	40,66	
2	15	28,85	49	26,92	
3	4	7,69	24	13,19	
4	1	1,92	5	2,75	
5	3	5,77	2	1,1	
Total	52	100	182	100	
RELIGIÃO					0,024
Católico	40	78,43	107	59,78	
Evangélico	9	17,65	68	37,99	
Outras	2	3,92	4	2,23	
Total	51	100	179	100	
PRATICANTE					0,775
Não	18	35,3	60	33,15	
Sim	33	64,7	121	66,85	
Total	51	100	181	100	
OCUPAÇÃO DE TRABALHO					0,002
Não	46	90,2	122	68,16	
Sim	5	9,8	57	31,84	
Total	51	100	179	100	
RENDA INDIVIDUAL					0,388
< 1 SM	25	48,08	94	52,51	
1,1 – 3 SM	26	50	75	41,9	
3,1 – 5 SM	1	1,92	10	5,59	
Total	52	100	179	100	
RENDA FAMILIAR					0,967
< 1 SM	11	22,92	43	24,57	
1,1 - 3 SM	30	62,5	106	60,57	
3,1 - 5 SM	7	14,58	26	14,86	
Total	48	100	175	100	
CONTRIBUIÇÃO PARA A RENDA FAMILIAR					0,528
Não	7	14,9	20	11,5	
Sim	40	85,1	154	88,5	

Total	47	100	174	100	
MORA SOZINHO					0,513
Não	35	67,3	131	71,98	
Sim	17	32,7	51	28,02	
Total	52	100	182	100	
RESIDÊNCIA MULTIGERACIONAL					0,059
Não	18	34,61	88	49,44	
Sim	34	65,39	90	50,56	
Total	52	100	178	100	
TEM APOIO SOCIAL					0,052
Não	7	13,72	10	5,62	
Sim	44	86,28	168	94,38	
Total	51	100	178		
SAI SOZINHO					0
Não	23	44,23	19	10,5	
Sim	29	55,77	162	89,5	
Total	52	100	181	100	
CUIDADOR					0,001
Não	34	65,38	155	85,16	
Sim	18	34,62	27	14,84	
Total	52	100	182	100	
POSSUI DOENÇA					0,227
Não	3	5,77	21	11,54	
Sim	49	94,23	161	88,46	
Total	52	100	182	100	
EM TRATAMENTO					0,195
Não	5	10	32	17,58	
Sim	45	90	150	82,42	
Total	50	100	182	100	
QUEDAS					0,045
Não	16	30,77	84	46,41	
Sim	36	69,23	97	53,59	
Total	52	100	181	100	
FUMA					0,559
Não	44	84,61	157	87,71	
Sim	8	15,39	22	12,29	
Total	52	100	179	100	
BEBE					0,124
Não	44	86,27	138	76,24	
Sim	7	13,73	43	23,76	
Total	51	100	181	100	
ATIVIDADE FÍSICA					0,016
Não	42	80,77	114	62,98	
Sim	10	19,23	67	37,02	

Total	52	100	181	100	
ATIVIDADE LAZER					0,914
Não	19	36,54	68	37,36	
Sim	33	63,46	114	62,64	
Total	52	100	182	100	
ATIVIDADE UBS					0,643
Não	41	80,4	140	77,35	
Sim	10	19,6	41	22,65	
Total	51	100	181	100	
AVALIAÇÃO DE SAÚDE					0
Ótima	3	5,88	35	19,23	
Boa	6	11,76	82	45,05	
Razoável	27	52,94	60	32,97	
Ruim	9	17,65	2	1,1	
Péssima	6	11,76	3	1,65	
Total	51	100	182	100	
QUANTOS MEDICAMENTOS UTILIZA					0
Nenhum	0	0	23	12,71	
Apenas 1	5	9,61	29	16,02	
Entre 2 e 4	17	32,69	77	42,54	
5 ou mais	30	57,69	52	28,73	
Total	52	100	181	100	

a) Tabela 1: dados sociodemográficos e de autoavaliação de saúde.

DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DISAUTONOMIA FAMILIAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

Maitê Perini Mameri Pereira

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

<http://lattes.cnpq.br/4477540985782981>

Mariana Stefenoni Ribeiro

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

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

Pietra Luciene Nóbrega

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

<http://lattes.cnpq.br/5999060643538117>

Eduarda Teixeira Lorenzoni

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

<http://lattes.cnpq.br/2520257476743297>

Rodolfo Barcellos Crevelin

Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

(EMESCAM).

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/8744688750498693>

Ana Carolina Stefenoni Ribeiro

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC
Colatina- ES

<http://lattes.cnpq.br/3394563796816462>

Gleica Guzzo Bortolini

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

<http://lattes.cnpq.br/5425369348464371>

Núbia Mesquita Fiorese

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

<http://lattes.cnpq.br/9524131218887546>

Gabriela Seguro Gazzinelli

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

<http://lattes.cnpq.br/7642407787012223>

Caio Gomes Reco

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

RESUMO: Introdução: A Disautonomia Familiar (DF) é uma doença autossômica recessiva rara com 600 casos registrados no mundo. Pacientes diagnosticados com DF apresentam uma série de distúrbios sistêmicos. **Objetivo:** Compreender como são realizados o diagnóstico e o tratamento da DF. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, onde 43 artigos foram selecionados a partir da base de dados MEDLINE e da biblioteca eletrônica Scielo utilizando as palavras-chaves: Disautonomia Familiar, Diagnóstico, Causa e Cuidados para Prolongar a Vida. Como critério de seleção, optou-se por escolher artigos originais, de revisão bibliográfica e relatos de caso relacionados com DF. **Resultados:** A DF foi descrita inicialmente pelos pediatras Riley e Day em 1949, com o primeiro relato descrito a partir de cinco crianças encontradas em hospitais da cidade de Nova Iorque. A mutação genética da síndrome localiza-se no par de bases 6 de exon 20 do gene IKBKAP. Essa alteração afeta a codificação da proteína associada ao complexo I-k-B quinase ou IKAP. O diagnóstico se baseia na identificação de distúrbios sensoriais e autonômicos de início infantil, como insensibilidade à dor e à temperatura, além da não produção de lágrimas. O tratamento é fundado em métodos paliativos, visto que ainda não existe cura para a DF. Vale ressaltar que a DF apresenta sinais e sintomas capazes de fornecer um diagnóstico na maioria dos casos. Contudo, para a determinação precisa, é necessário realizar a análise genética de pacientes suspeitos de DF. Ademais, percebe-se que a anomalia autossômica recessiva hereditária no gene IKBKAP, afeta diretamente o desenvolvimento neurológico causando um comprometimento da inervação sensitiva e simpática, gerando alterações sistêmicas. **Conclusão:** Ressalta-se a importância de fomentar a realização de novos estudos para melhor compreensão da doença, de forma a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com DF.

PALAVRAS-CHAVE: Disautonomia Familiar. Diagnóstico. Causa. Cuidados para Prolongar a Vida.

DIAGNOSIS, TREATMENT AND GENERAL CHARACTERISTICS OF FAMILY

DISAUTONOMY: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Familial dysautonomia (DF) is a rare autosomal recessive disease with 600 cases worldwide. Patients diagnosed with PD have a number of

systemic disorders. **Objective:** The objective of this study was to understand how the diagnosis and treatment of PD are performed. This work is the result of a literature review, where 43 articles were selected from the MEDLINE and Scielo databases using the following keywords: Family dysautonomia, Diagnosis, Cause and Care to Extend Life. As a selection criterion, we chose to choose original articles, literature review and case reports related to FD. **Results:** FD was described in the medical literature by pediatricians Riley and Day in 1949, the first report being described from five children found in New York City hospitals. The genetic mutation of the syndrome is located at exon 20 base pair 6 of the IKBKAP gene. This change is responsible for affecting the protein-coding associated with the I-k-B kinase complex or IKAP. The diagnosis is based on the identification of sensory and autonomic disorders of childhood-onset, such as insensitivity to pain and temperature, and non-production of tears. The treatment is based on palliative methods, as there is no cure for PD yet. It's worth noting that the DF has signs and symptoms able to provide a diagnosis in most cases. However, for determining need, you need to perform the genetic analysis of patients suspected of DF. Moreover, it is noticed that the inherited autosomal recessive anomaly in the IKBKAP gene directly affects neurological development causing a compromise of sympathetic and sympathetic innervation, causing changes in several systems. **Conclusion:** It is emphasized the importance of further studies to be carried out for a better understanding of the disease, thus improving the quality of life of individuals who have it.

KEYWORDS: Familial Dysautonomia. Diagnosis. Causality. Life Support Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Disautonomia Familiar (DF), também conhecida como Neuropatia Sensitiva e Autonômica Hereditária do Tipo III (HSAN3) e como Síndrome de Riley-Day, é uma doença autossômica recessiva rara (RILEY et al., 1949). Estudos revelam que tal doença é causada pela mutação no gene IKBKAP, que codifica a proteína associada ao complexo I κ B quinase (IKAP) (ANDERSON et al., 2001; SLAUGENHAUPPT et al., 2001). A DF é praticamente restrita a descendentes de judeus Ashkenazi (LEHAVI et al., 2003), sendo considerada ainda mais rara em crianças não judias (KLEBANOFF; NEFF, 1980; MEHTA, 1978). A mutação gera uma diminuição na expressão da proteína IKAP, desencadeando uma série de distúrbios sistêmicos e afetando, em especial, o sistema nervoso autônomo (SLAUGENHAUPPT et al., 2001; CUAJUNGO et al., 2001). Mundialmente, existem 600 casos de DF registrados (AXELROD, 2005).

Pacientes diagnosticados com DF apresentam ausência de reflexos tendinosos profundos, ataxia de marcha, instabilidade da pressão arterial devido à falha do barorreflexo, doença pulmonar crônica, doença renal crônica, deficiência visual,

hipoalgesia e hipoestesia térmica (MACEFIELD et al., 2011; MAAYAN, 2006; NORCLIFFE-KAUFMANN, 2012). Além disso, também manifestam deformidades da coluna vertebral, como escoliose e cifose (KAPLAN et al., 1997; BAR-ON et al., 2000), e distúrbios nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, muscular e neurológico (PALMA et al., 2014).

O diagnóstico geralmente é feito na infância baseado nas queixas dos pais, que, na maioria das vezes, relatam que seus filhos apresentam frequentes transtornos respiratórios e que ocorrem episódios de automutilação sem expressão de dor. Juntamente a isso, leva-se em consideração o histórico médico do paciente, a presença de determinados sintomas e achados no exame físico (SLAUGENHAUPPT et al., 2001).

Apesar da etiologia da doença ser bem definida, muitas informações ainda permanecem desconhecidas, o que dificulta o estabelecimento de um tratamento eficaz. Atualmente, o tratamento da doença é paliativo, consistindo no controle das manifestações sistêmicas e, mesmo assim, a taxa de sobrevivência ainda é baixa (PALMA et al., 2014; NORCLIFFE-KAUFMANN, 2017). Estudos recentes, que têm como objetivo analisar formas de aumentar os níveis de IKAP, estão em andamento e podem ser determinantes para que ocorram melhoras no quadro da doença (OHLEN et al., 2017; NAFTELBERG et al., 2016).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é compreender como são realizados o diagnóstico e o tratamento da DF, de forma a contribuir para um melhor entendimento da síndrome e uma melhor qualidade de vida para os pacientes com Disautonomia Familiar.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada no período de março a junho de 2018 e que foram usadas a base de dados MEDLINE e a biblioteca eletrônica Scielo. Os descritores Disautonomia Familiar (*Dysautonomia Familiar*), Diagnóstico (*Diagnosis*), Causa (*Causality*) e Cuidados para Prolongar a Vida (*Life Support Care*) foram obtidos pelo MeSH e DeCS. Os critérios de inclusão foram: artigos originais e completos, de revisão bibliográfica ou relatos de caso, sendo todos relacionados à DF. Já os critérios de exclusão foram: artigos incompletos e artigos que não se relacionavam com DF. Dessa forma, 43 trabalhos foram eleitos para compor este estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Histórico

A DF, que também pode ser chamada de HSAN3 ou Síndrome de Riley-Day, foi descrita inicialmente na literatura médica pelos pediatras Riley e Day em 1949. O primeiro relato foi descrito a partir de cinco crianças encontradas em hospitais da cidade de Nova Iorque e que apresentavam características peculiares: todos tinham pais judeus, apresentavam reações anormais à ansiedade como hipertensão, taquicardia e sudorese intensa e, como principal e mais intrigante sinal, não choravam e eram insensíveis à dor e à temperatura (RILEY et al., 1949). Posteriormente, Riley descreveu mais trinta e três casos adicionais e denominou a doença, uma vez que, com sintomas tão intrigantes que desafiam um diagnóstico exato, é importante constituir uma entidade clínica (RILEY et al., 1949; BRUNT; MCKUSICK, 1970).

Em 1993, o locus do gene onde se localiza a mutação causadora desse distúrbio foi descoberto no braço longo do cromossomo 9 (9q31) (BLUMENFELD et al., 1993; MAAYAN et al., 1987). Com tais achados, foi possível realizar testes para confirmar possíveis portadores e, como resultado, o diagnóstico se tornou mais preciso, eliminando casos de suspeita (COUZIN-FRANKEL, 2010; MAAYAN et al., 1987; RISCH et al., 1995).

Em 2001, o gene foi replicado, o que permitiu identificar que a mutação genética se localiza no par de bases 6 de exon 20 do gene IKBKAP, neste o único par de bases muda de T para C (ANDERSON et al., 2001). Além disso, observou-se que mais de 99% dos doentes são homozigotos para tal mutação (SLAUGENHAUPPT et al., 2001).

3.2 Genética Molecular

Trabalhos anteriores indicam que o gene alterado pela mutação no IKBKAP é responsável por afetar a codificação da proteína associada ao complexo I-k-B quinase ou IKAP, proteína com 1332 aminoácidos encontrada em todas as células eucarióticas e de provável papel no desenvolvimento neuronal, mielinização, migração e adesão celular durante a embriogênese (SLAUGENHAUPPT et al., 2001; NORCLIFFE-KAUFMANN, 2017). Logo, essa mutação gera um comprometimento geral no sistema nervoso. Resultados indicam que o IKAP é uma subunidade do complexo Elongator importante para o alongamento da transcrição de RNA polimerase II no núcleo e para acetilação das histonas (HAWKES et al., 2002; CLOSE et al., 2006; LEE et al., 2009; HUNNICUTT et al., 2012).

Em pacientes com DF todas as células carregam a mesma mutação, entretanto, nem todas as células descrevem a mutação da mesma maneira,

ocasionando alterações diferentes dependendo do órgão ou do tecido (MEZEY et al., 1998). Estudos apontam que o tecido neuronal produz a maior parte de mRNA que transcreve o IKAP mutante (Fig. 1). Em contrapartida, os órgãos periféricos produzem quantidades equivalentes de mRNA mutante e normal. A deficiência de IKAP afeta o desenvolvimento dos neurônios aferentes primários (sensoriais), gerando um número reduzido de neurônios do gânglio dorsal-raiz (DRG) e gânglio simpático (SG). Dessa forma, o fenótipo característico da doença é extremamente complexo (SLAUGENHAUPPT et al., 2001; MEZEY et al., 1998).

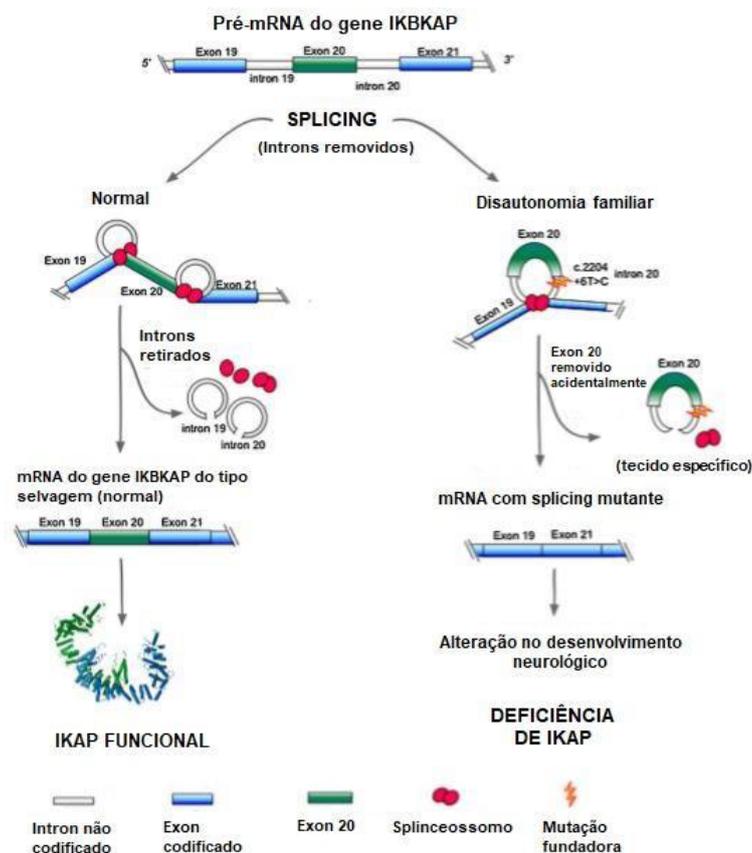


Figura1- Splicing do pré-mRNA do gene IKBKAP. O RNA pré-mensageiro é mostrado no topo com o éxon 20, entre os íntrons 19 e 20. Em genótipo normal (esquerda) o mRNA é reconhecido pelos spliceossomos, íntrons são clivados e os éxons unidos, gerando uma mRNA madura que é traduzido em IKAP funcional. Em FD (direita), a mutação no par de bases 6 cliva o éxon 20. Acidentalmente, os spliceossomos catalisam uma reação que une os éxons 19 e 21 e “pulando” o éxon 20. Assim, o mRNA mutante é traduzido e torna a IKAP deficiente em todos os tecidos, embora o neuronal seja o mais afetado.

Fonte: XU, 2015 E NORCLIFFE-KAUFMANN e KAUFMANN, 2012.

3.3 Origem da Mutação

Quando primeiramente descrita, foi observado que todos os pacientes com DF apresentavam descendência judaica, sugerindo especulações de que o distúrbio era de origem genética (RILEY et al., 1949).

A mutação causadora da doença a caracteriza como sendo uma doença autossômica recessiva. Esta mutação provavelmente se originou por volta de 1500

e está vinculada à um ancestral comum que migrava da Renânia para a Europa Ocidental, o que explica a incidência maior em judeus com herança da Polônia (1:32 a 1:18) e em judeus Ashkenazi (LEHAVI et al., 2003; BLUMENFELD et al., 1993; BLUMENFELD et al., 1999; BRUNT; MCKUSICK, 1970).

Posteriormente, por volta de 1700 a 1900, ocorreu uma rápida expansão populacional, amplificando a incidência da mutação, sendo a incidência em nascidos vivos judeus americanos e israelenses cerca de 1:3700 (AXELROD, 2005; BLUMENFELD et al., 1999; COUZIN-FRANKEL, 2010; HUNNICUTT et al., 2012).

3.4 Diagnóstico

A síndrome de Riley-Day é uma rara anomalia autossômica recessiva hereditária caracterizada por um comprometimento da inervação sensitiva simpática e comprometimentos neurológicos que levam a sintomas de alta complexidade (KLEBANOFF; NEFF, 1980; MEHTA, 1978; MEHTA, 1978; LEVINE; MANNIELLO; FARRELL, 1977).

Insensibilidade a dor e a temperatura, ausência de produção de lágrimas, ausência de papilas fungiformes, ausência de reflexos tendinosos profundos, ataxia de marcha, doença pulmonar crônica, falência barorreflexa aferente, teste histamínico anormal, crises de vômito, ataxia, disfunções gastrointestinais e cardiovasculares, defeitos no tecido neuronal e na retina e pelo menos algum descendente judeu são suficientes para o diagnóstico de DF (AXELROD; GOLD-VON SIMSON, 2007; BRUNT, MCKUSICK, 1970; DYCK, OHTA, 1975; MAAYAN, 2006; MACEFIELD *et al.*, 2011; NORCLIFFE-KAUFMANN, 2017; PALMA *et al.*, 2014; SHOHAT, WEISZ-HUBSHMAN, 2003; SMITH, FARBMAN, DANCIS, 1965).

