



INOVAÇÃO E
TECNOLOGIA
PARA O CUIDAR
EM ENFERMAGEM

RAFAEL HENRIQUE SILVA
(ORGANIZADOR)



**INOVAÇÃO E
TECNOLOGIA
PARA O CUIDAR
EM ENFERMAGEM**

RAFAEL HENRIQUE SILVA
(ORGANIZADOR)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos 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, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
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
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
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
Prof^ª Dr^ª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
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

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
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 Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Inovação e tecnologia para o cuidar em enfermagem

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Camila Alves de Cremonesi
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Rafael Henrique Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
I58	Inovação e tecnologia para o cuidar em enfermagem 1 [recurso eletrônico] / Organizador Rafael Henrique Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-306-4 DOI 10.22533/at.ed.064202108 1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Silva, Rafael Henrique.
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Inovação e Tecnologia para o Cuidar em Enfermagem Volume 1 é uma obra composta por artigos relevantes, frutos da dedicação de pesquisadores preocupados com os temas atuais e engajados em disseminar seus trabalhos com outros profissionais. Quando falamos de inovação, estamos dispostos a explorar novos processos sobre as mais variadas temáticas do cuidar em Enfermagem.

O Volume 1 de Inovação e Tecnologia para o Cuidar em Enfermagem reúne os trabalhos relacionados principalmente a Atenção Primária a Saúde. Os artigos reunidos desmistificam a ideia que as inovações estão inerentes a grandes centros tecnológicos, distantes do cotidiano dos profissionais de Enfermagem.

Neste volume, os autores se preocuparam em trabalhar como a inovação pode favorecer as ações na Atenção Básica, através de ações educativas, prevenção e promoção a saúde. Os trabalhos abordam temas como espiritualidade, vulnerabilidade, práticas de enfermagem, além de outros temas que certamente irão proporcionar conhecimento para os profissionais da área da saúde.

Este livro foi organizado de forma a tornar a leitura agradável, com temas relacionados e principalmente com o objetivo de contribuir com o crescimento profissional de todos os leitores, através de atualizações em suas práticas de atuação.

Rafael Henrique Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

CUIDAR ALÉM DO CUIDADO: EMPATIA NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Samyra Fernandes Gambarelli

Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets

DOI 10.22533/at.ed.0642021081

CAPÍTULO 2..... 13

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cristiane Vieira Soares

Igor de Oliveira Reis

Karina Menezes Carvalho

Greiciane Andrade de Lima

DOI 10.22533/at.ed.0642021082

CAPÍTULO 3..... 24

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE HANSENÍASE E TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maurilo de Sousa Franco

José Wilian de Carvalho

Daniel de Souza Lira

Ana Paula Cardoso Costa

Roméia Silva de Sousa

Luana Ferreira de Sousa

Francisco José de Araújo Filho

Jakellinny Holanda Nunes

Aline Raquel de Sousa Ibiapina

DOI 10.22533/at.ed.0642021083

CAPÍTULO 4..... 35

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE PRIMEIROS SOCORROS

Thamires Sales Macêdo

Debora Maria Bezerra Martins

Manoelise Linhares Ferreira Gomes

João Victor Ferreira Sampaio

Raimunda Leandra Bráz da Silva

José Ivo Albuquerque Sales

Patrícia Kelen Sousa Araújo Gomes

Livia Moreira Barros

DOI 10.22533/at.ed.0642021084

CAPÍTULO 5.....45

TUBERCULOSE PULMONAR: DIFICULDADES FRENTE AO DIAGNÓSTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Erivania Maria da Silva
Evelin Teixeira Souza
Jaqueline Oliveira Rodrigues
Brenda Karolina da Silva Oliveira
Nicole da Conceição Ribeiro
Lucimeide Barros Costa da Silva
Pedro Pereira Tenório
Rafaell Batista Pereira
Daniely Oliveira Nunes Gama
Andréa Kedima Diniz Cavalcanti Tenório

DOI 10.22533/at.ed.0642021085

CAPÍTULO 6.....58

FATORES ASSOCIADOS A COINFECÇÃO DA TUBERCULOSE COM HIV/AIDS

Amanda Suzan Alves Bezerra
Brenda Karolina da Silva Oliveira
Caroline Teixeira Santos
Ellen Carolynne de Oliveira Gomes
Evellyn Thaís Lima Monteiro da Silva
Júlia Tenório Araújo
Karine Alves de Araújo Gomes
Lívia Fernanda Ferreira Deodato
Sayonara Leite da Silva Barros

DOI 10.22533/at.ed.0642021086

CAPÍTULO 7.....70

VIVER COM HIV/AIDS: UM OLHAR DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL

Thaís Honório Lins Bernardo
Lays Pedrosa dos Santos Costa
Joice Fragoso Oliveira de Araújo
Isabel Comassetto
Iasmin Maria Ferreira da Silva
Imaculada Pereira Soares
Larissa Houly de Almeida Melo
Gabriella Keren Silva Lima

DOI 10.22533/at.ed.0642021087

CAPÍTULO 8.....83

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA MULHER QUE CONVIVE COM HIPOTIREOIDISMO: ESTUDO DE CASO

Nadilânia Oliveira da Silva
Vitória de Oliveira Cavalcante
Camila da Silva Pereira
Maria Lucilândia de Sousa

Antônia Thamara Ferreira dos Santos
Tacyla Geyce Freire Muniz Januário
Carla Andréa Silva Souza
Francisco Costa Sousa
Amana da Silva Figueiredo
Josefa Fernanda Evangelista de Lacerda
Aline Samara Dantas Soares Pinho
Gleice Adriana Araujo Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.0642021088