Trabalhos anteriores sugerem que, na infância, o diagnóstico é baseado nas queixas dos pais, que relatam que seus filhos apresentam complicações respiratórias recorrentes, disfunções oculares, dificuldades na alimentação, refluxo gastroesofágico. Além disso, ocorrem episódios frequentes de automutilação sem expressão de dor e alacrima, que pode ser confirmada por exames como o teste de Schirmer (AXELROD; GOLD-VON SIMSON, 2007; DIETRICH, DRAGATIS, 2016; DYCK, OHTA, 1975; LEYNE, *et al.*, 2003; MAAYAN, 2006; NORCLIFFE-KAUFMANN, 2017; PALMA *et al.*, 2014; SHOHAT; WEISZ-HUBSHMAN, 2003). Além disso, geralmente os indivíduos afetados morrem durante o início da vida adulta por morte súbita causada por distúrbios respiratórios do sono (DIETRICH, DRAGATIS, 2016; LEYNE, *et al.*, 2003).

Uma vez que a DF pode apresentar uma grande variabilidade de manifestações (Tab. 1), os critérios clínicos nem sempre são certos, tornando o diagnóstico precoce raro e difícil. Vale ressaltar que o diagnóstico prévio é essencial para evitar complicações sistêmicas. Dessa forma, o diagnóstico molecular pode fornecer

um diagnóstico específico, assim como também pode identificar a ocorrência da mutação em pacientes com descendências não judaicas (AXELROD; GOLD-VON SIMSON, 2007; SHOHAT; WEISZ-HUBSHMAN, 2003).

SISTEMA ENVOLVIDO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sistema sensorial	Insensibilidade à dor Percepção de temperatura anormal Reflexos patelares deprimidos
Sistema Autônomo	Incoordenação orofaríngea Dismotilidade esofágica, refluxo gastroesofágico Insensibilidade à hipercapnia e hipóxia Prender a respiração Hipotensão ortostática sem taquicardia compensatória Hipertensão supina
Sistema Motor	Hipotonia Atraso de desenvolvimento leve a moderado Marcha ampla ou levemente atáxica Curvatura espinhal
Nervos cranianos	Ausência de lágrimas de transbordamento Reflexos corneanos deprimidos Atrofia do nervo óptico Estrabismo Deficiência de sabor, especialmente doce (ausência de papilas fungiformes) Discurso nasal disartrico
Inteligência / Personalidade	Inteligência geralmente normal Pensamento concreto ou litera Automutilação Resistência à mudança

Tabela 1- Manifestações clínicas de DF.

Fonte: SHOHAT, M. 2003

3.5 Tratamento

O tratamento da DP é fundado em métodos paliativos devido ao fato de ser uma doença incurável e afetar diversos sistemas do organismo, . Dentre os principais, observa-se um enfoque nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, renal, oftalmológico, muscular e neurológico. Porém, existem casos de estudos em que o foco é voltado para a análise e possível correção do gene mutante na doença (NORCLIFFE-KAUFMANN, AXELROD, KAUFMANN, 2010).

Os problemas cardiovasculares da DF são caracterizados pela instabilidade da pressão sanguínea, resultante da falha direta do sistema barorreflexo, que controla tal funcionalidade (NORCLIFFE-KAUFMANN, AXELROD, KAUFMANN, 2010). Consequências diretas de tal enfermidade são hipertensão e hipotensão.

No caso da hipertensão, o tratamento deve ser realizado com cautela e

precisão, pois o mesmo desencadeia uma gama de problemas que definem os rumos de ações específicas. Em casos transitórios, recomenda-se relaxar e descansar, qualificando um enfoque mais emocional, o que auxilia na homeostasia do fluxo sanguíneo. Caso ocorram ataques de vômito, as medicações padrões não serão eficazes o suficiente. Com isso, o uso de Benzodiazepínicos pode ser recomendado, porém sua prescrição é restrita a locais com alto controle sobre o paciente, devido a possibilidade de ocasionar problemas respiratórios. Além do mais, a presença da hipertensão na DF está correlacionada com o aparecimento de taquicardia, sendo possível a utilização de betabloqueadores.

A hipotensão está mais relacionada aos movimentos que resultam na verticalização do tronco e necessita de tratamentos com estratégias fisioterapêuticas e farmacológicas. A primeira inclui a não realização de movimentos bruscos e a promoção de manobras simples que melhoram a circulação sanguínea. Em relação ao uso de medicamentos recomenda-se a aplicação de Midodrine 45 minutos antes de possíveis eventos que levem ao quadro de hipotensão. Todavia, no caso da Fludrocortisona a orientação é que sua aplicação seja em doses mais baixas, visto que alterações nas quantidades administradas podem acelerar os problemas renais dos pacientes de DF, além de desencadear uma possível hipertensão (PALMA et al., 2014).

Os problemas gastrointestinais, assim como os citados anteriormente, estão na rotina de vida dos pacientes (GRUNEBAUM, 1974; PALMA et al., 2014). A maior causa de morte acontece por consequência de aspirações de conteúdo gástrico devido a refluxos, o que resulta em infecções pulmonares (KRAUSZ, *et al.*, 1994). O tratamento para o refluxo com Omeprazol e Ranitidine se mostrou eficaz. Ademais, mesmo que haja tratamento para as infecções, há o desencadeamento da queda do sistema imune, aumentando a susceptibilidade dos pacientes às outras doenças infecciosas.

Outra característica comum aos pacientes com Disautonomia Familiar é a alta produção de saliva, o que também é favorável para que ocorram infecções respiratórias. Os remédios tradicionais para o tratamento acabam agravando outros sintomas da doença, a exemplo da baixa produção lacrimal. Porém, existem intervenções cirúrgicas para a retirada de glândulas e injeção de toxina botulínica, que estão sendo realizadas com sucesso (PALMA et al., 2014).

Sobre as doenças respiratórias crônicas, sabe-se que uma vasta avaliação clínica deve ser realizada antes de se definir o tratamento adequado. Cabe ressaltar, ainda, que tanto a fisioterapia torácica nos bebês, a drenagem de secreções acumuladas nos pulmões e a utilização de um colete inflável que realiza compressões e expansões do tórax podem auxiliar na prevenção de infecções respiratórias (GIARRAFFA *et al.*, 2005).

As dificuldades respiratórias podem também ocasionar mortes súbitas durante o sono devido à ausência de respostas neurológicas aos quadros de hipoxemia e hipercapnia (AXELROD et al., 2002). Esses cenários resultam da hipoventilação gerada pela redução no tônus dos músculos respiratórios. Nesses casos o uso do CPAP é recomendado e medicamentos como opiáceos e benzodiazepinas são contraindicados, já que deprimem tal sistema (RILEY et al., 1949).

A taxa de filtração glomerular nos rins pode ser comprometida devido à hipertensão paroxística, presente desde o início da vida. Recomenda-se diálise e, se necessário, transplante renal para pacientes com doença renal grave (REKHTMAN et al., 2010). Destaca-se que a Fludrocortisona, que costumava ser bastante utilizada, foi suspensa após estudos mostrarem que ela pode agravar o quadro de insuficiência renal (PALMA et al., 2014).

Dentre as características marcantes da DF está a baixa produção de lágrimas emocionais e basais, o que compromete o sistema visual do portador. Logo, para reduzir os danos causados por essa desidratação da córnea, os tratamentos focam em manter o globo ocular úmido, incluindo lágrimas artificiais sem conservantes, fechamento dos ductos lacrimais e uso de lentes de contato (MARGULIES *et al.*, 1968).

O andar dos pacientes com Riley Day é atáxico, ou seja, descoordenado e desequilibrado e tende a piorar com o tempo. Como os tendões profundos estão ausentes, a ataxia parece ser de origem sensorial. Desse modo, a estratégia mais plausível visa aumentar a resposta sensorial da tensão cutânea para melhorar o caminhar.

As mais avançadas pesquisas em relação a síndrome buscam técnicas genéticas para contornar a expressão da doença, aumentando os níveis da proteína IKAP. Estudos utilizando fosfatilserina (PS) como tratamento para DF mostraram-se eficazes, pois foram capazes de elevar os níveis da proteína IKAP na linhagem celular de pacientes com DF (NAFTELBERG et al., 2016; REKHTMAN, Yelena et al., 2010; AXELROD et al., 2002) e também em modelo de camundongo com a doença (BOCHNER, Ron et al., 2013). Estudos utilizando BGP-15 em camundongos com DF demonstraram ser úteis no tratamento, pois este restaura a função mitocondrial normal. Em pacientes com DF, esta função está comprometida, sendo o BGP-15 eficaz em retardar ou prevenir a perda progressiva de neurônios em pacientes com DF (OHLEN et al., 2017).

Diante do exposto, observa-se que o tratamento ainda possui efeitos colaterais e aversões preocupantes. Portanto, cabe ressaltar que o acompanhamento para qualquer intervenção deve acontecer com extrema prudência, pois se trata de um paciente de alto risco. Ainda fica depositada a esperança de que as pesquisas genéticas vão simplificar o tratamento e levarão à cura, de fato, aos pacientes com

4 | CONCLUSÃO

Foi possível observar que, na grande maioria das vezes, a DF apresenta sinais e sintomas suficientes para um diagnóstico. É fundamental a realização da análise genética de pacientes com suspeita da doença para o diagnóstico preciso.

Os resultados demonstram que os aspectos genéticos da síndrome se encontram definidos e viáveis para compreender a complexa estrutura genética envolvida na doença, embora não sejam totalmente esclarecidos. Apenas com os estudos genéticos é possível diagnosticar pacientes de descendência judia ou não, fator associado à origem da mutação no gene IKBKAP. Ainda, foi possível identificar que crianças com DF apresentam, desde a infância, uma série de sintomas característicos da síndrome. Tais manifestações são decorrentes de uma mutação que caracteriza a anomalia autossômica recessiva hereditária no gene IKBKAP. Esse gene possui função não tão clara, mas sabe-se que atua no desenvolvimento neurológico. Assim, sua alteração provoca um comprometimento da inervação sensitiva e simpática, acarretando em uma estrutura complexa e alterações em diversos sistemas.

Quando se trata do tratamento, é possível compreender que atualmente não existem recursos terapêuticos curativos e nem mesmo que amenizem, de maneira total, os sintomas da doença. Os métodos utilizados são, basicamente, paliativos e comumente estão acompanhados de efeitos colaterais.

Além disso, ressalta-se a importância de fomentar que novos estudos sejam realizados. Assim, será possível compreender precisamente o papel do gene mutado, podendo estabelecer tratamentos eficazes na atenuação dos sintomas e, ampliar, de tal forma, a qualidade de vida dos pacientes com Síndrome de Riley-Day.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Sylvia L. et al. **Familial dysautonomia is caused by mutations of the IKAP gene.** The American Journal of Human Genetics, v. 68, n. 3, p. 753-758, 2001.

AXELROD, Felicia B. **Familial dysautonomia: a review of the current pharmacological treatments.** Expert opinion on pharmacotherapy, v. 6, n. 4, p. 561-567, 2005.

AXELROD, Felicia B. et al. **Survival in familial dysautonomia: Impact of early intervention.** The Journal of pediatrics, v. 141, n. 4, p. 518-523, 2002.

AXELROD, Felicia B.; GOLD-VON SIMSON, Gabrielle. **Hereditary sensory and autonomic neuropathies: types II, III, and IV.** Orphanet journal of rare diseases, v. 2, n. 1, p. 39, 2007.

- BAR-ON, Elhanan et al. **Orthopaedic manifestations of familial dysautonomia: a review of one hundred and thirty-six patients.** JBJS, v. 82, n. 11, p. 1563, 2000.
- BLUMENFELD, Anat et al. **Localization of the gene for familial dysautonomia on chromosome 9 and definition of DNA markers for genetic diagnosis.** Nature genetics, v. 4, n. 2, p. 160, 1993.
- BLUMENFELD, Anat et al. **Precise genetic mapping and haplotype analysis of the familial dysautonomia gene on human chromosome 9q31.** The American Journal of Human Genetics, v. 64, n. 4, p. 1110-1118, 1999.
- BOCHNER, Ron et al. **Phosphatidylserine increases IKBKAP levels in a humanized knock-in IKBKAP mouse model.** Human molecular genetics, v. 22, n. 14, p. 2785-2794, 2013.
- BRUNT, P. W.; MCKUSICK, Victor A. **Familial dysautonomia: a report of genetic and clinical studies, with a review of the literature.** Medicine, v. 49, n. 5, p. 343-374, 1970.
- CLOSE, Pierre et al. **Transcription impairment and cell migration defects in elongator-depleted cells: implication for familial dysautonomia.** Molecular cell, v. 22, n. 4, p. 521-531, 2006.
- COUZIN-FRANKEL, J. **Chasing a Disease to the Vanishing Point.** Science, v. 328, n. 5976, p. 298-300, 2010.
- CUAJUNGCO, Math P. et al. **Cloning, characterization, and genomic structure of the mouse Ikbkap gene.** DNA and cell biology, v. 20, n. 9, p. 579-586, 2001.
- DIETRICH, Paula; DRAGATIS, Ioannis. **Familial dysautonomia: mechanisms and models.** Genetics and molecular biology, v. 39, n. 4, p. 497-514, 2016.
- DYCK, P.; OHTA, M. **Neuronal atrophy and degeneration predominantly affecting peripheral sensory neurons.** Peripheral Neuropathy, Philadelphia, v. 2, p.791, 1975.
- GIARRAFFA, Philip *et al.* **Assessing efficacy of high-frequency chest wall oscillation in patients with familial dysautonomia.** Chest, v. 128, n. 5, p. 3377-3381, 2005.
- GRUNEBaum, M. **Radiological manifestations in familial dysautonomia.** Am J Dis Child. v.128, n. 2, p. 176-178, 1974.
- HAWKES, Nicola A. et al. **Purification and characterization of the human elongator complex.** Journal of Biological Chemistry, v. 277, n. 4, p. 3047-3052, 2002.
- HUNNICUTT, Barbara J. et al. **IKAP/Elp1 is required in vivo for neurogenesis and neuronal survival, but not for neural crest migration.** PLoS One, v. 7, n. 2, p. e32050, 2012.
- KAPLAN, L. et al. **Aspects of spinal deformity in familial dysautonomia (Riley-Day syndrome).** European Spine Journal, v. 6, n. 1, p. 33-38, 1997.
- KLEBANOFF, Mark A.; NEFF, John M. **Familial dysautonomia associated with recurrent osteomyelitis in a non-Jewish girl.** The Journal of pediatrics, v. 96, n. 1, p. 75-77, 1980.
- KRAUSZ, Yodphat *et al.* **Scintigraphic evaluation of esophageal transit and gastric emptying in familial dysautonomia.** European journal of radiology, v. 18, n. 1, p. 52-56, 1994.
- LEE, Gabsang et al. **Modelling pathogenesis and treatment of familial dysautonomia using patient-specific iPSCs.** Nature, v. 461, n. 7262, p. 402, 2009.

- LEHAVI, Ofer et al. **Screening for familial dysautonomia in Israel: evidence for higher carrier rate among Polish Ashkenazi Jews.** Genetic testing, v. 7, n. 2, p. 139-142, 2003.
- LEVINE, Sharon L.; MANNIELLO, Robert L.; FARRELL, Philip M. **Familial dysautonomia: unusual presentation in an infant of non-Jewish ancestry.** The Journal of pediatrics, v. 90, n. 1, p. 79-81, 1977.
- LEYNE, Maire et al. **Identification of the first non-Jewish mutation in familial Dysautonomia.** American Journal of Medical Genetics Part A, v. 118, n. 4, p. 305-308, 2003.
- MAAYAN, Hanna Channa. **Respiratory aspects of Riley-Day Syndrome: familial dysautonomia.** Paediatric respiratory reviews, n. 7, p. S258-S259, 2006.
- MAAYAN, Ch et al. **Incidence of familial dysautonomia in Israel 1977–1981.** Clinical genetics, v. 32, n. 2, p. 106-108, 1987.
- MACEFIELD, Vaughan G. et al. **Can loss of muscle spindle afferents explain the ataxic gait in Riley–Day syndrome?** Brain, v. 134, n. 11, p. 3198-3208, 2011.
- MARGULIES, S. I. *et al.* **Familial dysautonomia: A cineradiographic study of the swallowing mechanism.** Radiology, v. 90, n. 1, p. 107-112, 1968.
- MEHTA, KUMUD. **Familial dysautonomia in a Hindu boy.** American Journal of Diseases of Children, v. 132, n. 7, p. 719-719, 1978.
- MEZEY, E. et al. **Alpha synuclein in neurodegenerative disorders: murderer or accomplice?** Nature medicine, v. 4, n. 7, p. 755, 1998.
- NAFTELBERG, Shiran et al. **Phosphatidylserine ameliorates neurodegenerative symptoms and enhances axonal transport in a mouse model of familial dysautonomia.** PLoS genetics, v. 12, n. 12, p. e1006486, 2016.
- NORCLIFFE-KAUFMANN, Lucy; AXELROD, Felicia; KAUFMANN, Horacio. **Afferent baroreflex failure in familial dysautonomia.** Neurology, v. 75, n. 21, p. 1904-1911, 2010.
- NORCLIFFE-KAUFMANN, Lucy; KAUFMANN, Horacio. **Familial dysautonomia (Riley–Day syndrome): When baroreceptor feedback fails.** Autonomic Neuroscience, v. 172, n. 1-2, p. 26-30, 2012.
- NORCLIFFE-KAUFMANN, Lucy; SLAUGENHAUPT, Susan A.; KAUFMANN, Horacio. **Familial dysautonomia: History, genotype, phenotype and translational research.** Progress in neurobiology, v. 152, p. 131-148, 2017.
- OHLEN, Sarah B. et al. **BGP-15 prevents the death of neurons in a mouse model of familial dysautonomia.** Proceedings of the National Academy of Sciences, v. 114, n. 19, p. 5035-5040, 2017.
- PALMA, Jose-Alberto et al. **Current treatments in familial dysautonomia.** Expert opinion on pharmacotherapy, v. 15, n. 18, p. 2653-2671, 2014.
- REKHTMAN, Yelena *et al.* **Renal transplantation in familial dysautonomia: report of two cases and review of the literature.** Clinical Journal of the American Society of Nephrology, v. 5, n. 9, p. 1676-1680, 2010.
- RILEY, Conrad M. et al. **Central autonomic dysfunction with defective lacrimation: I. Report of five cases.** Pediatrics, v. 3, n. 4, p. 468-478, 1949.

RISCH, Neil et al. **Genetic analysis of idiopathic torsion dystonia in Ashkenazi Jews and their recent descent from a small founder population.** Nature genetics, v. 9, n. 2, p. 152, 1995.

SHOHAT Mordechai, WEISZ-HUBSHMAN, Monika. **Familial Dysautonomia, GeneReviews®.** 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1180/>>. Acesso em: 1 de Novembro de 2018.

SLAUGENHAUPT, Susan A. et al. **Tissue-specific expression of a splicing mutation in the IKBKAP gene causes familial dysautonomia.** The American Journal of Human Genetics, v. 68, n. 3, p. 598-605, 2001.

SMITH, Alfred; FARBMAN, Alfred; DANCIS, Joseph. **Absence of taste-bud papillae in familial dysautonomia.** Science, v. 147, n. 3661, p. 1040-1041, 1965.

CÂNCER DE PÊNIS: CONSCIENTIZAÇÃO E PREVENÇÃO

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 Tertó 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>

José Nairton Coelho da Silva

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO)
Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/6205616098857027>

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: O carcinoma peniano é uma neoplasia rara que atualmente vem em ascendência quanto a incidência, especialmente em países subdesenvolvidos. A etiologia para esse tipo de neoplasia é

incerta, estudos correlacionam o surgimento do câncer peniano com a presença de alguns fatores de risco tais como, higienização ausente e/ou inadequada, condições socioeconômicas desfavoráveis, baixos níveis de instrução, homens que não realizaram a circuncisão, infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), tabagismo e prática sexual desprotegida. Nesse contexto a atuação do profissional de enfermagem com prática de educação em saúde é de suma importância, de maneira que expõem para o público a gravidade do câncer de pênis, visando sensibilizá-los acerca da prevenção, esclarecer dúvidas sobre a patologia em questão com a população masculina e com isso despertar o interesse em relação ao cuidado à saúde pela população masculina. Assim, o trabalho teve como objetivo geral relatar experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem no processo ensino-aprendizagem em saúde e a gravidade em relação ao câncer de pênis. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em novembro de 2018, com funcionários do Centro de Especialidades Odontológicas–CEO na cidade de Caririáçu – CE. A ação contou com a presença de 31 pessoas entre homens e mulheres. A atividade foi planejada para ocorrer como uma roda de conversa, baseada na concepção sociocultural que determina que o homem é sujeito da educação. Realizou-se um “Quiz” em que os participantes estouraram balões e responderam às perguntas para saber o grau de conhecimento do grupo em relação à temática. De maneira geral foi uma experiência ímpar para ambas as partes, seja pela autonomia concedida aos discentes, com alcance dos objetivos, através de participação significativa do público, que ao colocar suas indagações eram prontamente sanadas pelos integrantes.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias penianas, promoção da saúde, saúde do homem.

PENIS CANCER: AWARENESS AND PREVENTION

ABSTRACT: Penile carcinoma is a rare cancer that is currently on the rise in incidence, especially in underdeveloped countries. The etiology for this type of cancer is uncertain, studies correlate the onset of penile cancer with the presence of some risk factors such as poor and / or inadequate hygiene, unfavorable socioeconomic conditions, low levels of education, men who did not perform circumcision, human papillomavirus (HPV) infection, smoking and unprotected sexual practice. In this context, the performance of nursing professionals with health education practice is of paramount importance, so that they expose to the public the severity of penile cancer, aiming at sensitizing them about prevention, clarifying doubts about the pathology in question with the disease. male population and thereby arouse interest in health care for the male population. Thus, the study aimed to report the experiences of nursing students in the teaching-learning process in health and the severity of penile cancer. This is a descriptive, experience report study, conducted in November 2018, with employees of the Dental Specialties Center - CEO in the city of Caririáçu - CE. The action was attended by 31

people between men and women. The activity was designed to occur as a conversation wheel, based on the sociocultural conception that determines that man is the subject of education. A “Quiz” was held in which participants popped balloons and answered questions to know the group’s level of knowledge about the theme. In general, it was a unique experience for both parties, whether due to the autonomy granted to the students, with the achievement of the objectives, through the significant participation of the public, who, when asking their questions, were promptly resolved by the members.

KEYWORDS: Penile neoplasms, health promotion, men’s health.

1 | INTRODUÇÃO

Considerada uma enfermidade rara o Câncer (CA) de pênis é uma neoplasia que vem cada vez mais ganhando espaço entre a população masculina, dando ênfase ao seu público acima de 50 anos, porém, sem descartar os mais jovens. Encontram-se intimamente relacionado com a patologia em questão, a higienização ausente e/ou inadequada do órgão, condições socioeconômicas e instrução, homens que não realizaram a circuncisão do prepúcio, pele que recobre a glândula (BRASIL, 2019).

A maioria dos profissionais considera que a má higiene e contenção do esmegma são os principais fatores de risco para desenvolvimento de neoplasias penianas. A etiologia do câncer de pênis ainda é desconhecida, havendo apenas estudos que mostram a associação da doença com seu surgimento diante de alguns fatores, já que existem poucos estudos moleculares que comprovem alterações genéticas, como agentes etiológicos ligados diretamente ao desencadeamento da patologia ou seu desenvolvimento. O estreitamento do prepúcio é um fator de predisposição ao câncer peniano. Pesquisas científicas apontam fortemente a relação do HPV (papiloma vírus humano) e o CA de pênis. No Brasil, esse tipo de tumor representa 2% de todos os tipos de câncer que atingem o homem, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste (SBU, 2016).

Embora a etiologia do câncer de pênis seja desconhecida, estudos mostram que existem diversos fatores de risco que contribuem de forma significativa para o surgimento e desenvolvimento da doença. Os fatores relacionados com a idade, localização demográfica, baixa instrução, situação socioeconômica baixa ou fatores culturais são significativos para uma maior incidência da doença. Homens inclusos nesses perfis, geralmente não procuram um serviço de saúde em tempo, ou não estão bem instruídos quanto a importância de assim fazer a fim de prevenir ou tratar de forma eficiente, quando a doença se instala. É de extrema importância, portanto, a promoção da educação em saúde sobre o assunto, de forma abrangente e clara, para alcançar todo esse público citado. (COSTA; TEXEIRA; CASTRO, 2015).

Além dos fatores de riscos já citados, existem também outros muito importantes, pode-se destacar a resistência do público masculino em procurar o serviço de saúde, seja em casos em que as doenças já manifestam sintomas ou não. Esse fator é um forte agravante, não só para a detecção tardia para um câncer de pênis, como também para diversas doenças preveníveis. Nesse caso, alguns homens justificam, de maneira equivocada, baseado em preconceitos e conhecimentos deficientes, o medo de perderem sua virilidade, e isso acaba se tornando uma barreira para a procura de assistência médica, já que, dentro de um conceito machista, o pênis representa um símbolo da masculinidade e perde-lo seria como deixar de ser homem, ou perder sua virilidade é sinônimo de perder sua moral como homem (CORREIA, 2018).

Assim, nós, enfermeiros, devemos ter um olhar crítico e não menos empático, para assim, buscar atrair esse público para à assistência, estando preparados a promover educação em saúde, a fim de quebrarmos esse tabu, fazermos com que compreendam a importância de prevenir e cuidar da saúde (CORREIA, 2018).

A Estratégia de Saúde de Família (ESF) tem muita influência sobre a perspectiva da prevenção do câncer de pênis, com o intuito de minimizar os casos de vivência com o tratamento e o prognóstico do câncer de pênis, e dessa maneira que a população masculina não venha a apresentar anseios, preservando seus desejos e planos (INCA, 2018).

O câncer de pênis é um tumor raro que pode surgir em todo órgão, ou apenas na pele que recobre o prepúcio, ocasionando assim alterações na cor e na textura da pele, podendo também surgir nódulos e feridas que demoram muito tempo para desaparecer. O aparecimento de lesões pode se dar na cor avermelhadas com difícil cicatrização, podendo ocorrer também corrimento com mau cheiro saindo da uretra, sangramento pelo pênis, inchaço das extremidades do pênis, e dor e aparecimento de ínguas na virilha (BRAS; SARDINHA ; PACHECO, 2015).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia- SBU (2016), devido os sintomas serem bem semelhantes a outras patologias tais como as ISTs, tipo: sífilis, herpes e gonorreia, podem ocorrer um atraso na detecção precoce dos sintomas, através do impacto na consulta com um urologista, e a vergonha desses homens, para realização de exames, para se obter um diagnóstico preciso e tratamento precoce.

Pode-se afirmar então que, na maioria das vezes, o primeiro sinal de câncer de pênis, é a alteração na cor da pele do pênis, podendo esta mudar a cor ou tornar-se mais espessa, pode aparecer ulcera crônica que sangra, algumas protuberâncias avermelhadas ou aveludadas, pequenos edemas sólidos, ou cor marrom-azulada, não podemos esquecer que o inchaço na extremidade do pênis, especialmente quando o prepúcio está retraído, pode indicar mais um sintoma claro do câncer de

pênis (BRASIL, 2019).

Durante as aulas de gênero e sexualidade em saúde do homem, percebeu-se a deficiência de abordagens referente ao câncer de pênis. Portanto, verificou-se uma necessidade do esclarecimento a respeito do que concerne a temática, que é de simples prevenção.

Dessa forma, tornou-se relevante trabalhar a temática do câncer de pênis, com os homens, através da educação em saúde e contribuir com a prevenção àquele agravo e melhorar a qualidade de vida masculina.

Assim, o trabalho teve como objetivo geral relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem no processo ensino-aprendizagem em saúde a gravidade em relação ao câncer de pênis. Teve como objetivos específicos: Sensibilizar o público acerca da prevenção do câncer de pênis; esclarecer as dúvidas sobre o câncer de pênis com a população masculina; reforçar a importância da participação e integração da população masculina frente a Estratégia de Saúde da Família; propor ao público que propaguem as informações adquiridas

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

O CA de pênis apresenta-se com localizações e aspectos clínicos múltiplos, sendo reconhecido em seus diversos estágios de sua evolução clínica, propiciando de forma significativa sua complexidade na efetivação do diagnóstico final da suspeita de CA de pênis. A realização do diagnóstico em estágio inicial, possui elevado índice de cura no tratamento. Porém, muitos dos pacientes acometidos deixam para procurar o médico quando a enfermidade já se encontra em estágios bem avançados, proporcionando assim uma diminuição no seu percentual de chances de cura. Vale salientar que todos os achados anômalos no órgão genital do cliente devem passar por uma avaliação criteriosa do profissional médico, mediante a investigação das lesões poderá ou até mesmo deverão realizar a biópsia para a concretização do diagnóstico de CA de pênis e posteriormente uma intervenção cirúrgica caso seja necessário (INCA, 2018).

O tratamento escolhido será definido após a classificação, localização e estadiamento do tumor. No caso de neoplasia com lesões mais extensas podem exigir amputação total do pênis ou mesmo emasculação que consiste na remoção total do pênis e dos testículos, e assim elimina a capacidade reprodutiva e de cópula do paciente. Algumas lesões primárias iniciais podem ser tratadas com laser ou glandectomia. A linfadenectomia (remoção dos linfonodos que drenam as células do câncer de pênis para a região da virilha) se impõe nos pacientes com tumores invasivos. Para o tratamento da neoplasia peniana em estágios avançados não existe um método efetivo. Contudo a cirurgia ainda que seja realizada apenas

como um atenuante, necessita de correções que utilizam retalhos miocutâneos, principalmente do músculo reto abdominal, essa prática em associação com outros procedimentos, viabilizam a redução da mortalidade relacionada ao procedimento (BARREIRA, et al, 2014).

Em casos de lesão primária de carcinoma epidermóide o tratamento consiste em retirada da lesão com margens amplas se a lesão for prepucial e amputação parcial do pênis quando a lesão for invasiva. Com o objetivo de minimizar as consequências mutilantes do tratamento cirúrgico tradicional, alguns métodos alternativos estão sendo analisados, como: a cirurgia micrográfica, a radioterapia, o tratamento com laser e a criocirurgia (POMPEO, et al, 2007).

O comprometimento linfonodal exige complementação por linfadenectomia inguinal bilateral e se houver suspeita pélvica, linfadenectomia ilíaco-obturadora (remoção cirúrgica de um ou mais grupos de linfonodos) em estágios avançados podem ser tratados inicialmente por *quimioterapia neoadjuvante* (BARREIRA, et al, 2014).

No Brasil há uma grande quantidade de fatores de risco ao câncer de pênis, pelo motivo em que há um grande déficit na escolaridade da classe socioeconômica baixa, as maiorias dos casos notificados no Brasil se encontram no norte e nordeste. Um dos grandes fatores também é a pouca adesão dos mesmos aos serviços de saúde. Desta forma vejo a necessidade de parte do governo o incentivo com programas e propagandas educacionais relacionadas à saúde (POMPEO, et al, 2007).

O prognóstico depende de alguns fatores como: estadiamento, localização do tumor, extensão da lesão, ocupação do paciente, e escolaridade. A taxa de sobrevivência está estreitamente relacionada com período de descobrimento do câncer, quando há um diagnóstico tarde, gira em torno de 5 anos de vida, quando descoberto e tratado no início das lesões há uma taxa de sobrevivência significativa de modo que o paciente pode progredir com a cura. A presença de metástase acelera a evolução da doença e reduz as chances de bom prognóstico (SOUZA, et al. 2018).

O câncer de pênis é uma doença que pode ser controlada, contudo isso não condiz com a realidade, que apresenta um índice elevado de incidência, se os homens se dispusessem a frequentar a estratégia de saúde da família, para fazer a prevenção. Mas, infelizmente eles só procuram quando a doença já está avançada, na maioria das vezes. Realizar ações educativas é essencial para quebrar o tabu para os homens se conscientizarem e fazer a prevenção tanto da parte deles como também dos órgãos públicos (GUIMARÃES, et al. 2017).

A circuncisão na infância mostra-se como fator de proteção, e sua prática deve ser estimulada em populações de risco. Higiene genital associada com a circuncisão configura como fator adicional importante na prevenção do câncer de pênis, essa

associação reduz expressivamente a incidência (WHO, 2010).

Dentre as atitudes preventivas referentes ao câncer de pênis, observa-se que a maior parte de sujeitos raramente tem o hábito de: realizar a limpeza do pênis com água e sabão; utilizar preservativo nas relações sexuais; realizar a higiene do pênis após as relações sexuais e masturbação; detectar alguma lesão no pênis; procurar o médico quando apresenta algum sintoma; realizar a inspeção do pênis durante o banho e a deficiência de hábitos higiênicos. Logo, constata-se que a análise das atitudes preventivas dos entrevistados evidencia a realidade do déficit de autocuidado dos referidos indivíduos (COSTA, et al, 2013).

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em novembro de 2018, com funcionários do Centro de Especialidades Odontológicas–CEO na cidade de Caririaçu – CE. A ação contou com a presença de 31 pessoas entre homens e mulheres.

O grupo facilitador da aprendizagem foi composto de acadêmicos de enfermagem, do 8º. Semestre, da disciplina de Processo Ensino-Aprendizagem em Saúde que elaborou o projeto de intervenção de educação em saúde sob orientação da docente da disciplina.

A atividade foi planejada para ocorrer como uma roda de conversa, baseada na concepção sociocultural que determina que o homem é o sujeito da educação, por meio de um método circunspecto (LEITE, PRADO, PERES, 2010). Nesse caso, foram expostas informações acerca da gravidade, da prevenção e do tratamento do câncer de pênis, com o intuito de emponderar os participantes a fim de que as informações sejam disseminadas em suas casas e na comunidade.

Ap princípio foi realizado acolhimento com apresentação pessoal. Posteriormente a atividade seguiu com a dinâmica da tinta, a qual um dos facilitadores da aprendizagem solicita a participação de um integrante do público.

Para a realização da dinâmica, o participante foi vendado e em seguida teve as mãos pintadas com tinta guache, ao tempo em que ele estava recebendo a orientação de que está sendo aplicado nas mãos é um produto “revelador” de microrganismos. Em seguida, foi orientado a realizar a lavagem das mãos como de rotina. Após isso lhe foi retirado a venda, “revelando” os microrganismos que ainda estariam nas mãos mesmo após a lavagem das mãos.

A dinâmica viabilizou iniciar as atividades com o grupo de participantes, pois, após esse momento, foi realizada uma roda de conversa sobre o assunto.



Figura 1: Roda de Conversa com o público.

Durante a roda de conversa foram expostas informações acerca da gravidade, da prevenção e do tratamento do câncer de pênis, com o intuito de empoderar os participantes a fim de que as informações sejam disseminadas em suas casas e na comunidade.

Após o término da roda de conversa realizou-se um “Quiz” em que os participantes estouraram balões e responderam às perguntas para saber o grau de conhecimento do grupo em relação à temática. Em cada resposta, o participante recebeu um brinde (um sabonete personalizado pela equipe, utilizado para promover a higienização do pênis).



Figura 2: Sabonetes personalizados distribuídos na ação.

Ao finalizar a atividade foram distribuídos folders informativos.



Figura 3: Folders informativos.

Durante a ação foram utilizados como instrumentos facilitadores o data show, apresentação de vídeo, cartazes, banner, folders explicativos, balões.

4 | RESULTADOS

De maneira geral foi uma experiência ímpar para ambas as partes, seja pela autonomia concedida aos discentes, e no tocante do alcance dos objetivos, através de participação significativa do público, que ao colocar suas indagações eram prontamente sanadas pelos integrantes.

Reconhece-se a importância da participação de ambos os sexos, pois embora a atividade era direcionada para o público masculino, a presença feminina se deu com significância de disseminação de conhecimento e auxílio na sensibilização sobre a temática.

Por ser tratar de um momento de ensino-aprendizagem, houve a necessidade de viabilizar a protagonismo dos sujeitos da aprendizagem. Assim percebe-se que com a dinâmica da tinta como produto revelador de microrganismos, conseguiu-se despertar nos participantes o interesse em relação a prevenção do câncer de pênis através do reconhecimento de uma lavagem eficaz.

Foi perguntado ao público durante o “Quiz” se manter relações sexuais sem proteção pode causar o câncer de pênis e 100% afirmaram que sim. Quando indagados ao uso de preservativo, 54,8% afirmam não usar preservativo; 19,4% usam sempre; 12,9% às vezes; 9,7% afirmaram que só fazem uso do preservativo quando não conhecem o parceiro sexual e 3,2% apontaram que só usam se o parceiro pedir.

Percebe-se que a população tem conhecimento pertinente a temática, porém observa-se ainda um comportamento de risco, visto que a população sabe dos métodos preventivos e se expõe à patologia em questão quando optam por não usar preservativo, como afirmaram a maioria dos presentes. Esse fato eleva a importância da atuação efetiva do enfermeiro em relação ao processo de ensino aprendizagem, por meio das ações de educação em saúde.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse projeto de intervenção, proporcionou para o grupo um despertar crítico e reflexivo referente ao tema em questão e o fortalecimento do trabalho em equipe.

Frente a realização da intervenção o que prendeu a atenção da equipe foi o déficit da população masculina no conhecimento sobre o Câncer de pênis, sendo bem aceita o tema pela população, quebrando paradigmas e tabus existentes de forma pertinente nesse grupo.

A realização da intervenção foi de suma importância para a formação acadêmica dos discentes participantes, pois proporcionou o desenvolvimento do protagonismo e autonomia, mediante a realização de educação em saúde.

Sendo assim, o projeto se consolidou de forma bastante produtiva, não só para os que executaram, mas também para o público alvo, servindo como embasamento para posteriormente a realização de novos projetos de educação em saúde frente a essa população inicial.

REFERÊNCIAS

BARREIRA, M. A. et al. Experiência do Hospital Haroldo Juaçaba com Reconstrução Utilizando Retalhos Miocutâneos em Cirurgia para Tratamento do Câncer de Pênis locorregionalmente Avançado. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 60, p. 43-50. Março de 2014, Disponível:

http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/07-artigo-experiencia-do-hospital-haroldo-juacaba-com-reconstrucao-utilizando-retalhos-miocutaneos-em-cirurgia-para-tratamento-do-cancer-de-penis-locorregionalmente-avancado.pdf (capturado em 05 de outubro de 2018).

BRAS, Filipa; SARDINHA, Rosa; PACHECO, Amália. Modalidades terapêuticas no tratamento dos condilomas acuminados. **Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra, v. 9, n. 5, p. 383-392, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302015000400005&lng=pt&nrm=iso (capturado em 12 setembro de 2019).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de pênis: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. 16 ago. 2019. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-penis> (capturado em 01 de outubro de 2019).

CORREIA, A.S. et al. **Câncer de Pênis: Resultados de uma Campanha de Prevenção**. Revista Port.: Saúde e Sociedade. 2018;3(1): 628-638. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/download/4143/3711>

COSTA LS, Teixeira JKF, Castro SFF. **Saberes e práticas do enfermeiro acerca do câncer de pênis**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online. J. res.: fundam. care. online 2015. jul./set. 7(3):2781-2795. Disponível em: <file:///C:/Users/SAU-TCC/Downloads/3806-25458-1-PB.pdf>.

GUIMARÃES, J. T. F. et al. Avaliação do conhecimento de homens acerca do câncer de pênis e práticas preventivas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Caxias, Vol. Sup. 8, S803-S810. Novembro de 2017, Disponível: <https://dx.doi.org/10.15202/782>(capturado em 13 de outubro de 2018).

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS) PRÓ-ONCO. Câncer de pênis, Disponível: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/penis/diagnostico> (capturado em 01 de outubro de 2018).