CAPÍTULO 9..... 93

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA MULHER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ESTUDO DE CASO

Camila da Silva Pereira
Maria Lucilândia de Sousa
Nadilânia Oliveira da Silva
Vitória de Oliveira Cavalcante
Carla Andréa Silva Souza
Tacyla Geyce Freire Muniz Januário
Raquel Linhares Sampaio
Alécia Hercidia Araújo
Francisco Costa de Sousa
Tháís Isidório Cruz Bráulio
Aline Samara Dantas Soares Pinho
Gleice Adriana Araujo Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.0642021089

CAPÍTULO 10..... 102

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Amanda Eckhardt
Maria Danielle Alves do Nascimento
Rebeca da Silva Gomes
Bruna Rafaela da Costa Cardoso
Karolany Silva Souza
Mikaele Karine Freitas do Nascimento
Maria Vitalina Alves de Sousa
Thalia Aguiar de Souza
Luis Felipe Alves Sousa
Monalisa Mesquita Arcanjo
Elaine Cristina Bezerra Bastos

DOI 10.22533/at.ed.06420210810

CAPÍTULO 11..... 107

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Liane Bahú Machado
Sandra Ost Rodrigues

Silvana Carloto Andres
Claudete Moreschi
DOI 10.22533/at.ed.06420210811

CAPÍTULO 12..... 112

ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

Rafael Silvério de Moraes
Fernanda Camila de Moraes Silvério

DOI 10.22533/at.ed.06420210812

CAPÍTULO 13..... 119

VISITA DOMICILIÁRIA: PROMOVEDO SAÚDE À PACIENTE COM ESTOMIA

Flávia Camef Dorneles
Leticia dos Santos Balboni
Paola Martins França
Sandra Ost Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.06420210813

CAPÍTULO 14..... 125

CENTRO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS

Gloria Cogo
Pablo Marin da Rosa
Télvio de Almeida Franco
Sandra Ost Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.06420210814

CAPÍTULO 15..... 130

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

Renata Maria da Silva
Luana Batista de Oliveira
Maria Luísa de Carvalho Correia

DOI 10.22533/at.ed.06420210815

CAPÍTULO 16..... 134

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES E NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Débora Maria de Souza Araújo
Isabela Galvão Fernandes Alves
Izabella Luciana Castelão
Thalita Botelho Cutrim
Rosângela Durso Perillo

DOI 10.22533/at.ed.06420210816

CAPÍTULO 17..... 148

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NA CIDADE DE ILHÉUS-BA

Vivian Andrade Gundim

Romulo Balbio de Melo
João Pedro Neves Pessoa
Marcelly Cardoso Vieira Cruz
Daniel Fraga de Rezende
Fernanda Andrade Vieira
Luísa Oliveira de Carvalho
Ana Carolina Santana Cardoso
Ana Luiza Machado Souza
Letycia Alves de Abreu
Carlos Vítório de Oliveira
Irany Santana Salomão

DOI 10.22533/at.ed.06420210817

CAPÍTULO 18..... 158

HOMOAFETIVOS NA DOAÇÃO DE SANGUE: TABUS E DISCRIMINAÇÕES

Diandra Ushli de Lima
Luiza Jorgetti de Barros
Ariany Azevedo Possebom
Victoria Maria Helena Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.06420210818

CAPÍTULO 19..... 161

PROCESSO DE ENFERMAGEM – SAE ESTUDO DE CASO ALOPÉCIA AREATA UNIVERSAL

Amanda Paulino Ferreira
Caroline Oliveira de Almeida
Karina Rezende do Prado
Suzana Santos Ribeiro
Wagner Rufino dos Santos Filho
Susinaiaara Vilela Avelar Rosa

DOI 10.22533/at.ed.06420210819

CAPÍTULO 20..... 171

PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NO CUIDADO AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: REVISÃO INTEGRATIVA

Cristina da Silva Fernandes
Darlane Verissimo de Araújo
Magda Milleyde de Sousa Lima
Natasha Marques Frota
Nelson Miguel Galindo Neto
Joselany Áfio Caetano
Lívia Moreira Barros

DOI 10.22533/at.ed.06420210820

CAPÍTULO 21..... 186

A ESPIRITUALIDADE COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Ingrid Kelly Morais Oliveira

Francisco Marcelo Leandro Cavalcante
Manoelise Linhares Ferreira Gomes
Natasha Marques Frota
Marianna Carvalho e Souza Leão Cavalcanti
Nelson Miguel Galindo Neto
Joselany Áfio Caetano
Lívia Moreira Barros

DOI 10.22533/at.ed.06420210821

CAPÍTULO 22..... 194

PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS EM SAÚDE COMO FERRAMENTAS DE APROXIMAÇÃO E MEDIAÇÃO DE CONFLITOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Heloisa Schatz Kwiatkowski
Angela Makeli Kososki Dalagnol
Matheus Pelinski da Silveira
Karlla Rackell Fialho Cunha
Débora Tavares de Resende e Silva

DOI 10.22533/at.ed.06420210822

CAPÍTULO 23..... 203

O QUE PENSAM OS USUÁRIOS SOBRE A SAÚDE EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO BAIXO MADEIRA: ANÁLISE ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Luana Michele da Silva Vilas Bôas
Denize Cristina de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.06420210823