LEITE, M. M. J.; PRADO, C.; PERES, . H. C. Concepções pedagógicas. **Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora**. 1. Ed. p. 41. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2010, Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/File/11867/14313> (capturado em 10 de outubro de 2018).

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. **Câncer de pênis**. 08 jan. 2016. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/> (capturado em 13 de setembro de 2019).

SOUZA, Marco Antônio Comper de et al. Survival analysis of penile cancer patients treated at a tertiary oncology hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2479-2486, ago. 2018, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802479 (capturado em 2 de outubro de 2018).

World Health Organization (WHO). Cancer mundial [Internet]. Lyon: **International Agency for Research on Cancer**; 2008 [cited 2010 Apr 10], Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100039 (capturado em 15 de outubro de 2018).

FATORES CULTURAIS ASSOCIADOS A NÃO ADESÃO AOS EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL

Data de aceite: 05/02/2020

Data da submissão: (04/11/2019)

Orácio Carvalho Ribeiro Júnior

Docente do Centro Universitário do norte
(UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/0046295261211278>

Victória Villar Viana

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/5989228350570025>

Jéssica de Souza Gouveia

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/4454702560613779>

Lucas Moraes Izel

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/1553084305730514>

Pricyhelly Magda Melo Magalhães

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/0450479699202452>

Lucas Saboia Pereira

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/8614790500090016>

Tomé Franklin de Souza de Jesus

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/8712951989119327>

Tatiane Silva de Araújo

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/2313899982722070>

Larissa Thais Assis Xavier

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/6776154267599765>

Luiz Antônio Bergamim Hespanhol

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/4914813569826675>

Antônio Victor Souza Cordeiro

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/8816938468187690>

Sara Alves Monteiro

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/9528566946353487>

RESUMO: Introdução: Um dos problemas que esta nova conformação de assistência à saúde do homem no Brasil busca enfrentar é a questão do câncer de próstata. Porém, um dos entraves

na consolidação de uma linha de cuidado para o enfrentamento do câncer de próstata é a deficiência dos processos relacionados à prevenção e detecção precoce que podem ter como cerne vários fatores. A não busca de medidas preventivas do câncer de próstata pode ser influenciado por aspectos culturais que refletem na socialização dos homens em geral e a dificuldade para o homem de ocupar o papel de paciente que, com frequência nega a possibilidade de estar doente. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo analisar os fatores culturais associados à não adesão aos exames de prevenção de câncer de próstata no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura com busca por artigos científicos disponíveis nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). **Resultados e Discussões:** Através de 08 artigos foi possível identificar que os homens apresentam uma percepção sobre os exames de prevenção do câncer de próstata que é muito negativa e diretamente ligada à perda de seu papel sexual na sociedade, fato que leva ao distanciamento das práticas preventivas. **Conclusão:** O estudo mostra que os fatores culturais que levam os homens ao distanciamento das práticas preventivas em relação ao câncer de próstata devem-se essencialmente à uma representação distorcida que os mesmos têm sobre os exames, sendo necessário a realização de ações voltadas à conscientização da população masculina para a adesão aos métodos de prevenção do câncer de próstata, afim de reduzir a morbimortalidade nesta população pela doença.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem, Neoplasias da próstata, Câncer de próstata, Prevenção.

CULTURAL FACTORS ASSOCIATED WITH NON-ADHESION TO PROSTATE CANCER PREVENTIVE TESTS IN BRAZIL

ABSTRACT: Introduction: One of the problems that this new conformation of health care in Brazil seeks to address is the issue of prostate cancer. However, one of the obstacles in the consolidation of a line of care for the weakening of prostate cancer is the deficiency of the processes related to the prevention and early detection that may have as the core of several factors. The failure to seek preventive measures of prostate cancer can be influenced by cultural aspects that reflect in the socialization of men in general and the difficulty for man to occupy the role of patient who often denies the possibility of being sick. **Objective:** This study aims to analyze the cultural factors associated with non adherence to prostate cancer prevention in Brazil. **Methodology:** This is a Bibliographic Review of Literature with search for scientific articles available in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and International Literature in Health Sciences MEDLINE databases. **Results and Discussion:** Through 08 articles it was possible to identify

that the men present a perception about prostate cancer prevention tests that is very negative and directly related to the loss of their sexual role in society, a fact that leads to the distancing of preventive practices. **Conclusion:** the study shows that the cultural factors that lead men to distance themselves from preventive practices in relation to prostate cancer are essentially due to the distorted representation they have of the exams, and it is necessary to carry out actions aimed at raising the awareness of the male population for adherence to prostate cancer prevention methods, in order to reduce morbidity and mortality in this population by the disease.

KEYWORDS: Men's Health, Prostate Neoplasms, Prostate Cancer, Prevention.

INTRODUÇÃO

Com o intuito de diminuir as fragilidades encontradas no sistema de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com objetivos bastante singulares como: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade e qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (SILVA, 2012).

Um dos problemas que esta nova conformação de assistência à saúde do homem no Brasil busca enfrentar é a questão do câncer de próstata, uma espécie de neoplasia com alta prevalência em homens, com estimativa de 1,5 milhão de novos casos diagnosticados nos últimos anos. É, também, considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Segundo dados do INCA, o número de casos novos diagnosticados de câncer de próstata no mundo é de aproximadamente 543 mil casos por ano, representando 15,3% de todos os casos incidentes de câncer em países desenvolvidos e 4,3 % dos casos em países em desenvolvimento (INCA, 2018).

No ano de 2013 foram quantificadas quase 14 mil mortes por Câncer de Próstata no Brasil e estimam-se que no ano de 2018 ocorrerá uma incidência de cerca de 68.220 novos casos da doença no país. Os casos de neoplasias prostáticas apresentam maior incidência entre os homens em todos os estados do país, com distribuição de 95,63/100 mil habitantes na região Sul, 67,59/100 na região Centro Oeste, 62,36/100 mil na região Sudeste, 51,84/100 mil no Nordeste e 29,50/100 mil na região Norte. No entanto, é esperado um aumento de cerca de 60% no número de casos por conta da elevação da expectativa de vida (INCA, 2018)

O diagnóstico precoce constitui a principal ferramenta na prevenção desse tipo de câncer, haja vista o bom prognóstico exibido, quando o diagnóstico das

lesões é realizado ainda no estágio inicial. Entretanto, uma das principais barreiras enfrentadas, no diagnóstico precoce, se encontra baseada no preconceito e desinformação da população a respeito da doença. Aliada a isso, fatores sociais e econômicos dificultam o acesso universal aos meios diagnóstico e terapêutico. Quanto mais cedo a neoplasia for descoberta, maiores serão as possibilidades de se obter sucesso no tratamento (ROUS, 2010)

Segundo Gomes et al., (2008) as formas mais eficazes de realizar o rastreamento do câncer de próstata em geral, e através do exame clínico como (toque retal ou toque digital da próstata) e o exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico, conhecido por PSA, sigla inglesa da expressão *prostatic specific antigen*. Também observam que, quando necessário, deverá ser realizada uma ultra-sonografia transretal.

A Sociedade Brasileira de Urologia, por sua vez, aconselha que os homens que têm acima de 50 anos e os que têm 40 anos e com histórico familiar de câncer de próstata, pensem na possibilidade de “ir anualmente ao urologista para fazer check-up da próstata”, mesmo que não tenham sintomas urinários (GOMES et al., 2008).

Porém, um dos entraves na consolidação de uma linha de cuidado para o enfrentamento do câncer de próstata é a deficiência dos processos relacionados à prevenção e detecção precoce que podem ter como cerne vários fatores. A não busca de medidas preventivas do câncer de próstata pode ser influenciada por aspectos culturais que refletem na socialização dos homens em geral (SILVA et al., 2012).

Associado às dificuldades para realização do exame, existem várias barreiras como a questão cultural da masculinidade e a dificuldade para o homem de ocupar o papel de paciente que, com frequência nega a possibilidade de estar doente e procurar atendimento médico, já que poderia estar assumindo um papel passivo, dependente e de fragilidade (SILVA et al., 2013).

A única forma de garantir a cura do câncer de próstata é o diagnóstico precoce. Mesmo na ausência de sintomas, homens a partir dos 45 anos com fatores de risco, ou 50 anos sem estes fatores, devem ir anualmente ao urologista para fazer o exame de toque retal além de fazerem o exame de sangue (MODESTO., 2018).

Pretende-se, assim, com este estudo, realizado a partir de uma revisão de literatura, associar os fatores culturais associados à não adesão dos homens ao exame preventivo do câncer de próstata, e desta forma melhorar e esclarecer a população a desmitificar informações negativas que são posta pela mídia, pela sociedade como todo atreves do sensor e melhorar a adesão desses sujeitos ao exame de prevenção e com isso reduzir as taxas de mortalidade por câncer de próstata no país.

Neste contexto surge a seguinte pergunta norteadora: Quais fatores culturais estão associados a não adesão aos exames de prevenção de câncer de próstata no Brasil?

Assim, este estudo tem por objetivo analisar os fatores culturais associados à não adesão aos exames de prevenção de câncer de próstata no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, uma vez que visa identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. É produzida a partir de 6 fases (TEIXEIRA et al., 2013).

A presente pesquisa é de natureza teórico-bibliográfica de caráter exploratório com busca em conhecimentos específicos sobre o assunto abordado, nas referências de documentos e autores, predominantemente. Possui a seguinte pergunta norteadora: Fatores culturais associados à não adesão aos exames preventivos de câncer de próstata no Brasil?

Foram utilizadas referências teóricas por meio de periódicos, artigos científicos, localizados em sites especializados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

Foram utilizados para a busca dos artigos os seguintes descritores: saúde do homem, and câncer de próstata, neoplasias da próstata ,and prevenção, preconceito sexual and masculinidade, os quais foram extraídos do DeCs – Descritores em Ciência da Saúde. A busca dos artigos na base de dados SCIELO processou-se através dos descritores “saúde do homem” and “câncer de próstata”. Na base de dados LILACS utilizou-se os seguintes descritores: “neoplasias da próstata” and “prevenção” e na base de dados MEDLINE a busca dos artigos se deu através da utilização dos descritores: “preconceito sexual” and “masculinidade”.

Quanto aos critérios de inclusão foram selecionados os artigos que estavam em texto completo, publicados no Brasil, em idioma português, publicados no período proposto de janeiro de 2011 a dezembro de 2017 e que correspondessem aos objetivos da revisão. Os critérios de exclusão foram: estudos do tipo teses, dissertações, monografias, anais de eventos, artigos de revisão, relatos de experiência, estudo de caso.

Para extrair os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização

de um instrumento previamente elaborado: utilizou-se um quadro síntese contendo: base, revista, título, autor (es), objetivo, metodologia e ano.

Realizou-se uma leitura minuciosa dos artigos a fim de compilar os principais achados e suas correlações. Foi feita leitura flutuante com posterior categorização dos achados.

A partir da interpretação e síntese dos resultados, comparou-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico e conceitual sobre a temática, buscando convergências e divergências entre os achados trazidos pelos autores. A apresentação da revisão integrativa: os resultados foram apresentados através do fluxograma e dos quadros.

Por tratar-se de um estudo de revisão, não foi necessário a submissão do trabalho a um Comitê de Ética em Pesquisa, porém, a construção foi feita tendo o balizamento das normas de citação e preservação dos direitos autorais das obras consultadas

RESULTADOS

Nesta pesquisa foram identificados um total de 265 artigos nas bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017, sendo que após leitura, revisão e aplicação dos critérios de seleção, foram selecionados 08 artigos.

Em uma análise geral dos estudos, nota-se uma prevalência maior de publicações na base de dados SCIELO evidenciando a importância desta base para as publicações brasileiras no que diz respeito ao tema abordado. Por outro lado, observa-se que as maiorias das publicações estão em revistas de enfermagem, mostrando o quanto é de interesse desta ciência a referida temática e dos periódicos da profissão em publicar sobre a questão neste estudo abordada. Quando se faz análise dos estudos segundo o escopo metodológico observa-se que as maiorias são de estudos transversal e essencialmente quantitativos mostrando o quanto a enfermagem busca resultados palpáveis de passíveis de ser sumarizados por outro lado acaba mostrando fragilidade desses homens no que de respeita as principais dificuldades desse quadro.

DISCUSSÃO

Segundo Souza et al. (2011) encontram-se diversas dificuldades para a adesão aos métodos de prevenção, associadas a diversos fatores como: falta de

informação, crenças sobre o câncer e seu prognóstico, preconceito contra o exame preventivo do câncer de próstata, dentro outros. Apesar da conscientização da população sobre o câncer de próstata, verificou-se na literatura sobre os aspectos como a necessidade de prevenção, o tipo de exame e a idade para sua realização.

Segundo Freitas et al., (2013) nos últimos anos a tecnologia vem avançando constantemente e com isso veio a compreensão do diagnóstico precoce do câncer de próstata. A doença de câncer de próstata está cada vez mais aumentando suas taxas de mortalidade no Brasil, mostrando com isso ainda não se tem uma resposta definitiva para essa neoplasia, sendo necessário um cuidado de enfermagem humanizado e acolhedor para reverter tão problemática, incluindo a sensibilização de homens e seus familiares sobre a necessidade e importância de aderir aos métodos preventivos.

Em outro estudo realizado com homens no Sudeste do Brasil, identificou-se que cerca de um terço dos entrevistados considerou que o exame da próstata afeta a masculinidade. A questão subjetiva da masculinidade, embora pouco discutida, pode ser vista como a possibilidade de admitir fraqueza ou incapacidade, ou sentir que a doença poderia reduzir sua capacidade produtiva, poderia comprometer a invulnerabilidade conferida ao homem e, portanto, sua masculinidade. Sabe-se que no andamento do exame de próstata, mais precisamente no exame de toque retal, o homem é colocado em uma situação embaraçosa, pois, não existe uma cultura que o insira neste contexto numa perspectiva rotineira de prevenção (PAIVA et al., 2011).

De acordo com Pinheiro et al., (2011) vários pontos de tensão podem estar envolvidos no toque retal (incômodo com a penetração, receio de dor física e simbólica, de ter ereção, de ficar descontraído), e os profissionais, por partilharem do imaginário social, também podem ficar constrangidos e inseguros diante da possibilidade de medos e fantasias dos usuários, fato que tende a interferir significativamente na qualificação e consolidação do cuidado na perspectiva do diagnóstico e rastreamento precoce da doença.

Segundo Ascari et al., (2014) muitos homens possuem receio de realizar o exame de toque retal, o que gera preocupação, pois a falta de diagnóstico, ou o diagnóstico tardio, tem ocasionado à morte, quanto mais precocemente for diagnosticado e tratado, maiores as possibilidades de cura, além do tratamento ser menos agressivo e de menor custo quando comparado ao tratado em estágios mais avançados ou com metástase.

A melhor forma de detecção precoce é a que utiliza tanto o exame clínico quanto o de sangue, a chamada dosagem de (PSA antígeno específico da próstata) é uma proteína produzida por células normais e malignas da próstata. O teste de PSA mede o nível de PSA no sangue de um homem. Para este teste, uma

amostra de sangue é enviada para um laboratório para análise. Os resultados são geralmente relatados como monogramas de PSA por mililitro (ng / mL) de sangue. Nesse sentido, a melhor forma de diagnosticar o câncer de próstata é representada pela combinação de toque digital e dosagem do PSA (SILVA et al., 2013).

Os homens podem apresentar resistência e constrangimento ao exame de toque retal, pois isso fere sua masculinidade, no que se refere a condição de ser homem. A resistência porque ver o toque retal como algo que trama contra a concepção de ser homem, fica evidente que o exame retal pode ser vivenciado como embaraçoso, emerge como uma violação que pode ser vista como um espaço simbólico que serve para desestruturar a identidade e ser homem (BELINELO et al., 2014).

Uma das formas apontadas pela literatura para rastreamento é o exame de toque retal, e isso permite avaliar o tamanho, o formato e a consistência da próstata. Porém, apesar das suas facilidades, o exame acirra o imaginário masculino, como uma possível ereção que pode surgir com o toque e ser vista como indicador de prazer. Na imaginação masculina, a ereção pode estar ligada tão fortemente ao prazer que não se consegue imaginá-la apenas como uma reação fisiológica sendo interpretado como uma afronta a sua masculinidade, o que pode influenciar totalmente na adesão aos exames preventivos de câncer de próstata (SOUZA et al., 2011; AMORIM et al., 2011).

Por outro lado, no estudo realizado por Pinheiro et al., (2011), o mesmo relata que os homens tendem a terem uma resistência física acentuada em relação ao exame de próstata, consequência da representação social que se estabelece de imaginário do exame do toque como um fator para ferir a masculinidade, para os desmerecer enquanto homem. Porém observam-se, apesar com toda essa resistência, estes usuários relatam a necessidade de fazer o exame numa perspectiva de serem motivados para prevenir o agravamento da sua saúde, mesmo na presença dessa representação negativa sobre o exame conforme observado em falas dos usuários mostradas em outro estudo desenvolvido por Belinelo (2014) e colaboradores.

Percebe-se que é unânime nos estudos avaliados no Brasil, que os homens tendem a ter uma representação social e uma percepção sobre os exames de prevenção do câncer de próstata que é muito negativa. Essa percepção liga-se diretamente às questões relacionadas a sexualidade e à masculinidade sendo que na visão desses usuários a adesão a estes exames eles tende ferir ou comprometer o seu papel sexual dentro da sociedade, e isto acaba por despertar um interesse para enfermagem na perspectiva de se fazer uma mudança paradigmática que aconteça sobretudo na mudança de comportamento de percepção desses usuários, para que os mesmos possam ter uma visão consciente, respaldada no conhecimento para que então se possa qualificar assistência e melhorar os índices de morbimortalidade

de câncer de próstata no país a partir da detecção e rastreamento precoce.

CONCLUSÃO

O estudo ora apresentado cumpre com o objetivo proposto, disponibilizando informações atuais a respeito dos fatores relacionados à não adesão dos homens aos exames de prevenção do câncer de próstata. Foi possível identificar que estes sujeitos apresentam uma percepção sobre os exames de prevenção do câncer de próstata que é muito negativa, fato que leva ao distanciamento das práticas preventivas. Essa percepção liga-se diretamente às questões relacionadas a sexualidade e à masculinidade sendo que na visão desses usuários a adesão a estes exames tende a ferir ou comprometer o seu papel sexual dentro da sociedade e isso dificulta no processo de rastreamento da doença.

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de ações voltadas à conscientização da população masculina para a adesão aos métodos de prevenção do câncer de próstata, com vistas ao rastreamento e diagnóstico precoce de neoplasia prostática, a fim de reduzir a morbimortalidade nesta população que historicamente não possui hábitos de procurar os serviços de saúde que são oferecidos conforme a política nacional de atenção integral à saúde do homem.

Assim, é necessário que sejam vencidos todos os estigmas e preconceitos que estes usuários têm em relação aos exames de rastreio e detecção precoce de câncer de próstata, principalmente o exame de toque retal. Nesse sentido, a equipe de enfermagem precisa trabalhar os aspectos cognitivos e culturais, para que essas barreiras presentes na própria percepção desses usuários sejam quebradas e com isso estimular estes sujeitos a procurarem pelos serviços de saúde que são destinados a eles, e assim, melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade por câncer de próstata no país, bem como, criar uma cultura de prevenção neste contexto.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p.347-356, fev. 2011.

ASCARI, Rosana Amora et al. A prevalência de testes diagnósticos de câncer de próstata em uma comunidade rural. **Portal de Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p.53-59, mar. 2014.

BELINEL, Renata Guzzo et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 100-106, 2014.

GOMES, Romeu et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p.1975-1984, dez.

2008.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva** – Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.

MODESTO, Antônio Augusto Dall'agnol et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p.251-262, mar. 2018.

PAIVA, Elenir Pereira de; MOTTA, Maria Catarina Salvador da; GRIEP, Rosane Harter. Barreiras relacionadas aos exames de rastreamento para câncer de próstata. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p.73-80, fev. 2011.

PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p.845-858, set. 2011.

ROUS, S. N. **Guia completo da próstata**: informação médica sobre sintomas e tratamento. 1. ed. São Paulo: Gaia, 2010.

SILVA, Patrícia Alves dos Santos et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 561-8, 2012.

SILVA, Andrei Boscarino de Meneses et al. Conhecimentos e práticas sobre prevenção do câncer de próstata: uma contribuição para a enfermagem. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p.785-791, 27 out. 2013.

SOUZA, Luccas Melo de; SILVA, Michelli Porto; PINHEIRO, Ingrid de Souza. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p.151-158, mar. 2011.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. Revisão integrativa da literatura passo-a-passo & convergências com outros métodos de revisão. **Rev Enferm UFPI, Teresina** 2(spe):3-7, dec., 2013.v. 2, n. 3, jan./jun. 2017

O ESTRESSE DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Data de aceite: 05/02/2020

Data de submissão: 04/11/2019

João Victor da Silva Coutinho

Mestre em Ciências Fisiológicas, Centro
Universitário São Camilo-ES. Brasil. <http://lattes.cnpq.br/6600915137024415>

Renato Vidal de Oliveira

Mestre pela Escola Superior de Ciências
da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(EMESCAM)

Vitória- ES, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/0143160827270810>

Aldirene Libanio Maestrini Dalvi

Pós-Graduada do Curso de Enfermagem
em Unidade de Terapia Intensiva do Centro
Universitário São Camilo-ES. Brasil. <http://lattes.cnpq.br/5737661892216058>

Enfermeiro graduado pela Universidade Estadual
de Natal, RN. Brasil.

Ionar Cilene de Oliveira Cosson

Docente, Professora Dra. Adjunto III, Curso
de Graduação em Enfermagem, Universidade
Federal do AC. Brasil. <http://lattes.cnpq.br/8426640461796434>

Jaçamar Aldenora dos Santos

Estudante de doutorado, Docente, Professora
Adjunto III, Curso de Graduação em Enfermagem,
Universidade Federal do AC. Brasil. <http://lattes.cnpq.br/9006933879768993>

Francisco Afonso Diniz de Mesquita

Bacharel em enfermagem pela
universidade estadual de natal(1996)
Lattes: 7560562739426798

RESUMO: Objetivo identificar as principais causas geradoras de estresse nas Unidades de Terapia Intensiva como também, descrever os meios que podem ser utilizados para enfrentar o estresse laboral nessas unidades. **Método:** Este artigo foi realizado por meio de uma revisão de literatura em banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS e Scielo, no período de 1987 a 2017, através dos descritores da saúde DeCS.

Resultados: Evidenciou que o estresse laboral é uma das principais causas de questionamento das equipes de enfermagem. O profissional esgotado pelo estresse passa a executar suas atividades com dificuldade e pode colocar em risco a prestação dos cuidados aos enfermos.

Considerações: Desta forma, é essencial os gestores em saúde e os profissionais envolvidos nas UTIs criarem alternativas viáveis para incentivar um bom ambiente laboral e a qualidade de vida tanto dos trabalhadores quanto dos pacientes a serem atendidos.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse. Unidade de

THE STRESS OF THE NURSE IN THE ADULT INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Objective To identify the main causes of stress in Intensive Care Units, as well as to describe the means that can be used to cope with occupational stress in these units. **Method:** This article was conducted through a literature review of the Virtual Health Library (VHL) database, in the LILACS and Scielo databases, from 1987 to 2017, using the DeCS health descriptors. **Results:** It evidenced that work stress is one of the main causes of questioning of nursing teams. The professional exhausted by stress starts to perform their activities with difficulty and may endanger the provision of care to the sick. **Considerations:** Therefore, it is essential that health managers and ICU professionals create viable alternatives to encourage a good working environment and the quality of life of both workers and patients to be cared for.

KEYWORDS: Stress. Intensive care unit. Nurse-Patient Relationships.

INTRODUÇÃO

O termo estresse foi utilizado na área da saúde primeiramente no ano de 1926, quando Hans Selye notou, em indivíduos que foram submetidos a estímulos externos, um conjunto típico de reações orgânicas que definiam certas patologias. Em 1936 ele realizou o primeiro estudo sobre o estresse utilizando cobaias que foram submetidas a estímulos estressores, no qual foi observado um padrão específico na resposta comportamental e física destes animais (FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Para Hans Selye a síndrome geral da adaptação (SGA), causa alterações orgânicas, como, perda de peso, úlcera gastrointestinal e atrofia dos vasos linfáticos. O estresse não é considerado uma doença e sim um estado gerado decorrente de alterações não específicas de um sistema biológico (FIGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

Para o entendimento das respostas fisiológicas aos agentes estressores é necessário partir do pressuposto que possui origem multifatorial e ocorre no ambiente laboral relacionado às condições de trabalho e do próprio indivíduo com características pessoais e interpretações disfuncionais próprias, uma vez que certos espaços de trabalho exigem muito dos trabalhadores, tornando-se muito desgastante (BIANCHI, 2009).

O autor procura explicar o estresse analisando o que o estresse não é, dizendo que o estresse não é uma tensão nervosa e nem a resultante de estímulos nervosos, também não é resultante da reação de alarme, que neste caso se chama de estressor, também não é o desequilíbrio da homeostase. Assim, o estresse é “um estado manifesto por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações

não específicas produzidas num sistema biológico” (FIGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

Em um ambiente de trabalho não favorável, algumas situações podem causar ansiedade quando submetido a um tempo que o indivíduo não suporta, podem desencadear “o estado de estresse”, podendo causar danos ou desgaste físicos e emocionais proporcionados doenças (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

Para exemplificar, a enfermagem é representada por uma equipe que está diretamente ligada aos cuidados do paciente na (UTI). Esta equipe se destaca porque estão mais expostos e próximos dos doentes absorvendo sobremaneira a carga psíquica e emocional que recebem no turno de trabalho exaustivo e muitas vezes repetitiva (DECEZARO et al, 2014).

O enfermeiro na unidade de terapia intensiva é essencial, pois este desenvolve atividades de administração gerencial e assistência ao paciente, motivo que torna o enfermeiro um profissional ainda mais vulnerável ao estresse por acumular muitas atribuições. Situações de estresse na (UTI) são muitas como: de emergência eminentes e frequentes, grande aparato tecnológico que demanda atenção redobrada, rotina agitada, muitos pacientes graves, entre outros (PRETO; PEDRÃO, 2009).

A profissão de enfermagem é sinônimo de proximidade com o paciente, porque é o profissional de enfermagem que deve monitorar os pacientes ininterruptamente nas 24 horas. Esta peculiaridade da profissão se estreita ainda mais em um ambiente como da UTI, e o convívio com os sentimentos que estão, muitas vezes, além da capacidade humana de se suportar, confrontam-se com a angústia e sofrimento dos pacientes e familiares que lidam com a possibilidade de morte; sendo o reflexo do que a equipe de enfermagem trabalha diariamente (DECEZARO et al, 2014).

O lidar com a saúde e a doença, afetam o desempenho profissional, no que diz respeito à qualidade do serviço prestado, prejudicando não somente a assistência ao paciente, o bem-estar e o relacionamento com a equipe (MONTANHOLI et al, 2006).

Diante disso, este trabalho objetivou evidenciar os fatores causadores do estresse, bem como os principais sinais e sintomas causados nos profissionais de enfermagem, isso facilitará o entendimento para apontar medidas que possam ajudar a enfrentar este mal, diminuindo o estresse no local de trabalho.

O presente estudo é uma revisão de literatura, onde pretende-se observar às dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem no setor de unidade de terapia intensiva (UTI), dando ênfase ao enfermeiro que coordena a equipe de enfermagem e presta assistência aos pacientes internados. O estudo objetiva mostrar o “fenômeno estresse” como um mal que se evidencia nos trabalhadores e que se bem compreendido pode ser evitado ou mesmo tratado, mostrando que

mesmo em um setor de trabalho “estressante” como a (UTI), é possível que tenham profissionais saudáveis físico e emocionalmente.

DESENVOLVIMENTO

A profissão de enfermagem na UTI

A UTI é considerado um setor crítico, que atende pacientes em estado de saúde delicado, que necessitam ser assistidos nas 24 horas e que dispõe de recursos materiais modernos e humanos especializados que sejam aplicados na assistência e vigilância de qualidade (GARANHANI, 2008).

O papel da enfermagem é fundamental, uma vez que passa a maior parte do tempo com os pacientes. O papel do enfermeiro é imprescindível na UTI porque de uma forma geral, este profissional é aquele que vai dar direção a equipe de enfermagem para que se faça um trabalho organizado, garantindo a realização dos tratamentos adequadamente. Este profissional lida com diversas situações e tem várias atribuições que visa desde administrar uma medicação, quando necessário, até cuidar de aparelhos, de alta tecnologia indispensáveis para manter à vida dos pacientes (HUDAK; GALLO, 1997).

Outras atribuições são conferidas, como: obter história do paciente, fazer exame físico, executar o tratamento prescrito, porém, o mais importante não é apenas administrar o medicamento corretamente, é também orientar o paciente naquele momento de **fragilidade emocional**, sabendo lidar com situações adversas, conscientizando a importância do tratamento. O papel do enfermeiro frente a equipe é muito mais que gerir a equipe tecnicamente, mas dar “personalidade” na maneira de se trabalhar, transmitindo aos seus comandados todo seu conhecimento técnico e experiência acerca do que eles devem ser frente a função de cuidar de outrem com responsabilidade (HUDAK; GALLO, 1997).

Segundo Camelo (2012), destaca-se a competência de cuidar e de gerenciar pelo enfermeiro. O cuidado é melhor explicado, quando o profissional ao avaliar o paciente no seu contato e realiza um levantamento clínico de enfermagem com objetivo de conhecer o paciente como um todo, e faz a observação, aproximação com o levantamento de dados, planejamento, a implementação e avaliação com a evolução do paciente. O gerenciamento caracteriza-se por qualificar a equipe de enfermagem através da educação continuada.

“[...] o papel do enfermeiro em uma Unidade de Tratamento Intensivo consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhar e ensinar a manutenção da saúde e orientar os doentes para a continuidade do tratamento [...]” (CAMELO, 2012, pg.3).

Reforçando a atuação do enfermeiro, observa-se na lei do exercício profissional que dispõe sobre o enfermeiro exercer todas as atividades, cabendo-lhe realizar o: planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, o autor está dizendo que é importante o enfermeiro se fazer presente atuando, porque sua atuação legalmente tem atribuições que são importantíssimas para se manter uma assistência de qualidade, referindo-se a atuação na UTI, que toma destaque pela atuação do enfermeiro com alta capacitação técnico-administrativa, utilizando a humanização na assistência, valorizando o atendimento de qualidade ao paciente (CAMELO, 2012).

Para que possa haver uma compreensão melhor do que são as atribuições do enfermeiro na íntegra em quaisquer situações de trabalho sob quaisquer condições e funções que o mesmo desenvolva é posto, de acordo com o Cofen, (1987), o decreto nº 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e dispõe sobre o exercício da enfermagem, no Art. 8º, que ao enfermeiro incumbe privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 1986).

De forma a fazer um comparativo entre o que determina a lei do exercício profissional de enfermagem, comparando com a rotina de uma UTI, vemos como realmente é importante a atuação de um profissional enfermeiro neste ambiente laboral extremamente complexo, demonstrando algumas atribuições, como:

- a) Organizar, estruturar, administrar e controlar as atividades da unidade, assegurando a qualidade da assistência;
- b) Prever e prover de recursos materiais e humanos para garantir o bom funcionamento;

- c) Dirigir a unidade de trabalho sob sua responsabilidade, com competência técnica e abrangência científica para atingir o objetivo proposto pelo serviço;
- d) Controlar o uso adequado e econômico de materiais;
- e) Providenciar a manutenção, preservação, controle e revisão periódica dos equipamentos e materiais;
- f) Convocar e presidir reuniões periódicas com a equipe de enfermagem a fim de avaliar o serviço;
- g) Participar de reuniões da Gerência de Enfermagem e Multidisciplinares;
- h) Elaborar a escala de folgas e férias para a equipe de sua área, dentro das necessidades da instituição e melhor funcionamento da unidade;
- i) Elaborar as escalas mensais do serviço e controlar o comparecimento dos funcionários;
- j) Trabalhar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, envolvendo os quatro turnos de trabalho;
- k) Supervisionar assiduidade, pontualidade e disciplina da Equipe de Enfermagem (MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM DA UTI ADULTO, 2012, pg.44)

Na Lei do Exercício Profissional merece destaque o item que fala em “prestar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos” e isso é justificado quando segundo Camelo (2012), a implementação do cuidado de enfermagem de maior complexidade é tarefa de cuidar do paciente na UTI e é atividade distribuída entre todos os membros da equipe de saúde e, dessa forma, também é uma atribuição do enfermeiro. Visto essa “panaceia” de conceitos e atribuições não se pode furtar e declarar que a conclusão que facilmente entende-se é que a profissão da enfermagem em locais que exijam grande complexidade, torna-se importantíssimo a presença do enfermeiro na equipe. Promovendo bem-estar físico e mental para o paciente e o profissional.

O Estresse

Esse tema é estudado desde o início do séc. XX, por Hans Hugo Bruno Selye, um médico húngaro que estudou este fenômeno pela primeira vez em 1926. Esse termo é advindo da física que significa grau de deformidade sofrido por alguma estrutura quando é aplicada uma determinada força. Logo, este cientista utilizou este conceito para denominar:

“[...] aquele conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige um esforço para adaptação [...]” (LIBERATO; BALLSTAEDT; ABRIL, 2013, pg.07).

Portanto estar com estresse significa estar sob pressão ou estar sob a influência

de um estímulo insistente. Outro termo utilizado nesse processo é o estressor, que é diferente do estresse e significa estímulo capaz de provocar respostas orgânicas; são elas: respostas mentais, psicológicas e/ou comportamentais relacionadas com mudanças fisiológicas, padrões e estereotipadas. O estresse entra como uma tentativa do organismo em adaptar a esses sintomas após algum tempo (LIBERATO; BALLSTAEDT; ABRIL, 2013).

Na tentativa do organismo resistir aos efeitos deletérios, visando a preservação dos sistemas biológicos, o cérebro percebe as situações estressoras e interfere fisiologicamente com reações químicas na ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e o aumento do tônus simpático, aumentando os níveis de catecolaminas circulantes, promovendo o aumento na secreção do cortisol o qual tem efeitos mais duradouros, repercutindo no sistema imunológico, diminuindo a resposta inflamatória com a redução das células T killer, fazendo alterar a resposta imune. Promove desordens cardiovasculares e respiratórias com o aumento da frequência cardíaca, ventilação, ansiedade, sudorese e estado exacerbado de alerta (PIEADADE; SANTOS; CONCEIÇÃO, 2012).

Na década de 70 surgem novos conceitos com o avanço dos estudos na área do estresse e autores como o psicanalista Herbert J. Freudenberger, Cristina Maslach, psicóloga social, foram pioneiros nessa linha de estudo e denominaram uma síndrome advinda do estresse chamada *síndrome de Burnout*. Essa síndrome caracteriza-se por uma exposição prolongada aos *estressores* que provocam sinais e sintomas físicos e psíquicos, como: à fadiga emocional, mental e física, sensações de incerteza, desligamento do trabalho, sentimento de inutilidade dentre outros. Verifica-se que esta síndrome tem como principal característica o esgotamento tanto físico quanto mental advindo do estresse e das atividades relacionadas ao trabalho (PIEADADE; SANTOS; CONCEIÇÃO, 2012).

“A síndrome Burnout é definida por Maslach e Jackson como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas” (CODO; MENEZES, 2010, pg29).

Existem características específicas que podem qualificar o estado de Burnout. Estas podem ser a exaustão emocional com o ambiente de trabalho, ou através de relações de contato direto com pessoas em situações de doenças gerando uma grande carga emocional. Isso faz com que o enfermeiro neste caso, se sinta esgotado. É muito comum observar profissionais de saúde desanimados, apáticos e mostrando frieza para com o outro que está necessitando de cuidado. Neste estágio, o comportamento apresentado pelos profissionais se enquadra no que é chamado de “personificação” da Burnout. O último estágio dessa síndrome é caracterizado por uma redução da autoestima com a desqualificação própria pessoal e profissional

(PIEIDADE; SANTOS; CONCEIÇÃO, 2012).

Para explicar as consequências fisiológicas do estresse, pode ser considerado que com a liberação de adrenalina e noradrenalina geram efeitos reflexos imediatos alterando o metabolismo de uma forma geral, acelerando a frequência cardíaca aumentando a pressão arterial e da glicemia. A longo prazo acentuam-se os sintomas cronicando com distúrbios cardiovasculares e renais agravado pela diabetes. Em relação aos hormônios tireoidianos e liberação de colesterol no sangue, causa imediatamente o aumento ainda mais acentuado do metabolismo e energia, mas que a longo prazo faz uma exaustão orgânica com perda de peso e desgaste com risco arteriosclerótico (LIBERATO; BALLSTAEDT; ABRIL, 2013).

Estudos da psicologia social e comportamento humano dão ênfase ao estudo das variáveis nas diferenças individuais. Desde o início do século este fenômeno é observado, focando nos estudos comportamentais os diversos mecanismos de defesa. Em muitos casos o comportamento gerado é inapropriado e rígido aos estímulos externos. A partir da década de 60, esse entendimento passou a ser estudado em uma vertente mais consensual que valoriza o cognitivo e o situacional do ser, enfatizando a pessoa, o ambiente e os traços de personalidade, frente a uma situação de estresse (ANTONIAZZI, 1998).

Logo o estresse é considerado um fenômeno criado da somatória de fatores externos que provocaram desconforto, são considerados estressores, aos quais o indivíduo reagirá lançando mão de esforços cognitivos e comportamentais a esses estímulos, através de mecanismos distintos para tolerar, reduzir ou dominar essas demandas, chamando esse fenômeno de “*coping*”, podendo utilizar vários recursos, saúde, crenças, responsabilidade, suporte, habilidades sociais e recursos materiais (GUIDO et al, 2011).

De acordo com Antoniazzi (1998, pg.276), o modelo de Folkman e Lazarus envolve quatro conceitos principais: (a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

Então evidencia-se que atualmente no mundo competitivo o estresse parece ser inevitável aos trabalhadores de uma forma geral. Para tanto, o ser humano é capaz de adaptar-se a situações adversas através de mecanismos de proteção, criados intuitivamente pelo ser humano em situações extremas, para que haja a

compensação e melhora a situações adversas de estresse (ANTONIAZZI, 1998).

Medidas de prevenção e qualidade de vida

Segundo Vasconcelos (2001) na área do trabalho da saúde a ciência preocupa-se em estudar formas para preservar, cada vez mais, a integridade física, mental e social do trabalhador e não somente procurar o controle das doenças.

No enfrentamento cotidiano do estresse o profissional para manter a saúde física e mental saudável, precisa ter boa compreensão do mundo exterior e ter condições, para lançar mão, como recursos para enfrentar os estímulos ou estressores, de forma que possa “combater” adaptando-se (DECEZARO et al, 2014).

Entende-se que algumas características são importantes para promover a promoção e qualidade de vida, como por exemplo: enfermeiros mais experientes e que trabalham a mais tempo em UTI, sofrem menos com o estresse porque conseguem se adaptar e lidar com mais facilidade aos eventos estressantes, também possuem mais experiência para se adaptar às situações cotidianas vividas no trabalho. A pós-graduação é outro fator que contribui para a promoção da qualidade de vida, proporcionando mais conhecimento da função, aumentando a segurança, portanto, contribuindo para melhorar o desempenho do profissional no setor de trabalho (GUIDO et al, 2011).

Existem outras formas de combater o estresse e são estratégias que minimizam os estímulos estressores no ambiente, isso promove a qualidade de vida no trabalho, sendo medida de prevenção. Podem ser implementados alguns exemplos como: adequar espaços físicos às necessidades dos trabalhadores, proporcionar vantagens como incentivos, verificar a escala de acordo com o redimensionamento de pessoal, para que não fique desajustada não ocasionando sobrecarga de trabalho, envolver todos os colaboradores para aperfeiçoar os processos de trabalho, discutir a implementação de instrumentos úteis para medir a capacidade do trabalhador no ambiente a que está exposto, verificando se está tendo uma carga de trabalho suportável (DECEZARO et al, 2014).