SOBRE O ORGANIZADOR..... 220

ÍNDICE REMISSIVO..... 221

CAPÍTULO 1

CUIDAR ALÉM DO CUIDADO: EMPATIA NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 21/07/2020

Samyra Fernandes Gambarelli

Universidade Federal Fluminense

Niterói – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/4824223393004961>

Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets

Universidade Federal do Rio de Janeiro –

Campus Macaé

Macaé – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/7530991449657861>

RESUMO: A empatia enquanto parte de um instrumento básico do cuidado de enfermagem, a comunicação, constitui-se um componente fundamental do tratamento dispensado ao paciente porque, através dela, é possível se colocar no lugar do outro (paciente) e enxergar suas necessidades e prioridades. **Objetivo:** Compreender o papel da empatia na relação enfermeiro-paciente na atenção primária à saúde do Município de Macaé. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza exploratória com abordagem qualitativa pautada na Teoria do Cuidado Humano de Margareth Jean Watson, na qual a coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018 após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé sob o parecer de número 2.273.929. O estudo foi realizado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Macaé. Foram

entrevistados 25 Enfermeiros. **Resultados:** Por meio da análise de conteúdo segundo Bardin, após a transcrição das entrevistas, emergiram duas categorias: a empatia como tecnologia leve do cuidado de enfermagem no que tange a relação enfermeiro/paciente; a empatia como ferramenta facilitadora para o acolhimento do paciente voltada para uma assistência humanizada. **Conclusão:** A empatia enquanto tecnologia leve do cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde no Município de Macaé possui um papel importante em proporcionar melhoria no vínculo entre enfermeiro-paciente transformando essa relação em uma relação terapêutica e contribuindo para o acolhimento do paciente voltado para uma assistência humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Empatia, Atenção primária a saúde, Cuidado de enfermagem, Comunicação, Humanização.

CARE BEYOND CARE: EMPATHY IN THE NURSE-PATIENT RELATIONSHIP IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Empathy as part of a basic instrument of nursing care, communication, constitutes a fundamental component of the treatment given to the patient because, through it, it is possible to put yourself in the place of the other (patient) and see your needs and priorities. **Objective:** To understand the role of empathy in the nurse-patient relationship in primary health care in the city of Macaé. **Methodology:** This is an exploratory field research with a qualitative approach based on Margareth Jean Watson's Theory of Human Care, in which data collection

took place between the months of December 2017 and February 2018 after approval by the Research Committee. Research Ethics of the Federal University of Rio de Janeiro, Campus Macaé under the number 2,273,929. The study was carried out in the Family Health Strategies (ESF) of the city of Macaé. 25 nurses were interviewed. Results: Through content analysis according to Bardin, after the transcription of the interviews, two categories emerged: empathy as a light technology of nursing care regarding the nurse / patient relationship; empathy as a facilitating tool for welcoming the patient, focused on humanized assistance. Conclusion: Empathy as a light technology of nursing care in primary health care in the Municipality of Macaé has an important role in providing improvement in the bond between nurse and patient, transforming this relationship into a therapeutic relationship and contributing to the reception of the patient facing a humanized assistance.

KEYWORDS: Empathy, Primary health care, Nursing care, Communication, Humanization.

INTRODUÇÃO

A empatia enquanto parte de um instrumento básico do cuidado de enfermagem, a comunicação, constituiu-se um componente fundamental do tratamento dispensado ao paciente (TAKAKI & SANT'ANA, 2004).

No início do século XIX, estudiosos sustentavam que a empatia era uma capacidade através da qual as pessoas compreendiam umas às outras, sentiam e percebiam o que acontece com os outros, como se estivessem vivenciando suas experiências (MOREIRA, 2013).

Nos dias atuais, a empatia pode ser compreendida como uma habilidade de interação social e é constituída pela capacidade de interpretar e compreender os sentimentos e pensamentos de alguém, reconhecer as emoções, aceitar perspectivas, crenças e valores muito diferentes, além de tolerância à frustração provocada pela atitude do interlocutor e preocupação genuína com o bem-estar do outro (KESTENBERGL, 2013).

A enfermagem, entendida como a ciência do cuidado humano, se baseia na relação enfermeiro-paciente sendo constituída fundamentalmente de comunicação. Essa comunicação pode ser de forma verbal e/ou não verbal, proporcionando um reconhecimento explícito dos sentimentos e perspectiva da outra pessoa, de tal maneira que ela se sinta realmente compreendida (PONTES, 2008).

A comunicação enquanto estratégia de interação, a partir do diálogo e da escuta do outro, contribui para o maior conhecimento e a melhor adesão do paciente ao tratamento delineado. É por meio da comunicação que o profissional pode definir metas e objetivos a serem atingidos, de modo a levar o paciente a sentir-se como ser humano digno, capaz de encontrar soluções para seus problemas e contribuir para a sociedade em que vive e, também, de aceitar desses profissionais o que é necessário para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde física e mental. Esta interação enfermeiro/paciente pode se dar de forma positiva, desenvolvendo a habilidade da empatia (BRASIL, 2013).

Diferentes pesquisadores têm considerado a empatia enquanto um fenômeno complexo e a definem como uma habilidade social multidimensional envolvendo componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Por sua vez, a humanização também é compreendida enquanto um processo complexo e multidimensional inserido no contexto da saúde, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento (SAMPAIO, 2009).

É possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem (SIMÕES, 2007).

A Política Nacional de Humanização (PNH), que originalmente foi denominada de Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada (BRASIL, 2010).