Vale ressaltar que existem fatores que devem estar contemplados no sentido de que promovam preventivamente qualidade de vida no trabalho, isso é importante porque caso contrário esses fatores podem causar insatisfação, são eles: Fatores higiênicos e fatores motivadores (VASCONCELOS, 2001).

“Fatores higiênicos: política e administração da empresa, relações interpessoais, supervisão, condições de trabalho, salário, status e segurança no trabalho. Fatores motivadores: abrangem a realização, reconhecimento, o próprio trabalho, responsabilidade, progresso e desenvolvimento” (VASCONCELOS, 2001, pg24)

Para nortear as relações de trabalho é imperioso que haja a organização nos locais de trabalho com ênfase a novas tecnologias e automação, assim para se falar

em qualidade de uma forma geral deve-se enfatizar a qualidade dos ambientes e condições de trabalho satisfatórias e para isso deve haver a democratização das relações sociais nos locais de trabalho (LACAZ; ANTÔNIO, 2000).

Ainda, segundo Lacaz (2000), como ações de promoção da saúde do trabalhador, classificam-se alguns critérios para serem cumpridos, como: a) compensação justa e adequada: partilha de ganhos e compensação satisfatória; b) condições de trabalho: jornada de trabalho razoável, ambiente salubre, seguro e saudável; c) uso e desenvolvimento de capacidades: autonomia, autocontrole; d) oportunidade de crescimento e segurança: igualdade, ausência de preconceitos; e) constitucionalismo: direito de proteção do trabalhador, liberdade de expressão, tratamento imparcial, direitos trabalhistas, estabilidade de horários, tempo para lazer e família, papel balanceado no trabalho; f) integração social na organização - ausência de preconceitos, igualdade.

O estresse pode ser combatido quando identificado ou prevenido com inúmeras estratégias como verificado neste estudo, mas existem medidas de vida saudável que funcionam, não somente para o enfrentamento do dia a dia, mas também como forma de manter a saúde física saudável (LIBERATO, 2001).

“Várias estratégias se aplicam com sucesso no tratamento do estresse. O alívio do estresse moderado pode ser obtido por meio de exercício físico ou de qualquer tipo de relaxamento. O estresse grave pode demandar tratamento psicoterapêutico para trazer à tona as causas subliminares e atacá-las. Algumas vezes, a mudança de ambiente ou de modo de vida produz boa resposta terapêutica”. (LIBERATO, pg. 43, 2001).

Pode-se dizer que mesmo com todas as dificuldades que os trabalhadores enfrentam diariamente, é fato que a conscientização para o problema do estresse na rotina diária, com trabalhos que cada vez mais exigem dos trabalhadores mais empenho e dedicação, conclui-se que existem maneiras viáveis de controlar seus efeitos deletérios do estresse e até evitá-los.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre todas as modalidades de tratamento que existem compete a enfermagem uma das mais importantes, que é o cuidado. Significa, garantir ao paciente segurança e bem-estar, mesmo em situações difíceis de doenças e eminência de morte, transmitindo amor e profissionalismo; mas quem cuida também pode se comprometer com tantos sentimentos envolvidos na relação paciente - profissional.

Trabalhar na UTI é uma atividade estressante, principalmente para quem presta o cuidado como principal fermenta de trabalho e o enfermeiro além de prestar este atendimento também deve estar “atenado” ao universo complexo da (UTI). Somando várias atribuições, como organizar e gerenciar uma equipe de enfermagem, além

de cuidar de procedimentos especializados realizado com pacientes graves. Visto isso a tensão em um local tão delicado e complexo é eminente e pode desencadear situações de instabilidade físico e mental culminando em um estado de estresse, que com o passar do tempo pode se agravar cada vez mais, até que provoque doenças.

Portanto esse estudo fornece o entendimento da importância de identificar os fatores que no ambiente de trabalho possam provocar o estresse. Estes podem ser prevenidos com medidas a serem tomadas pelos profissionais enfermeiros. Identificou-se no estudo que os profissionais quando buscam trabalhar em um ambiente com mais qualidade conseguem ter uma vida saudável de modo a não sofrerem com o estresse. Essas medidas podem ser desde individuais ou coletivas. Tanto o aperfeiçoamento profissional individual, como o redimensionamento do local de trabalho.

REFERÊNCIAS

ANTONIAZZI, A.S.; DELL'AGLIO D.D.; BANDEIRA, D.R. **O conceito de coping: uma revisão teórica.** *Estud. Psicol.*, vol.3, n.2, p.273-294, 1998.

BIANCHI, E.R.F. **Escala Bianchi de Stress.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, (esp.), p. 1055-62, 2009.

CAMELO, S.H.H. **Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol. 20, n.1, jan-fev, 2012.

CODO, W.; VASQUES, M.I. **Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação.** Cadernos de Saúde do Trabalhador. Disponível em: <http://www.sindiute.org.br/downloads/documentos/caderno_de_saude_do_trabalhador.pdf>. Acesso em: 09 out, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei Cofen nº 7.498/86. Regulamentação do exercício de enfermagem.** Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 04 set 2017.

DECEZARO, A.; FRIZON, G.; SILVA, O.M.; TONIOLLO, C.L.; BUSNELLO, G.F.; ASCARI, R.A. **o estresse dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura.** Revista UNINGÁ, vol.19, n.2, p.29-32, 2014.

FERRAREZE, M.V.G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A.M.P. **Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva.** Acta paul. enferm. vol.19, n.3, p.310-315. ISSN 1982-0194, 2006.

FRANÇA, C.L.; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

GARANHANI, M.L.; MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; GOTEIPE, I.C. **O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem.** Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, vol.4, n.2, 2008.

GUIDO, L.A.; LINC, G.F.C.; PITTHAN, L.O.; UMANN, J. **Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares.** Rev. esc. Enferm. São Paulo, v.45, n.6, p.1434-1439, dez. 2011.

HUDAK, C.M; GALLO, B.M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem. Uma abordagem holística.** RJ. Guanabara Koogan, 1997.

LACAZ, F.A.C. **Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 5, n.1, p. 151-161, janeiro-março, 2000.

LIBERATO, H.L.; BALLSTAEDT, E.H.; ABRIL, J.C. **Estresse no trabalho. Trabalho de conclusão de curso (especialização).** Universidade Federal de Santa Catarina. Associação Catarinense de Medicina. Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, 2013.

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. **Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar.** Revista Brasileira de enfermagem. v.59. n.5, p.661-5, 2006.

PIEADADE, M.I.; SANTOS, Q.S.; CONCEIÇÃO, C.S. **Estresse ocupacional do enfermeiro na unidade de terapia intensiva.** Caderno Saúde e Desenvolvimento, ano 1, n.1, 2012.

PRETO, V.A.; PEDRÃO, L.J. **O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista da Escola de enfermagem da USP. v. 43, n. 4, p.841-8, 2009.

VASCONCELOS, F.A. **Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas.** Caderno de pesquisa em administração, São Paulo, v.08, n.1, janeiro/março2001. <https://xa.yimg.com/kq/groups/22841769/394754725/name/QVT.pdf>

O USO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM POR ENFERMEIROS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 05/02/2020

Gabrielle Lelis de Campos Malaquias

Universidade Tiradentes,
Aracaju -SE

Marilene Furtunato de Oliveira

Faculdade Maurício de Nassau,
Salvador-BA

Max Lima

Universidade Federal da Bahia (UFBA),
Salvador-BA

Sara Ferreira da Silva

Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC),
Salvador-BA

Tialle Lima de Oliveira

Universidade Jorge Amado (UNIJORGE),
Salvador-BA

Vanessa Cristina dos Santos Conceição

Universidade Católica de Salvador,
Salvador-BA

RESUMO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE é uma metodologia científica utilizada para qualificação da assistência de Enfermagem à saúde do indivíduo, família ou comunidade. Abordou-se neste estudo a importância e aplicação do uso desta sistematização pelos Enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Objetivou-

se reconhecer a relevância do uso da SAE pelos profissionais de Enfermagem, exclusivamente, os enfermeiros em uma UTI, propondo reforçar a necessidade do uso de uma ferramenta eficaz na prática assistencial, em especial ao paciente crítico e fomentar a melhoria da dinâmica de trabalho dentro de uma unidade de terapia intensiva através da SAE. Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo exploratória através da base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) dos últimos 10 anos. Concluiu-se que são necessários novos estudos que enfatizem e apresentem a importância desta metodologia do cuidar para o atendimento responsável e especializado ao cliente, bem como provocar uma reflexão dos profissionais enfermeiros acerca da necessidade de assumir o seu papel no processo de Enfermagem. Nota-se que a Sistematização cumpre uma finalidade institucional e profissional a partir da equipe assistencial e gerencial pautada em uma assistência qualificada ao usuário.

PALAVRAS-CHAVE: Sistematização da assistência de enfermagem, SAE e Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem e processo de enfermagem.

THE USE OF SYSTEMATIZATION OF
NURSING ASSISTANCE BY NURSES IN THE

ABSTRACT: This study deals with the Systematization of Nursing Care (SAE) today, as well as the importance and application of the use of this systematization by Nurses in the Intensive Care Unit (ICU). It aims to recognize the relevance of the use of SAE by the Nursing professionals, exclusively, the nurses in an ICU, with the objective of reinforcing the need to use an effective tool in the care practice, especially the critical patient and the work dynamics within an intensive care unit. This is a bibliographic review of the exploratory type available in the Virtual Health Library (VHL) database of the last 10 years. We conclude that new studies are needed that emphasize and present the importance of this methodology of caring for an adequate care to the client, as well as provoking a reflection of the nursing professionals about the necessity of assuming their role in the Nursing process. It should be noted that Systematization fulfills an institutional purpose together with the assistance team that, at present, should be based on a qualified assistance to the user.

KEYWORDS: Systematization of nursing care, SAE and Intensive Care Unit, Nursing and nursing process.

1 | INTRODUÇÃO

A profissão de enfermeiro nasceu do desenvolvimento e progresso das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As técnicas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Como o domínio dos meios de cura passou a significar poder, o homem, aliando esse conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele (GARCIA; NOBREGA, 2009).

Os ensaios de organizar o conhecimento na enfermagem datam da década de 50, quando houve melhoria na construção e na organização dos modelos teóricos da enfermagem. Porém foi a partir dos estudos de Horta que o cuidado dos enfermeiros brasileiros começou a ser direcionada para a Sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Com os trabalhos de Horta, enfatizou-se o planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e de caracterizá-la como ciência, por meio da implementação da SAE (AMANTE; ROSSETO; SCHINEIDER, 2009).

Constituíram-se teorias de enfermagem com a finalidade de organizar e sistematizar todas as questões que permeiam a atividade profissional, motivando conhecimentos que apoiaram e auxiliaram a prática do enfermeiro. A partir da aplicação de tais teorias na prática é que se dá o processo de enfermagem (SANTANA, 2015).

O processo de enfermagem é um método amplamente aceito e tem sido sugerido como um método científico para orientar e qualificar a assistência de

enfermagem. Mais recentemente, o processo tem sido definido como uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, que é realizado por meio de cinco etapas interligadas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e avaliação de Enfermagem (BENEDET; BRASIL, 2012).

A implantação da SAE constitui uma exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil, de acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de número 358/2009. É também uma orientação da lei do exercício profissional da enfermagem (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986). Além disso, sua implantação se torna uma tática na organização da assistência de enfermagem nas instituições, atendendo, assim, aos requisitos do Manual Brasileiro da Acreditação Hospitalar (COFEN, 2009).

Independente da situação clínica, o enfermeiro deve, encontrar-se preparado para cuidar de todos os doentes críticos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), unidade destinada ao atendimento de pacientes graves e recuperáveis. Assim, o enfermeiro juntamente com sua equipe confronta-se, constantemente, com o processo vida/morte e, devido às especialidades científicas e tecnológicas desse ambiente, faz-se necessária a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, essencial para manter a vida do ser humano (MARTINS et al, 2009).

A UTI é utilizada para atendimentos a pacientes em estado crítico, dispondo de características próprias, recursos materiais específicos e recursos humanos especializados que, através de uma prática assistencial contínua e segura, busca a recuperação das funções vitais do corpo. O profissional Enfermeiro é o gerente da equipe de enfermagem e através da utilização da Sistematização da Assistência, assegura uma prática assistencial apropriada e individualizada. Os diagnósticos de enfermagem identificam a situação de saúde/doença dos indivíduos internados, resultando em um cuidado de enfermagem fundamentado no conhecimento científico (NASCIMENTO; GOMES; ERDMANN, 2013).

Frente a essas exposições, percebe-se que o enfermeiro que trabalha em UTI necessita, além de qualificação das habilidades técnicas, usar competências profissionais específicas, que permita desenvolver suas funções com eficiência, aliando conhecimento, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e, conseqüentemente, segurança na assistência prestada (CAMELO, 2012).

Conforme a resolução do COFEN 358/2009 a SAE, atividade específica do enfermeiro, busca a identificar situações saúde/doença dos indivíduos através da utilização de uma técnica e de uma tática de trabalhos embasado em protocolos que irão auxiliar as ações de enfermagem, colaborando para a prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos. O processo de enfermagem, é a maneira sistemática e eficaz de oferecer cuidado de enfermagem, promovendo cuidados

humanizado, orientado a resultados e de baixo custo. Além disso, incentiva os enfermeiros a avaliarem constantemente o que estão fazendo e a estudarem como poderiam fazê-lo melhor. A SAE é primordial para que o enfermeiro possa administrar e desenvolver uma assistência de enfermagem organizada, segura, dinâmica e competente (COFEN,2009; CAMELO, 2012).

No exercício da enfermagem, porém, nem todas as etapas são metodicamente aplicadas. Estudos têm revelado dificuldades no estabelecimento para utilização do processo de enfermagem nas instituições durante os últimos anos, as instituições de saúde não preconizam utilizar a SAE como rotina da unidade e os enfermeiros muitas vezes estão mais atentos a atividades burocráticas do que a real essência da enfermagem (TRUPPEL et al., 2009).

Apesar da SAE autorizar maior autonomia profissional ao enfermeiro, a mesma só será alcançada no momento em que toda a categoria passar a empregar a metodologia científica em suas ações, que será alcançado pela aplicação sistemática dos procedimentos de enfermagem uma padronização, ou seja, um modelo metodológico o qual será empregado para viabilizar o cuidado, estabelecendo condições necessárias e documentando de forma coerente a realização da prática profissional (GARCIA; NOBREGA, 2009).

Este estudo visa tornar mais profundo o conhecimento dos profissionais de enfermagem perante a SAE, com o objetivo de reforçar a necessidade do uso de uma ferramenta eficaz na prática assistencial, em especial ao paciente crítico e a dinâmica de trabalho dentro de uma unidade de terapia intensiva. O objetivo deste artigo é identificar nas publicações sobre a SAE, os principais fatores que atrapalham sua implementação na prática do enfermeiro, descrever por que a SAE confere maior segurança aos pacientes, e por que a implantação da SAE é fundamental em uma unidade de terapia intensiva.

Quando os enfermeiros colocam em prática modelos de processo de enfermagem, os pacientes recebem cuidados qualificados em um mínimo de tempo e um máximo de eficiência (AMANTE; ROSSETO; SCHNEIDER,2009).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório com abordagem qualitativa constituída de artigos científicos com pesquisa realizada no banco de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) onde as fontes que embasaram esta pesquisa foram obtidas em trabalhos das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Durante a interpretação dos dados, buscou-se a partir de critérios elencar artigos que traduzissem a importância da utilização da SAE na prestação de cuidados aos clientes da unidade de terapia intensiva, conduzissem continuidade do cuidado por toda a equipe de enfermagem, auxiliando na fundamentação do cuidado, para indicação e justificativa das ações de cada membro da equipe de enfermagem, além da adoção da temporalidade dos últimos dez anos de publicação.

Para proceder com a busca de dados utilizou-se os seguintes descritores na língua portuguesa: “Sistematização da assistência de enfermagem”, “SAE e Unidade de Terapia Intensiva”, “Enfermagem e processo de enfermagem”. A partir dos descritores selecionados, foram encontrados 1.344 artigos relacionados ao tema, após leitura dos títulos foram selecionados 16 artigos que foram lidos na íntegra para a composição deste estudo. Desde modo foram realizados fichamentos e classificados da seguinte forma: ano de publicação, objetivo, especificidade com o tema, problemática do estudo. Foram relacionados ainda legislações vigentes sobre a SAE e livros que tiveram relação com a temática proposta neste artigo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo, proporcionaram uma série de conhecimentos para subsidiar a implantação, verificar a opinião de profissionais quanto a importância da Sistematização da assistência de enfermagem na Unidade de terapia intensiva. O maior número de artigos utilizados concentrou-se no ano de 2012, o que significa que neste ano se intensificou a pesquisa de enfermagem sobre o tema.

Deste modo foi mencionado sobre a origem do processo de enfermagem (PE), no que se baseia, como chegou ao Brasil e o fortalecimento da atuação do cenário da enfermagem, e como o paciente crítico se beneficia dos cuidados prestado com uma assistência sistematizada no âmbito de UTI. Identificou-se também que é necessário seguir um modelo científico através de teorias de Enfermagem para nortear o PE, para orientar e qualificar a assistência de Enfermagem.

Todos os autores das pesquisas interpretadas relatam com base legal do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) a importância da implantação da SAE e explica a utilização desta ferramenta na UTI, destacando também as competências necessárias do Enfermeiro frente a uma unidade de alta complexidade. Salienta-se os benefícios da utilização da SAE pelos Enfermeiros na UTI que foram descritos pelos autores. Foi sinalizado por um grupo de autores que nem todas as etapas do processo de Enfermagem são sistematicamente aplicadas. Estudos feitos no Brasil e em outros países nos últimos anos revelaram dificuldades no estabelecimento e utilização da SAE nas instituições.

Nesse contexto a Sistematização da Assistência de Enfermagem é constituída por uma estrutura de conceitos sólidos que promove o cuidado padronizado seguindo as etapas definidas no processo de enfermagem organizando, planejando e executando ações sistematizadas privativas do enfermeiro durante todo o período em que o cliente se encontra sob os cuidados da equipe de enfermagem (MASSAROLI et al., 2015; NEVES; SHIMIZU,2010).

Marques et al. (2008) afirma que os problemas de uso da SAE, não se trata apenas sobrecarga de trabalho, mas também da falta de domínio do profissional enfermeiro em aplicar a SAE a partir da execução de suas etapas, pois mesmo com o conhecimento científico, o não uso da ferramenta no dia-a-dia traz insegurança ao profissional. Contudo, estes profissionais reconhecem os benefícios para promoção e resultados positivos para a promoção de saúde da população.

Para Amante et al. (2009) os enfermeiros encontram dificuldades na implantação da sistematização por não ser uma rotina preconizada pela unidade e a sobrecarga de trabalho, tendo que dedicar muito tempo as atividades burocráticas. Este traz que os enfermeiros reconhecem da necessidade do uso da ferramenta e dos benefícios para o paciente ao ter um atendimento planejado e padronizado pela equipe.

É importante esclarecer que o enfermeiro de terapia intensiva encontra muitos desafios, pois estão expostos a situações clínicas complexas pacientes, que carecem de zelo e cuidados maiores, além de necessitar que as tecnologias em saúde fiquem conectadas de forma sólida, adequada, que não ofereça perigo bem como sejam a ação humanizada seja ofertada durante a assistência ao paciente (SANTANA, 2015).

A implantação do cuidado de enfermagem de maior complexidade foi discutida por diversos autores em 2010 e em 2015, por dificuldades encontradas no uso da ferramenta já relatadas acima e que esta metodologia científica confere segurança e direcionamento não podendo ser fragmentada, pois não há como prescrever sem antes coletar dados ou diagnosticar problemas, sem identificar necessidades específicas do paciente, não conferindo uma assistência de qualidade e individualizada conforme preconiza a resolução 358/2009.