O conhecimento científico e a habilidade técnica do profissional enfermeiro são importantes, mas além disso o profissional precisa ter um bom relacionamento interpessoal, empático e acolhedor. É necessário que a enfermagem encontre o equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática de comportamento humanizado.

Margaret Jean Watson desenvolveu a Teoria do Cuidado Humano, que se baseia no cuidado efetivo por meio da relação transpessoal, ou seja, onde o cuidado não se limita apenas ao agora, mas que transcende tempo, espaço e matéria de paciente e profissional para que formem um único elemento em sintonia, além do momento pontual da interação, de maneira a favorecer a restauração (SAVIETO, 2016).

A enfermagem é uma profissão que além de executar procedimentos técnicos e desenvolver o cuidado, ela é capaz de conhecer a individualidade mais profunda de cada paciente de forma a objetivar a transpessoalidade por meio da empatia e comunicação, podendo desenvolver relação de confiança que favorecem esse processo (SAVIETO, 2016).

Segundo Watson, um dos instrumentos mais adequados para estabelecer e manter a importante relação de ajuda-confiança entre profissional e paciente é a empatia. A partir da verdadeira intenção de cuidar, é possível desenvolver uma relação empática, quando se reconhece o outro como quem vivência sua experiência única de ser paciente e se expressa entendimento e aceitação através de linguagem verbal e não verbal (FAVERO, 2013).

Objetivo do estudo foi compreender a respeito da empatia na relação-enfermeiro paciente na atenção primária à saúde de Macaé.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza exploratória com abordagem qualitativa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé, com o parecer nº 2.273.929 conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2017 a março de 2018. Foram percorridas, aleatoriamente, 32 ESFs das 45 que compõe o quantitativo de Unidades do município de Macaé. A inclusão de novas unidades foi interrompida por saturação dos dados, isto é, constatou-se que elementos novos não seriam mais apreendidos a partir do campo de pesquisa (PIRES, 2008).

As ESFs foram incluídas considerando os seguintes critérios: ter o enfermeiro presente nas unidades e os voluntários concordarem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sendo assim, foram excluídas sete Unidades por não terem a presença do Enfermeiro para participar do estudo no dia da entrevista. Logo, realizaram-se 25 entrevistas semiestruturadas com 25 enfermeiros em 25 ESFs a partir das seguintes questões: o que é empatia? A empatia é importante para a relação enfermeiro-paciente? Porque?

Cada entrevista foi gravada em meio digital e transcrita na íntegra, respeitando-se a coloquialidade do discurso. Para assegurar o anonimato dos sujeitos na pesquisa, eles foram identificados por meio da letra “P”, seguida de número ordinal, de acordo com a ordem das entrevistas realizadas: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25.

Também foram coletados dados sociodemográficos dos participantes contendo os seguintes dados: idade, cor, sexo, tempo de formação, tempo de atuação em atenção primária à saúde.

A análise dos dados foi realizada segundo análise de conteúdo de Bardin. As etapas da análise foram: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência interpretação.

As etapas podem ser melhores entendidas e explicitadas na figura a seguir (Figura1).

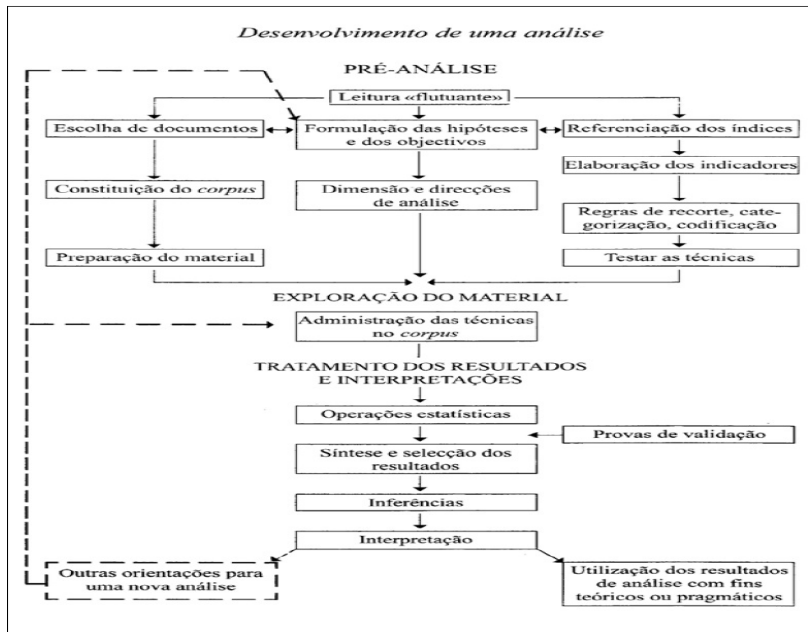


Figura 1 – Desenvolvimento da análise de conteúdo. Fonte: Bardin (2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média dos enfermeiros foi de 31,72 anos \pm 3,36, 96% (24) eram do sexo feminino, 76% (19) eram brancos e 24% (6) negros, em relação ao tempo de formação 88% (22) possuíam entre 5 e 10 anos de formado e 12% (3) entre 15 e 18 anos. Sobre o tempo de atuação como enfermeiro na atenção primária a saúde, 20% (5) com menos de 1 ano, 68% (17) possuíam até 4 anos, 8% (2) 6 anos e 4% (1) 9 anos.

Quando questionados sobre a palavra empatia, 100% dos entrevistados trazem nas suas falas o significado compatível com a literatura. Isso pode ser entendido pelo fato de que todos os participantes possuem mais de 5 anos de formação como Enfermeiro e que 80% tem pelo menos 4 anos de atuação na atenção primária a saúde. Sugerindo-se que o tempo de formação e atuação na atenção primária à saúde contribuam para a compreensão da complexidade da empatia no cotidiano de cuidar.

É fundamental que a enfermagem desenvolva a capacidade de se comunicar empaticamente, pois, esta habilidade é a mola propulsora do cuidado humano e, para isso, faz-se necessário primeiramente um trabalho com a própria personalidade, o que não ocorre por tentativas ocasionais porque não pode ser conseguido de uma só vez, mas com o exercício contínuo do desenvolvimento dessa competência interpessoal (TAKAKI, 2004).

No âmbito da ESF, o uso de competências interpessoais pode ser o diferencial positivo nas relações (ROCHA, 2013). Por outro lado, a falta de habilidades interpessoais

e o resultado das atitudes comunicacionais inadequadas dos profissionais na relação com os pacientes podem interferir negativamente na qualidade da assistência ofertada (ARAUJO, 2007). A comunicação interpessoal é a base e o aspecto mais importante dos relacionamentos humanos (SILVA, 2008) e, enquanto fundamento das relações interpessoais, configura-se instrumento básico para o cuidado em saúde (PONTES, 2008).

Após a transcrição das entrevistas, o conteúdo foi analisado em duas categorias que se destacaram na fala dos entrevistados, quais sejam:

1. A empatia como tecnologia leve do cuidado de enfermagem na relação enfermeiro-paciente
2. A empatia como uma das ferramentas facilitadoras para o acolhimento do paciente voltada para uma assistência de enfermagem humanizada.

A empatia como tecnologia leve do cuidado de enfermagem na relação enfermeiro-paciente

Partindo do entendimento de que o trabalho humano, tal como se coloca na atualidade, só é viável por meio das tecnologias que ele engendra, torna-se indispensável refletir sobre a relação que se estabelece entre as tecnologias, o mundo da ciência e o homem, em todos os sentidos e espaços. As tecnologias em saúde são classificadas em três categorias: tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização (SILVA, 2008).

Embora essas três categorias se inter-relacionem, o ser humano necessita, em especial, das tecnologias de relações, definidas como 'leves'. Elas são capazes de propiciar o acolhimento necessário para que o paciente e profissional de saúde possam se beneficiar deste momento. Considerando a complexidade do ser humano, o sujeito é contextualizado, estando seu estado de saúde dependente das condições ambientais, biológicas, psicológicas, do seu estilo de vida e das instituições em que se opera o cuidado. A conjunção desses fatores interfere nas tecnologias incorporadas à saúde (MERHY, 1997).

A partir do conceito sobre tecnologia leve apresentado, destacamos trechos das entrevistas realizadas com os participantes P2, P4, P11 que abordam o papel da empatia sob essa ótica.

P2 (...)a ESF realiza um trabalho diferenciado, esse paciente tende a fazer um vínculo maior com o profissional que está na ESF, qualquer ação que a gente traçar para esse paciente a gente tem que conseguir ser empático no que o paciente traz para a gente, até porque se não ocorrer esse tipo de relação, a gente não consegue identificar os fatores que estão interferindo na condição daquele paciente, (...)

P4(...)Empatia envolve comunicação e é fundamental e imprescindível com o usuário. Se você não conseguir obter essa abertura, você não vai conseguir ter um feedback, ou qualquer proposta de intervenção não vai surtir efeito, mas também acho que o básico envolve a equipe para poder funcionar o trabalho como um todo, a gente precisa ter um bom diálogo entre a equipe, porque se não tiver, o trabalho não flui. (...)

P11 Empatia para mim nada mais é do que um bom relacionamento enfermeiro paciente, muitas vezes isso não é fácil, porque as pessoas são muito diferentes umas das outras, e devido a situação que o paciente nos procura. Alguns nos procuram para fazer acompanhamento e outros nos procuram para fazer um acompanhamento de rotina. Até hoje eu não tive problemas em lidar com as pessoas, porque na vida eu aprendi que um sorriso abre muito mais portas do que a cara fechada, então a apatia ou a empatia das pessoas a gente procura consertar com um bom atendimento(...)

O cuidado compõe-se de tentativas intersubjetivas e transpessoais para proteger, melhorar e preservar a humanidade ajudando a pessoa a encontrar sentido na doença, sofrimento, na dor e na existência, e para ajudar o outro a obter autoconhecimento, autocontrole e autocura. A interação enfermeiro-paciente é um dos fatores que favorece a ação terapêutica. Esse processo de interação ocorre através do diálogo, da conversa, da escuta sensível; a enfermeira e o paciente comunicam-se primeiro em interação. E, a partir desse processo, a enfermeira utiliza suas habilidades e seus conhecimentos para a identificação dos problemas e das necessidades do paciente, conforme pode se perceber na fala dos participantes P12, P13, P15.

P12(...)Aqui na ESF eu acho que todas as nossas relações se não tiver empatia a gente não consegue fazer o nosso trabalho, porque o nosso trabalho é feito através do vínculo, e a gente consegue estabelecer um bom vínculo quando a gente entende a estrutura de família da pessoa, como a pessoa vive, os problemas que ela passa, então quando a gente tem empatia com o nosso paciente a gente consegue estabelecer um vínculo melhor, consegue tentar arrumar maneiras e soluções de tenta trazer esse paciente pra gente dentro da realidade de vida dele(...)