De acordo com Santana (2015) para que possa prescrever os cuidados de enfermagem, o enfermeiro precisa nortear suas ações pelos diagnósticos das necessidades de saúde, das condições de bem-estar e das condições que possam vir a comprometer a vida do paciente, nos chamados diagnósticos de enfermagem. A coleta de dados conduzirá a esses diagnósticos de enfermagem e precisará ser direcionada por uma teoria de enfermagem. Caso contrário a tendência é que o enfermeiro continue respaldando suas ações no modelo biomédico, o qual direciona as ações para tratamento da doença- âmbito do profissional médico.

O enfermeiro deve ter suas ações direcionadas para as demandas biológicas,

sociais, espirituais e psíquicas do ser humano, diagnosticando as necessidades apresentadas pelo indivíduo ampliando o conceito de enfermagem de visão holística e assim estabelecer o processo de enfermagem (NEVES; SHIMIZU;2010).

Dessa forma a SAE reduz significativamente gasto com erros e desperdício de tempo, trazendo benefícios para instituição, satisfação dos pacientes, diminuição das iatrogênicas, redução do período de internação dos pacientes, otimização do trabalho da equipe de enfermagem, a definição do papel do enfermeiro e o aumento da autoestima dos profissionais de enfermagem (TRUPPEL et al., 2009).

Conforme o estudo de Oliveira et.al (2012) o aperfeiçoamento das etapas da SAE foi pouco abordado, é preciso persistir e na qualificação da equipe por meio de estudos e treinamentos contínuos para que se tenha nitidez e dados científicos para melhor desenvolvimento da SAE de modo a agrupar, estimar essas ações e reconhecer esse processo como diferencial, priorizando o cuidado integral.

Percebe-se que com esse estudo é possível aplicar a padronização consciente e individualizada a partir do desempenho significativo pautado na SAE pelos enfermeiros e da sua equipe em superar as dificuldades que venham a surgir, configurando avanço crescente, já que os cuidados de Enfermagem se estabelecem em uma contínua frequência de aprimoramento, isso se dá devido ao fato de os pacientes apresentarem um alto nível de instabilidade em seu estado clínico e um elevado risco de morte. Dessa forma a capacitação de profissionais da Enfermagem ajuda na tomada de decisões assim que identificada quando as necessidades humanas básicas forem afetadas (RAMALHO NETO; FONTES; NOBREGA, 2013).

Segundo Xavier et al. (2018) é necessário estabelecer medidas de fortalecimento para valorização da SAE e da Enfermagem bem convencer os dirigentes do uso da SAE nas instituições de saúde como ferramenta de trabalho essencial ao processo do cuidar. Tendo em vista que a SAE é uma estratégia eficaz, porém não muito utilizada no ambiente hospitalar. Apesar de em seu artigo primeiro a resolução 358/2009 que dispõe sobre a SAE ditar que o processo de Enfermagem deve ser implementado em todos os ambientes seja ele público ou privado (COFEN/2009). Como afirma Oliveira et al. (2012) falta autoridade do enfermeiro sobre o tema entendimento que este lhe confere autonomia profissional, além de entrosamento com instrumento pelo grupo e possibilidades de adaptação do protocolo na instituição sanando equívocos na aplicabilidade da SAE na unidade.

A mobilização da equipe da necessidade de utilização da SAE precisa fazer parte do plano de ação da gerência de enfermagem e instituições de saúde, em praticar o processo. Já que a profissão está centrada no cuidado e no processo de Enfermagem, os Enfermeiros devem ter conhecimento necessário para realizar as etapas do processo (MARIA; GRASSI, 2012). O artigo oitavo da resolução COFEN 2009 incube ao enfermeiro a liderança, execução e avaliação (COFEN, 2009).

O uso da SAE é fundamental para uma assistência integral, contínua, condutora e integrada do cuidar, dando uma importância também aos procedimentos de terapêutica da equipe multidisciplinar nos outros setores do hospital. Essa medida valoriza e inclui a família no cuidar, com a finalidade de prosseguir e qualificar um atendimento fora do ambiente hospitalar (MENDES et al.,2012).

4 | CONCLUSÃO

A SAE deve ser entendida como uma atividade que deve fazer parte do cotidiano do enfermeiro auxiliando no processo de tomada de decisões com embasamento científico aumentando a credibilidade, competência e visibilidade da enfermagem, traduzindo em maior autonomia e satisfação profissional.

O que foi sugerido para possibilitar mudanças nessa realidade é a criação de programas para o aprimoramento profissional, onde seria possível a troca de experiências entre os profissionais e até mesmo orientações sobre condutas adequadas frente a situações vivenciadas no âmbito hospitalar e ainda medidas que visem conscientizar o enfermeiro da prática profissional embasada na sistematização da assistência.

REFERÊNCIAS

AMANTE, Lúcia Nazaré; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni.. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **REEUSP. São Paulo**, v.43, n.1, p.54-64, jan./mar. 2009.

BENEDET, Silvana Alves; BRASIL, Nicole. A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva. **Rev eletrônica gestão e saúde**, v 03, n 02, 2012.

CAMELO, S.H.H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, Ribeirão Preto Jan./Feb. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN; 2009.

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da teoria prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas: São Paulo, 5º Ed. 2010.

MARIA, M; QUADROS, F; GRASSI, M. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. bras. Enfermagem**, Brasília v.65, n.2 Mar./Abr. 2012.

MARQUES, Soraia Matilde; et al. sistematização da assistência de enfermagem na uti: perspectivas dos enfermeiros da cidade de Governador Valadares. **REME**. Belo Horizonte, v.12, n.4, p.469-476, out/dez. 2008.

MARTINS, JT; et al. Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, v.1, n.30, p 113-119, 2009.

MASSAROLI, Rodrigo et al. Trabalho de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e sua interface com a Sistematização da Assistência da Enfermagem. **Rev. Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 252-258, Abril/Junho, 2015.

MENDES MMR, ALVARENGA MRM. Percepção da Enfermagem sobre reinternações e alta hospitalar de idosos: Resultados preliminares da análise de conteúdo. **Rev latino-Am Enfermagem**, v.8, n. 2, p. 111-2, 2012.

NASCIMENTO KC; GOMES AMT; ERDMANN, AL. A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel. **Rev esc enfermagem USP**, v.1, n.47, p. 176-184, 2013.

NEVES, Rinaldo de Souza; SHIMIZU, Helena Eri. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.63, n.2, p.222-229, mar/Abr, 2010.

OLIVEIRA, A P C et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene.**, v.3, n. 13, p 601-612, 2012.

RAMALHO NETO, José Melquiades; FONTES, Wilma Dias de; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. Instrumento de coleta de dados de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, V. 66, n 4, p 535-542, ago, 2013.

SANTANA, Helton Santos de. **Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na unidade de terapia intensiva (UTI)**. FEMA, 2015.

Truppel et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.2, mar/abr, 2009.

Xavier et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o conhecimento do Enfermeiro no município JI Paraná. **Revista Nursing**, Rondônia, v. 21, p. 2110, jan/jul, 2015.

A COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO CUIDADO À PACIENTES EM CENTROS DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 05/02/2020

<http://Lattes.cnpq.br/314395649>

Gabrielle Lelis de Campos Malaquias

UNIVERSIDADE TIRADENTES,
ARACAJU -SE

<http://Lattes.cnpq.br/4467490530384807>

Débora dos Santos Simões

UNIVERSIDADE JORGE AMADO,
SALVADOR-BA

<http://Lattes.cnpq.br/6762369271741650>

Ailda Gringo de Melo

UNIÃO METROPOLITANA DE EDUCAÇÃO E
CULTURA
LAURO DE FREITAS-BA

<http://Lattes.cnpq.br/3821705894160835>

Lisiane dos Santos Silva

UNIVERSIDADE CATOLICA DE SALVADOR,
SALVADOR-BA

<http://Lattes.cnpq.br/0839405339659099>

Lorena Rocha Silveira

FACULDADE JAGARAÚNA,
SÃO PAULO-SP

<http://Lattes.cnpq.br/9583239609447522>

Silvia Letícia dos Reis Silva Conceição

CENTRO UNIVERITÁRIO PLINIO LEITE,
NITERÓI-RJ

<http://Lattes.cnpq.br/8730497734730233>

Vanessa Cristina dos Santos Conceição

UNIVERSIDADE CATOLICA DE SALVADOR,
SALVADOR-BA

RESUMO: A Comunicação é o processo que consiste em compreender e compartilhar mensagens, o qual deve ocorrer de forma efetiva entre a equipe interdisciplinar no cuidado de pacientes, reduzindo os riscos advindos de possíveis ruídos. O objetivo deste artigo é discutir o impacto dos ruídos na comunicação no cuidado aos pacientes em Centros de Terapia Intensiva (CTIs). O método trata-se de uma revisão narrativa, com abordagem qualitativa, construída a partir da busca de estudos em bases de dados científicos virtuais, seleção e interpretação dos estudos. Os resultados indicam que dentre os principais problemas decorrentes dos ruídos de comunicação, tem-se a omissão de dados importantes, falta de precisão ou consistência da informação, gerando cuidados duplicados, inadequados e erros técnicos, principalmente quando se trata de erros de medicação. As evidências mostram que é importante adotar práticas que aprimorem o processo de comunicação entre as equipes, principalmente durante a passagem de plantão. Concluiu-se que a comunicação atua como a base para o planejamento e tomada de ações, no que concerne ao cuidado prestado,

contribuindo de forma direta para a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Barreira de comunicação. Centros de Terapia Intensiva. Segurança do paciente. Equipe interdisciplinar.

THE EFFECTIVE COMMUNICATION BETWEEN MULTIDISCIPLINARY TEAM IN PATIENTS CARE IN INTENSIVNESS THERAPY CENTERS

ABSTRACT: Communication is the process of understanding and sharing messages, which must occur effectively among the interdisciplinary team in patient care, reducing the risks arising from possible noises. The purpose of this article is to discuss the impact of communication noise on patient care in Intensive Care Centers (ICUs). The method is a narrative review, with a qualitative approach, built from the search of studies in virtual scientific databases, selection and interpretation of the studies, and presentation of the results found. The results indicate that among the main problems resulting from communication noises are the omission of important data, lack of precision or consistency of the information, generating duplicate care, inadequate and technical errors, especially when it comes to medication errors. The evidence shows that it is important to adopt practices that improve the communication process between the teams, especially during the shift. It was concluded that communication acts as the basis for planning and taking actions, regarding the care provided, contributing directly to the patient's safety

KEYWORDS: Communication barrier. Intensive Care Centers. Patient safety. Interdisciplinary team.

1 | INTRODUÇÃO

A comunicação transpassa todo o processo de evolução humana, e é tida como a base de todos os tipos de relações psicossociais que conhecemos. Desde os primeiros homens das cavernas, que se comunicavam de forma extremamente primitiva, percebe-se que a comunicação é uma necessidade permanente da condição de nossa espécie (FREIRE; CAMINHA; SILVA, 2015).

Esta é um processo que consiste em compreender e compartilhar mensagens e, de acordo com o modo que se dá esse compartilhamento de informações, há influências no comportamento das pessoas envolvidas. Neste processo podem ser adotadas várias formas de comunicação, sendo as duas formas específicas: a comunicação verbal e a não verbal (SANTOS et al., 2016).

No processo do cuidar, a comunicação torna-se um poderoso instrumento básico que viabiliza a construção de um relacionamento satisfatório com o cliente, sendo uma ferramenta necessária a ser utilizada para que esse processo se torne efetivo (BROCA; FERREIRA, 2015).

Através da comunicação o profissional de saúde busca identificar as necessidades dos pacientes, informá-los sobre procedimentos e situações que lhes dizem respeito, realizar educação em saúde, trocar experiências e promover mudanças de comportamento. Além disso, é mediante a comunicação estabelecida que a equipe entende o que os pacientes querem dizer e são compreendidos, levando à efetiva interação entre pacientes e profissionais (PONTES et al., 2014).

Segundo o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (2017), a comunicação ineficaz configura-se como as causas raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde, ou seja, falhas de comunicação entre profissionais de saúde, ou até mesmo entre profissionais e pacientes são um dos principais fatores diretos ou colaboradores para ocorrência de erros nos cuidados à saúde e nos eventos adversos. Além disso, é importante ressaltar que falhas na comunicação incluem a falta da comunicação, a comunicação incompleta ou errônea e/ou a não compreensão do que se quer emitir.

Sousa e outros colaboradores (2014), afirmam que a comunicação interfere diretamente na qualidade da assistência, ou seja, uma comunicação efetiva entre todos os membros da equipe interdisciplinar contribui para que as interações profissionais estabelecidas no trabalho delimitem melhor se a assistência ao paciente será ou não humanizada.

O tratamento implantado nos Centros de Terapia Intensiva (CTI) é considerado invasivo e complexo para os pacientes e seus familiares, sendo desenvolvidos por uma equipe interdisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros, para proporcionar um cuidado integral ao cliente (PONTES et al., 2014).

Porém, a comunicação nesse ambiente torna-se complicada devido ao fluxo dinâmico e constante de profissionais da saúde, pela instabilidade dos pacientes e pela necessidade de manejo com terapias, sistemas de informação e equipamentos de alta complexidade. Nesse sentido, avaliar, planejar e comunicar são processos presentes no cotidiano de trabalho dessas unidades, necessários para qualquer ação ou decisão (SANTOS, 2017).

Falhas nesta comunicação são consideradas como colaboradoras para a descontinuidade da assistência e do tratamento inadequado, o que vem se tornando uma preocupação atual no que concerne à segurança do paciente (BUENO et al., 2015).

De acordo com Brasil (2013), a segurança do paciente tem por objetivo reduzir o risco de danos associados ao cuidado em saúde. “Entende-se o dano como o comprometimento da estrutura ou função do corpo, e/ou qualquer resultado advindo dele, incluindo doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social e/ou psicológico.”

A publicação da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013 confirmou essa preocupação no que se refere à prevenção de eventos adversos para o usuário dos serviços de saúde. Esta portaria lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral a contribuição para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional, seja ele no âmbito privado ou público. Para que seja efetivado, tem como estratégias a implementação de meios relativos à formação, orientação e capacitação de profissionais e estudantes sobre a segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Em concordância, tem-se a RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui as ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, onde uma das estratégias e ações de gestão de risco é a comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre os serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Justifica-se a elaboração deste trabalho com a finalidade de evidenciar de que forma os ruídos na comunicação, em um contexto interdisciplinar no cuidado aos pacientes em centros de terapia intensiva, interferem na qualidade do serviço prestado. Nesse contexto, questiona-se: qual a importância da comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar no cuidado aos pacientes em Centros de Terapia Intensiva? E para melhor entendimento dessa indagação, formulou-se o seguinte objetivo geral: discutir o impacto dos ruídos na comunicação no cuidado aos pacientes em Centros de Terapia Intensiva. Seguido dos objetivos específicos temos: Identificar os principais ruídos que interferem na comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar; Apontar os principais eventos adversos decorrentes da falha de comunicação no cuidado aos pacientes em Centros de Terapia Intensiva; Elencar medidas preventivas que reduzam os ruídos de comunicação no cuidado aos pacientes em Centros de Terapia Intensiva.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa, com abordagem qualitativa, construída a partir das seguintes etapas: busca de estudos em bases de dados científicos virtuais, seleção e interpretação dos estudos, e apresentação dos resultados encontrados.

A busca dos estudos foi realizada de janeiro a abril de 2019. Para seleção dos estudos foram consultadas bancos e bases de dados como a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência (LILACS), o Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Na primeira etapa, as buscas dos descritores foram realizadas por meio do cruzamento dos Descritores em Ciências da

Saúde (DeCS), seguido do Operador Boleano AND, sendo utilizados os descritores: “barreira de comunicação” AND “comunicação efetiva” AND “Centros de Terapia Intensiva” AND “segurança do paciente” AND “equipe interdisciplinar”. Porém, o cruzamento de alguns desses descritores não trouxe resultados satisfatórios, sendo necessário realizar a busca dos descritores de forma isolada.

Na busca foram encontrados 102 artigos, após aplicar os filtros foram selecionados 17 artigos, sendo: 05 da LILACS, 09 da SCIELO e 03 da BVS, todos em língua portuguesa. Após aplicados critérios de exclusão, restaram 10 artigos que foram utilizados para compor a discussão. Além dos artigos foram utilizados para elaboração desse estudo a portaria de nº 529, a RDC nº 36, dados do Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) e a resolução COFEN 564/2017. Os critérios de inclusão para seleção dos artigos basearam-se na pré-seleção de estudos em português nos periódicos que abordassem como os ruídos na comunicação entre a equipe interdisciplinar interferem no cuidado qualificado aos pacientes em centros de terapia intensiva; artigos completos indexados e presentes nas bases de dados referidas acima, e publicações com um período de recorte temporal dos últimos 05 (cinco) anos. Utilizou-se também 02 dissertações, onde o tema abordado correspondia à temática deste trabalho.

Quanto aos critérios de exclusão foram eliminados trabalhos do tipo monografias, teses, artigos que não tinham relação com o objetivo do estudo, publicações não divulgadas na íntegra e em outros idiomas senão da língua portuguesa e os que não se encaixavam dentro do recorte temporal.

3 | RUÍDOS X COMUNICAÇÃO: O IMPACTO NO CUIDAR

A resolução COFEN nº 564 de 2017, que trata do Código de Ética dos profissionais de enfermagem, em seu artigo 38 da Seção II afirma que é dever dos profissionais de enfermagem “prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade da assistência” (COFEN, 2017).

Santos, Campos e Silva (2018) sinalizam que a conversa paralela é um dos principais ruídos que interferem na comunicação entre a equipe interdisciplinar. Devemos salientar que a condição clínica do paciente e as intercorrências do turno são consideradas as informações mais relevantes da passagem de plantão.

Gonçalves e outros colaboradores (2017) trazem em seu estudo que a conversa paralela entre os profissionais de saúde também foi observada sob a mesma ótica dos atrasos e das saídas antecipadas, no entanto sua ocorrência foi menor durante a realização das passagens de plantão. Esse fator interfere na dinâmica de transferência de informações, pois desvia o foco dos profissionais

envolvidos, tanto para quem emite, quanto para quem recebe a informação.

Nogueira e Rodrigues (2015) relatam que dentre os problemas relacionados à prática de comunicação, tem-se a omissão de dados importantes, falta de precisão ou consistência da informação, interrupções e ruídos frequentes, o que inviabilizaram a clareza da mensagem a ser transmitida. Além disso, número inadequado de profissionais também tem sido apontado como uma barreira para a comunicação eficaz, pois a fadiga pode provocar distrações e falhas no processo de comunicação.

Quitério (2014) observou em sua pesquisa falhas de comunicação verbal, sendo o maior número referente às de comunicação entre médico e a equipe de enfermagem dos centros de terapia intensiva, as falhas entre a própria equipe de enfermagem, entre a equipe médica em si, e entre toda equipe interdisciplinar dos CTI com os familiares do paciente.

Além disso, Quitério (2014) aponta que houve falhas em relação às evoluções médicas, cujos incidentes foram: falta de impressos de evolução do dia, evoluções trocadas e/ou fora do prontuário do paciente e continuidade sequencial. Já nas prescrições de enfermagem os incidentes que predominaram foram os de prescrições não checadas e não realizadas.

Corroborando com a discussão, Nogueira e Rodrigues (2015) afirmam que entre os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho entre a equipe interdisciplinar, tem-se: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento para comunicação pode diferir entre os indivíduos; a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns do que com os outros; o efeito da hierarquia, tendo o médico ocupando posição de maior autoridade, inibindo assim os demais membros da equipe.

4 | EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA EM TERAPIA INTENSIVA

Dentre os serviços mais propícios à ocorrência de eventos adversos citam-se os Centros de Terapia Intensiva (CTI), que se caracterizam como serviços que possuem um arsenal tecnológico, com materiais de alta complexidade, com a finalidade de atender pacientes graves (SOUZA; ALVES; ALENCAR, 2018)

No que concerne aos erros na assistência à saúde oriundos de falhas na comunicação, Santos, Campos e Silva (2018) discorrem que, no âmbito da assistência intensiva, tal problema repercute negativamente no monitoramento, na identificação das necessidades do indivíduo e no planejamento contínuo do cuidar, gerando cuidados duplicados, inadequados e erros técnicos, principalmente quando se trata de erros de medicação dentre outros procedimentos.