P13(...)Então na ESF por a gente trabalhar com territorialização de uma clientela específica, a gente costuma criar objetivo que é criar vínculo com esse usuário, de forma que ele se sinta confortável, a vontade para falar de suas demandas, de seus problemas, e algumas particularidades de saúde que a gente precisa estar intervindo, então assim se você não for empática no seu relacionamento na ESF, você não consegue muito alcançar esse objetivo(...)

P15(...)A empatia se dá na ESF através da escuta, do diálogo, através da presença, principalmente da escuta ativa, quando a pessoa é receptora das informações quanto emissora das informações, tem uma relação de comunicação facilitada, diálogo aberto e coeso(...)

O enfermeiro e o paciente partilham informações sobre suas percepções, influenciando no processo de interação humana. Sem comunicação, a interação e a transação não podem ocorrer. Por isso, os enfermeiros estão preocupados com os seres humanos que interagem com seu ambiente, de forma que levem à autorrealização e à manutenção da saúde (BROCA, 2012).

Para os enfermeiros, participantes da pesquisa, o encontro presencial foi considerado tecnologia leve. A empatia, segundo eles, é importante para estabelecer um sentimento de confiança, de tranquilidade, que se desenvolve através do diálogo, da escuta sensível e da conversa, capazes de transformar a posição de insegurança e medo do paciente.

Segundo Watson, essas tecnologias, que no campo da enfermagem ganham sentido de cuidado humano, podem adquirir caráter educativo ou instrucional relativo às explicações e informações necessárias. Ademais, também se expressam na forma de a enfermeira colocar-se à disposição do outro, atribuir importância às inquietações e questionamentos do paciente e sua forma de se ver e de se conduzir no mundo, estabelecendo uma relação de ajuda-confiança (TRINDADE, 2010).

Por ser o profissional de Enfermagem aquele que atua de maneira mais próxima e por mais tempo junto ao paciente em relação aos demais profissionais de saúde P8 afirma:

P8 Empatia para mim é o vínculo que o paciente tem com a gente, é a credibilidade que o paciente dá pelo nosso trabalho através de uma maneira pessoal, não só de teoria, mas de uma maneira pessoal a gente estar deixando ele adentrar a unidade e ter a ESF como porta de entrada confiando no profissional(...)

Tal aspecto favorece, embora não garanta, o estabelecimento da confiança, mas cria espaço, entre outras coisas, para o esclarecimento das demandas e a criação do vínculo entre enfermeiro-paciente.

A empatia como uma das ferramentas facilitadoras para o acolhimento do paciente voltada para uma assistência de enfermagem humanizada

Uma postura acolhedora implica em estar atento a diversidade étnica, racial e cultural, ou seja, conhecer bem o contexto em que a comunidade da área da abrangência está inserida. A Humanização é um dos pilares fundamentais para o sucesso da assistência prestada pelo programa de saúde da família e o acolhimento é a porta de entrada para se tornar mais humano (BREHMER, 2010). Segundo P5 “o acolhimento é saber ouvir e escutar, estar em prontidão para ajudar o paciente e cada vez mais o profissional incumbido desse espírito da empatia, de acolhimento e humanização”.

O acolhimento passa a ser uma ferramenta que irá tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si só suficientes para produzir saúde, bem-estar, equilíbrio entre aspectos psíquicos, físicos e sociais de uma pessoa ou sociedade. Para construir uma atenção

básica eficiente, se faz necessário redescobrir e refletir sobre a estratégia do acolhimento, uma vez que a comunidade é um espaço em construção constante e sempre permite o surgimento de erros e acertos (AYRES, 2006).

Observa-se na fala dos entrevistados que trabalhar o acolhimento pressupõe uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas. Devendo, na medida do possível, construir relações de confiança e apoio entre os membros da equipe e os usuários, entre enfermeiro e paciente como é possível observar na fala do entrevistado P18.

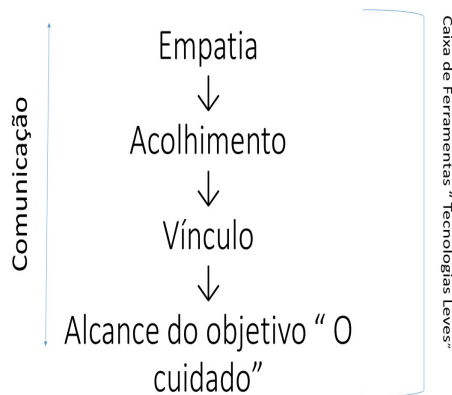
P18(...)Eu tento receber bem todo mundo que chega, conversar, eu acho que o tempo que o profissional já está naquela unidade também faz diferença ,eu já estou aqui a alguns anos, então muitas pessoas já me conhecem, então já tem uma história ali construída, você já sabe quem é quem, quem são as famílias, as pessoas vão sentindo cada vez mais confiança, tem uma mulher que vem e tem uma amiga que nunca veio, ai ela vai lá e da força, fala pra procurar a gente, que atendemos bem e ai a pessoa vem e é bem recebida, ai vai se fazendo esse vínculo(...)

O acolhimento deve ser uma ferramenta para humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população, o que pressupõe a responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestado (SIMÕES, 2007). Ao ouvir o usuário, os profissionais apresentam melhora na relação e desenvolvimento de uma parceria mais colaborativa (MATUMOTO, 2013).

P6 afirma que quando o enfermeiro acolhe o paciente adequadamente, aumenta a esperança no tratamento e o paciente passa a confiar mais no profissional acreditando que essa relação produz impacto emocional e social, além do biológico (doença).