Souza, Alves e Alencar (2018) afirmam que os erros de medicação são um dos

eventos mais frequentes na assistência à saúde, tendo como efeitos indesejáveis relacionados a este evento adverso a hipotensão arterial, hipoglicemia, náusea e vômito como os mais frequentes. Esses erros se dividem em: prescrição; omissão; administração de medicamentos não autorizados; de tempo; da dose; apresentação; preparação e uso de medicamentos deteriorados; monitorização e outros.

As falhas ativas são cometidas pelas pessoas que prestam o atendimento direto, como a identificação errada dos pacientes, falta de checagem das prescrições médicas e de enfermagem, uso inadequado dos alarmes e das técnicas assépticas, administração de medicações suspensas e identificação errada de medicamentos (DUARTE et al., 2018).

Pesquisas revelam que 43% estimadamente dos pacientes internados nos CTI sofrem, pelo menos, um erro de medicação, entretanto, 82% destes erros são classificados como totalmente evitáveis. De acordo com o processo ou etapa da administração de medicamentos, aqueles que ocorrem na fase de prescrição têm sido os mais relatados, seguidos por administração (SOUZA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Uma amostra de convivência sobre “*rounds*” de turno, teve como desfecho primário os erros de comunicação dos sinais vitais, evidenciado pela incapacidade para comunicar hipotensão ou de documentar hipóxia. Observou-se 1.163 “*handoff*” (passagens de plantão) de pacientes durante 130 *rounds*, dos quais de 117 pacientes com episódios de hipotensão e 156 apresentando hipóxia, sendo que desses 66 (42%) e 126 (74%), respectivamente, não foram comunicados, configurando-se, assim, como erro de omissão na comunicação de sinais vitais (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

De acordo à Quitério (2014), dentre os problemas relacionados às falhas na comunicação entre a equipe interdisciplinar, os mais frequentes foram os erros relacionados a não realização de exames, transferências de pacientes não realizadas, paciente que realizou o exame porque não estavam em dieta zero, medicações prescritas e não realizadas, medicação solicitada na farmácia e não prescrita, dietas não administradas, interconsultas solicitadas e não realizada.

Entretanto, Duarte e colaboradores (2018) afirmam que é fundamental que a notificação dos erros e eventos adversos pelos profissionais seja estimulada nas instituições, facilitando o conhecimento das ocorrências e a tomada de medidas que minimizem prejuízos à saúde do paciente. No entanto, devido à cultura punitiva ainda existente, as ocorrências, na maioria das vezes, são subnotificadas, dificultando o seu conhecimento real e a adoção de medidas proativas para minimizar os eventos adversos.

Souza, Alves e Alencar (2018) consideram em sua pesquisa que a comunicação dos eventos adversos que ocorrem nos CTI deve ser de forma clara e precisa,

garantindo melhoria das ações deste setor. Este processo deverá ser por meio de sistemas de vigilância, prontuário, indicadores e outros registros que permitam a consulta e a análise. Além disso, também expressam sua preocupação no que concerne à subnotificação dos eventos, impossibilitando o dimensionamento total dos casos.

Com isso, os autores Souza, Alves e Alencar (2018) trazem que a lesão por pressão é um evento adverso com grande incidência tanto quanto os outros. Estima-se que 95% das lesões são evitáveis, sendo consideráveis agravos à saúde de difícil tratamento, onde sua alta incidência demonstra a fragilidade na comunicação da assistência preventiva comumente associadas à assistência da enfermagem.

Outro evento adverso com baixa notificação é a extubação não planejada, definida como a remoção precoce ou o posicionamento inadequado do tubo endotraqueal na via aérea, onde a taxa de ocorrência desse evento varia de 3% a 14% em pacientes ventilados/dia, tornando-se uma preocupação dos serviços hospitalares, principalmente no que diz respeito à segurança do paciente. (SOUZA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Para Duarte et al. (2018), a remoção do tubo endotraqueal pode ser ocasionada pela ação do próprio paciente, manuseio inadequado pelos profissionais, fixação inadequada, posicionamento seletivo, troca da fixação, mau posicionamento do paciente, circuito posicionado de forma a tracionar o tubo, transporte, obstrução do tubo endotraqueal ou defeitos no cuff. Com isso, percebe-se a importância da informação como um instrumento para prevenir a ocorrência e recorrência desse evento.

Entretanto, Santos, Campos e Silva (2014) corroboram que perdas de sondas enterais ou gástricas, assim como cateteres de acesso venoso central e sondas vesicais também são consideradas eventos adversos comuns nos CTI, onde a não comunicação do evento, ou a transmissão de forma errônea, acaba prolongando e prejudicando o tratamento dos pacientes.

5 | MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE AOS RUÍDOS NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA

O processo de comunicação envolve trocas e compartilhamento. Desse modo, é importante estreitar laços de comunicação efetivo, sem imposições, ruídos ou barreiras entre os profissionais para evitar que haja conflitos e contradições nas informações compartilhadas sobre o processo saúde-doença, evitando ações no cuidado da equipe multidisciplinar que possam causar risco à assistência. (BROCA; FERREIRA, 2015).

Segundo Santos, Campos e Silva (2018), as evidências dos estudos mostram que é importante se pensar sobre as melhores práticas para promover uma troca efetiva no processo de comunicação entre a equipe interdisciplinar dos CTIs, principalmente durante a passagem de plantão, o que inclui a análise sistêmica de cada realidade local, entendendo o tipo de informação que está sendo perdida, a análise das causas e a proposição de barreiras de segurança para impossibilitar a ocorrência do erro e dos eventos adversos. Isso gera uma reflexão a cerca da valorização conferida pela equipe a essa comunicação e o seu impacto na assistência; traz a hierarquização da comunicação; do comportamento da equipe em relação às passagens de plantão em termos de chegadas com atraso, saídas antecipadas, conversas paralelas e desatenção, dentre outras (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

Duarte et al. (2018), afirmam que o gerenciamento de segurança pode se dar por meio de medidas reativas – que permitem coletar informações e acompanhar as ocorrências – e medidas proativas – adotadas antes da ocorrência com base em um diagnóstico situacional – de forma que ambas as medidas se inter-relacionem.

Segundo Santos (2017), para que o processo de comunicação seja efetivo é necessário envolvimento da gestão hospitalar utilizando-se da competência da liderança como meio para conduzir o grupo, através do alinhamento dos processos organizacionais com otimização do fluxo das informações e promoção da segurança da assistência ofertada por meio de qualificações contínuas dos colaboradores.

Santos, Campos e Silva (2018) sugerem a elaboração de uma barreira de segurança que padronize a comunicação durante as passagens de plantão, tornando-o um instrumento de uso da unidade, além de treinamentos baseado em simulação, o que pode ser efetivo no desenvolvimento de habilidades de comunicação e de trabalho em equipe, bem como no treinamento do instrumento a ser implementado.

São consideradas ferramentas cruciais para o trabalho em equipe e para comunicação a autocorreção, considerada fundamental para evitar erros; reuniões de equipes, fundamentais para evitar lapsos na transmissão formal de informações; promoção do espírito de equipe, entre outros. Associados a essas iniciativas sugere-se os protocolos de comunicação, como *briefing* (antes) e *debriefings* (depois) da execução de determinados procedimentos (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Farias, Santos e Góis (2018), recomendam que os gestores criem estratégias e rotinas para reconhecer os profissionais, motivando-os para o trabalho em equipe, uma vez que o trabalho multiprofissional com uma boa comunicação é importante para assistência segura. Segundo os autores, elementos motivadores para a construção do trabalho em equipe estão relacionados diretamente com a sua valorização e reconhecimento como profissionais, questões salariais e recursos

materiais.

Santos, Campos e Silva (2018), afirmam que ao incentivar a notificação do erro, substitui-se a culpa e a punição pelo estímulo desses profissionais a discutir sobre as falhas ocorridas, analisar as situações que as precederam, identificando pontos frágeis do sistema que podem ser reparados.

Em um estudo sobre notificação de erros, que teve como objetivo compreender a motivação da equipe de enfermagem para notificá-los adequadamente, destacou que, quando os profissionais compreendem as definições da Organização Mundial de Saúde sobre evento adverso, incidente e incidente sem danos, estes se sentem motivados a preencher os instrumentos de notificação (DUARTE et al., 2018).

Ademais, Duarte e outros colaboradores (2018) afirmam que ao envolver tais profissionais numa atitude comprometida com a segurança da comunicação no contexto institucional, cria-se neles uma cultura em prol da segurança do paciente e, também, da equipe interdisciplinar.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender a ocorrência dos erros na assistência, identificando as falhas ativas e condições latentes que interferem numa assistência qualificada. Essas falhas de comunicação no âmbito dos Centros de Terapia Intensiva foram frequentes nos estudos encontrados, refletindo em eventos adversos, sendo estes do tipo evitáveis, fragilizando as ações voltadas à segurança do paciente. Tais quais ausência de dados sobre o paciente; informações incompletas; imprecisão ou inconsistência da informação; ruídos no processo de comunicação e interrupções frequentes.

Houve limitações devido ao baixo quantitativo de estudos voltados à questão da pesquisa, diretamente ligados à saúde, mais especificamente à equipe interdisciplinar e aos Centros de Terapia Intensiva, revelando a necessidade de pesquisas de campo nessa temática, especialmente nacionais.

Dessa forma, percebe-se a necessidade da participação da gestão hospitalar para liderar e conduzir a equipe, e aperfeiçoar o fluxo das informações que são trocadas entre a equipe profissional.

Além disso, pode-se utilizar da educação continuada e permanente para os colaboradores do setor de terapia intensiva, que incentivará a tomada de decisões nos processos e a conscientização da importância da fidedignidade das informações transmitidas, o que fomentará a segurança do cliente.

Ademais, sugere-se também a implantação de protocolos de passagem de plantão nesses setores, proporcionando assim a autenticidade das informações

transmitidas. Com isso, entende-se que a comunicação efetiva não somente reduz os erros, como também aumenta a satisfação dos pacientes e a sua aderência às recomendações dadas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente. **Resolução – RDC nº36 de 25 de julho de 2013.** Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 15/03/2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 529, de 1 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 15/03/2019.
- BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. **Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King.** Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf>. Acesso em 15/02/2019.
- BRUM, C. N. et al Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M.R; COSTENARO, R.G.S(Orgs). **Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.** Porto Alegre: Moriá, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 19/02/2019.
- BUENO, B. R. M. et al Caracterização da passagem de plantão entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, set. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40274/26257>>. Acesso em 15/02/2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311 de 2007.** Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em:<www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 30/03/2019.
- DUARTE, S.C.M. et al. Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP.** 2018;52:e03406. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>>. Acesso em 25/03/19.
- FARIAS, E.S; SANTOS, J.O; GOÍIS, R.M.O. Comunicação Efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit,** Aracaju , v. 4 , n. 3, p. 139-154, Abril. 2018. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6076>>. Acesso em: 30/01/2019.
- FASSARELLA, C. S. et al Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: Revisão integrativa. **Revista Rede de Cuidados em Saúde,** Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p 1-16. 2013. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rccs/article/view/1901/905>>. Acesso em 30/01/2019.
- FREIRE, M.; CAMINHA, R. A. A. B; SILVA, L. R. **Os ruídos comunicacionais na Pós- Modernidade: barreiras pessoais, físicas e semânticas para uma comunicação efetiva.** Intercom – Sociedade Brasileira de Estudo Interdisciplinares da Comunicação, Manaus AM, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v4n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 20/02/2019.
- GONÇALVES ET AL. Segurança do paciente e passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Rev. baiana enferm.** (2017); 31(2):e17053.
- Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145ean-20-01-0121.pdf>. Acesso

em: 15/03/2019.

IBSP – Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. **Comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde.** Disponível em:<www.segurancaadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/comunicacaoineficaz-esta-entre-as-causas-raizes-de-mais-de-70-dos-erros-na-atencao-a-saude>. Acesso em: 28/03/2019.

MINUZZI, A. P. et al . **Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo.** Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.121-129, 2016. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000100121&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 15/02/2019.

NOGUEIRA, J.W.S; RODRIGUES, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.** 2015 Jul/set; 20(3): 636-640. Disponível em:< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40274/26257>>. Acesso em: 01/04/2019.

PONTES, E. P. et al Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **Revista Mineira de Enfermagem.** v. 18, n. 1,p. 152- 157, jan./mar.2014. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/915>>. Acesso em 05/02/2019.

QUITÉRIO, L. M. **Eventos adversos causados por falhas gerenciais de comunicação em unidade de terapia intensiva** 97 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/00347167.2014670504>> Acesso em: 01/04/2019.

SANTOS, G.R.S. **Comunicação na clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: o caso do handover.** Rio de Janeiro, 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000100014&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 10/02/2019.

SANTOS, G.R.S; CAMPOS, J.F; SILVA, R.C. **Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente.** Esc Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2018;22(2):e2017026. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000100014&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 10/02/2019

SOUSA, C.S. **Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva.** **Rev. SOBECC**, São Paulo. jan./mar. 2014; 19(1): 44-502014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000200317&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/03/2019.

SOUZA, R.F; ALVES, A.S; ALENCAR, I.G.M. **Eventos adversos na unidade de terapia intensiva.** **Rev. enferm.**, Recife, 12(1):19-27, jan., 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a25205p19-27-2018>>. Acesso em: 24/03/2019.

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

Adolescência 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25

Ametropias 84, 85, 86, 87, 88, 92, 93, 94

Ansiedade 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 21, 22, 25, 35, 68, 73, 77, 82, 125, 126, 190, 200, 233, 237

Assistência de enfermagem 10, 11, 15, 16, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 66, 67, 70, 75, 76, 77, 79, 82, 83, 110, 111, 112, 119, 140, 159, 235, 236, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 262

Atenção básica 17, 23, 24, 25, 29, 33, 37, 52, 100, 102, 103, 104, 105, 110, 150, 152, 153, 154, 169, 187

Atenção primária à saúde 40, 61, 65, 111, 230

Autocuidado 13, 14, 22, 61, 62, 63, 64, 65, 99, 104, 105, 216

B

Baixa adesão 50, 51, 53, 54, 109

Baixo peso 96, 112, 114, 115

C

Câncer de ovário 76, 77, 78, 79

Câncer de próstata 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230

Causa 19, 21, 41, 77, 121, 123, 144, 161, 175, 186, 197, 199, 204, 232, 238

Congênita 121, 122, 124, 125

Criança 1, 3, 8, 9, 10, 12, 14, 21, 22, 24, 85, 86, 87, 93, 95, 96, 103, 107, 114, 115, 117, 118, 119, 123, 166, 168, 264

Cuidados de enfermagem 8, 9, 15, 40, 43, 68, 110, 115, 245, 248

Cuidados para prolongar a vida 197, 199

D

Demência 123, 174, 175

Depressão pós-parto 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 110

Desordem depressiva 186

Diagnóstico 10, 13, 14, 18, 20, 22, 25, 26, 41, 46, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 78, 79, 81, 86, 96, 103, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 140, 141, 142, 148, 158, 172, 173, 175, 180, 181, 188, 190, 196, 197, 199, 200, 202, 203, 206, 213, 214, 215, 220, 223, 224, 227, 229, 245, 260

Diagnósticos de enfermagem 11, 13, 16, 71, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 245, 248

Disautonomia familiar 196, 197, 198, 199, 204, 206

Distúrbios 18, 35, 98, 121, 122, 123, 124, 125, 131, 134, 156, 197, 198, 199, 202, 238

Doença de alzheimer 173, 176, 177, 178, 179, 183

Doença de parkinson 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135

Doença trofoblástica gestacional 68, 69, 70, 72, 75

E

Educação em saúde 54, 62, 63, 64, 66, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 211, 212, 213, 214, 216, 219, 220, 254

Enfermagem forense 150, 151, 152, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 168, 169, 170, 171

Enfermagem oncológica 137

Enfermeiro 8, 10, 14, 15, 17, 19, 23, 24, 31, 32, 35, 36, 37, 46, 50, 52, 63, 65, 66, 68, 70, 75, 78, 83, 97, 101, 104, 109, 111, 114, 115, 118, 119, 120, 140, 151, 156, 157, 158, 159, 219, 220, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251

Enfermeiros 23, 35, 51, 54, 61, 65, 66, 83, 111, 117, 118, 120, 125, 149, 155, 156, 157, 158, 159, 213, 230, 239, 241, 242, 243, 244, 246, 247, 248, 249, 251, 254

Erros refrativos 85, 86, 87

Escala de depressão geriátrica 185, 186, 188, 191

Esfregaço vaginal 40, 43, 52

Estratégia saúde da família 52, 100, 101, 102, 103, 120

Estudantes de enfermagem 62, 66, 157, 170

Exame papanicolau 50, 51

F

Família 13, 14, 15, 17, 18, 21, 23, 24, 31, 35, 37, 38, 45, 48, 51, 52, 53, 72, 82, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 139, 140, 150, 152, 153, 159, 166, 175, 180, 181, 182, 185, 187, 191, 213, 214, 215, 240, 243, 250

Fenomenologia 137, 147, 170

G

Gestação 3, 9, 12, 13, 22, 69, 70, 71, 72, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 106, 109, 110, 113

Gestantes 1, 2, 3, 5, 23, 24, 25, 69, 95, 96, 97, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110

Gravidez 1, 2, 3, 5, 6, 7, 11, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 36, 69, 70, 73, 74, 75, 95, 97, 98, 103

H

Hidrocefalia 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127

I

Idosos 137, 139, 141, 142, 143, 144, 147, 148, 154, 160, 175, 182, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 251, 264

J

Jovens 33, 78, 86, 92, 150, 152, 153, 154, 161, 167, 175, 212

M

Método canguru 112, 113, 114, 115

Mulheres 3, 4, 5, 6, 8, 10, 14, 16, 18, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 41, 42,

45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 73, 74, 75, 77, 78, 96, 97, 98, 99, 107, 108, 139, 142, 160, 161, 211, 216

N

Neoplasias da próstata 222, 225

Neoplasias do colo do útero 40, 43, 62

Neurocirurgia 129, 131

Nutrição 13, 81, 95, 96, 97, 98, 123

P

Penianas 211, 212

Peptídeos beta-Amiloides 174, 267

Período pós-parto 8, 9, 25

Pesquisa qualitativa 30, 111, 137, 163

Pré-natal 1, 2, 4, 5, 11, 23, 24, 25, 74, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 111

Pressão intracraniana 121, 122, 123, 124, 125, 127

Prevalência 24, 26, 32, 33, 35, 37, 38, 44, 54, 55, 85, 87, 88, 93, 96, 130, 139, 166, 173, 174, 186, 187, 192, 223, 226, 229

Prevenção 22, 23, 33, 34, 40, 41, 46, 47, 48, 49, 52, 54, 55, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 70, 80, 83, 85, 87, 88, 93, 98, 99, 102, 104, 107, 109, 110, 114, 141, 150, 156, 159, 168, 169, 190, 192, 204, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 239, 245, 255

Prevenção & controle 62

Processo de enfermagem 10, 11, 14, 16, 68, 70, 76, 79, 83, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250

Promoção da saúde 16, 47, 63, 65, 70, 93, 96, 102, 104, 110, 115, 192, 211, 223, 240, 264

Proteínas tau 174

Puericultura 116, 117, 118, 119, 120

Puérpera 8, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 23, 24, 25, 96, 109

R

Recém-nascido 13, 18, 21, 95, 96, 98, 102, 112, 115, 123, 124, 139

S

Saúde da família 31, 37, 38, 45, 48, 51, 52, 53, 100, 101, 102, 103, 105, 117, 118, 119, 120, 185, 187, 191, 214, 215

Saúde da mulher 9, 29, 40, 43, 47, 52, 63, 69, 96, 98, 264

Saúde do homem 211, 214, 221, 222, 223, 225, 229, 230

Saúde do idoso 137, 190

Secretases da proteína precursora do amiloide 173

T

Terapêutica. 82, 83, 129, 134, 139, 147, 220, 250

Teste de papanicolau 40, 43

Tratamento farmacológico 129, 130, 131, 133, 134, 181

V

Violência doméstica 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 160, 161

Violência intrafamiliar 150, 152, 153, 168, 169, 170

 **Atena**
Editora

2 0 2 0