Para Watson, o cuidado humanizado começa quando a enfermeira entra no campo fenomenal do paciente e é capaz de detectar, sentir e interagir com o paciente, ou seja, é capaz de estabelecer uma relação empática que, segundo Stefanelli é centrar a atenção no paciente e no ambiente para perceber a experiência do outro como ele, a vivência (SAVIETO, 2016). P3 diz:

P3 A assistência da enfermagem parte da confiança, e depois do conhecimento científico, muitas vezes você tem muito conhecimento científico e não tem proximidade com o paciente, então o paciente não é que não de credito ao que você fala, mas o seu discurso é uma coisa e como você chega até ele e outra, ele vê que você não se importa com o que ele tem, você se importa em dar uma resposta científica, então aquele elo é quebrado, e se esse elo é fortalecido no momento em que ele chega, o paciente e o profissional vão construindo esse processo de tratamento, de acompanhamento e estabelece o vínculo que deveria ser a promoção da saúde



Fonte: própria dos autores.

CONCLUSÃO

No encontro de subjetividades, considerando a relação enfermeiro-paciente, a análise dos dados demonstrou que as enfermeiras utilizam além de procedimentos técnicos no desenvolvimento do cuidado e que o tempo de formação e atuação na atenção primária à saúde contribuem para a compreensão da complexidade da empatia no cotidiano de cuidar. A empatia enquanto parte de um instrumento básico do cuidado de enfermagem contribui para desenvolver uma escuta sensível e atenta, para a comunicação verbal e não verbal.

Conclui-se que a empatia enquanto tecnologia leve do cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde do Município de Macaé tem um importante papel para proporcionar melhoria no vínculo entre enfermeiro-paciente transformando essa relação em uma relação terapêutica e contribuindo para o acolhimento do paciente voltado para uma assistência humanizada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P.; PUGGINA, A.C.G. **A comunicação não verbal enquanto fator iatrogênico**. REV Esc Enferm São Paulo. v.41, n.3, p. 419-25. 2007.

AYRES, R.C.; PEREIRA, S.; AVILA, S.; VALENTIM W. **Acolhimento no PSF: Humanização e Solidariedade**. O mundo da Saúde São Paulo, v.30, n. 2, p. 306-11, Abril/junho. 2006.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3569-3578, 2010.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. **Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem**. Rev Bras Enferm, Brasília v.65, n.1, p. 97-103, jan-fev. 2012.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L.M.F.; LACERDA, M.R. **Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual**. Rev. Esc. Enferm. São Paulo. v. 47, n.2, 2013

KESTENBERGL C. **A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out-dez. 2013.

MOREIRA, V.T.R. **Empatia e redução fenomenológica: possível contribuição ao pensamento de Rogers**. Arquivo Brasileiro de Psicologia. Rio de Janeiro, v. 65, n. 2. 2013.

PIRES, A.P. **Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais**. In: POUPART, J. *et al.* A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Editora Vozes. 2008.

ROCHA, B.S.; MUNARI, D.B. **Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coordenadores de equipe na saúde da família**. Rev Enferm Atencao Saude. v.2, n.3. 2013.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. **Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar**. Esc Anna Nery Rev Enferm. v.12 n.2, p. 291 – 8. 2008.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy EE, Onocko, R. *Práxis em salud um desafio para lo público*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. **Mapping pain in the clinical practice of nurses within primary health care**. Texto Contexto Enferm. V. 22, n.2, p.318-26, Abr-Jun. 2013.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. **Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado**. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 61, n.3, p. 312-318, maio-junho. 2008.

SAMPAIO, L.R.; CAMINO, C.P.S.; ROAZZI, A. **Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 29, n. 2, p. 212-227, 2009.

SAVIETO, R.M.; LEÃO, E.R. **Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, mar. 2016.

SIMÕES, A.; RODRIGUES, F.R.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, L.R. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária**. Texto Contexto Enferm. V.16, n.3, p. 439-44, Jul-Set. 2007.

TAKAKI M.; SANT'ANA D. **A Empatia como Essência no Cuidado Prestado ao Cliente Pela Equipe de Enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde.** Cogitare Enferm., Curitiba, v. 9 n. 1, p. 79-83, jan-jun. 2004.

TRINDADE, C.S. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

CAPÍTULO 2

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Cristiane Vieira Soares

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/5927259228174830>

Igor de Oliveira Reis

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus - AM

<http://lattes.cnpq.br/4319770551200541>

Karina Menezes Carvalho

Secretaria Municipal de Saúde de Iracema
Iracema - RR

<http://lattes.cnpq.br/9557085988284471>

Greiciane Andrade de Lima

Fundação Hospital Adriano Jorge e
Maternidade Moura Tapajóz
Manaus – AM

<http://lattes.cnpq.br/9214673198719494>

RESUMO: O objetivo do estudo foi caracterizar as publicações científicas produzidas por enfermeiros abordando a APS e a assistência de enfermagem às pessoas em situação de vulnerabilidade social. Tratou-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, utilizando as bases de dados: LILACS, BDEFN, e SciELO. Para a seleção dos artigos consultou-se o DeCS e o MeSH, com os descritores: Assistência de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde e Vulnerabilidade Social. Compuseram a amostra

12 estudos que foram divididos em duas categorias temáticas para discussão: Assistência de enfermagem frente às vulnerabilidades nos ciclos da vida; e, Processo de trabalho dos enfermeiros diante das vulnerabilidades: desafios e perspectivas. Evidenciou-se que apesar das diversas condições precárias que potencializam agravos nesse contexto, a equipe de saúde busca melhorias para o enfrentamento da problemática, e possibilita o acesso à saúde por meio da multiprofissionalidade e do cuidado centrado no paciente e nos territórios.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Vulnerabilidade Social.

NURSING ASSISTANCE TO PEOPLE IN SITUATION OF SOCIAL VULNERABILITY WITHIN THE OF PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: The objective of the study was to characterize scientific publications produced by nurses who address PHC and nursing care for people in situations of social vulnerability. It was an Integrative Literature Review, using as databases: LILACS, BDEFN and SciELO. For the selection of articles consulted in DeCS and MeSH, with the descriptors: Nursing Assistance, Primary Health Care and Social Vulnerability. Case study 12 studies that were divided into two thematic categories for discussion: Nursing care in the face of vulnerabilities in life cycles; and, Nurses' work process in the face of vulnerabilities: challenges and perspectives. It was evidenced that, despite the several precarious conditions

that enhance aggravations in this context, a health team seeks to improve the coping with the problem, and to allow access to health through multiprofessionality and care centered on the patient and the territories.

KEYWORDS: Nursing Care, Primary Health Care, Social Vulnerability.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com Morais, Raffaelli e Koller (2012), o conceito de vulnerabilidade social pode ser aplicado a pessoas que vivenciam situações de adversidade em seu cotidiano, ou seja, pode estar associada a fatores de risco que as afetam negativamente. São considerados fatores de risco aqueles cujas condições ou variáveis provocam efeitos negativos ou indesejáveis, ou até mesmo comportamentos que comprometam a saúde e o bem-estar do indivíduo.

A vulnerabilidade social pode avaliar a dimensão social do adoecimento, principalmente no que se refere ao acesso a serviços sociais e de saúde. Este conceito quando vinculado a Atenção Primária à Saúde e a assistência de Enfermagem, amplia a compreensão dos fenômenos da saúde, pois às condições sociais, políticas e culturais, o comportamento, as vivências individuais e subjetivas, são determinantes no processo saúde-doença, necessitando de ações específicas voltadas para a prevenção e controle dos agravos (BERTOLOZZI, 2009; NICHIAITA, 2008).

Segundo Santos (2015), a vulnerabilidade envolve uma perspectiva pluridimensional que considera a chance de exposição das pessoas em um sistema complexo de risco e a sua capacidade de resposta, sendo resultante no caso de grupos sociais, pelo nível de pobreza, definido pelo contexto político, histórico e cultural.

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como porta de entrada preferencial, essencial para prover atenção e planejar o cuidado em saúde. Sendo um ponto estratégico e fundamental na rede de prevenção identificação e notificação. Podendo permear em todos os níveis da assistência, buscando atender a necessidade de cada população de forma integral, sistematizada e contínua (MENDES, 2015; SILVA et al., 2018).

Considerando o panorama da Atenção Primária à Saúde e seu impacto nos indicadores sociais do processo saúde e doença, a proposta deste estudo tem como objetivo caracterizar as publicações científicas produzidas por enfermeiros abordando Atenção Primária à Saúde e a assistência de enfermagem às pessoas em situação de vulnerabilidade social.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura, norteadada pela questão: “O que enfermeiros estão produzindo sobre assistência de enfermagem às pessoas em situação de vulnerabilidade social no contexto da APS?”. Seguiram-se as seis etapas para a

construção de uma revisão: definição da questão de investigação, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão com busca na literatura, definição dos dados a serem extraídos, avaliação das pesquisas incluídas, interpretação dos resultados e síntese dos dados (MENDES, 2008).

A coleta foi realizada de janeiro a fevereiro de 2020 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para a seleção dos artigos consultou-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e o Medical Subject Headings (MeSH), sendo utilizados: Assistência de enfermagem, Atenção Primária à Saúde e Vulnerabilidade Social e seus correspondentes no idioma inglês e espanhol, com o operador booleano “and”.

Os critérios de inclusão foram artigos produzidos por enfermeiros sobre a temática nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados nos últimos 5 anos, os critérios de exclusão foram estudos duplicados, de revisão e relatos de experiência. Realizou-se a análise dos artigos e finalizou-se com a síntese do conhecimento agrupando-os em categorias temáticas.

3 | RESULTADOS

Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se o resultado de 8 artigos originais e 4 dissertações, totalizando 12 estudos. Sendo, respectivamente, 7 da BDENF, 4 da LILACS e 1 da SciELO (Quadro 1).

Ordem	Base de Dados / Revista	Autor / Ano	Título	Objetivo	Método	Principais Resultados
1	LILACS Gaúcha de Enfermagem	SOUZA, R. O. D.; BORGES, A. A.; BONELLI, M. A.; DUPAS, G. 2019	Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia	Conhecer a composição e o funcionamento do apoio social utilizado pela família da criança adoecida por pneumonia.	Qualitativo	A família nuclear e a extensa constituem o apoio social utilizado; a rede de apoio acessada engloba a APS, UPAs e hospitais, observando falha na referência e contra-referência intersetoriais.
2	LILACS Latino-Americano de Enfermagem	CARDOSO, A. C.; SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; ANJOS, D. S. C.; JORGE, J. S.; SANTANA, H. P. 2018	Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório de Rua	Analisar elementos do processo de trabalho de enfermagem no Consultório na Rua, evidenciando os desafios e potencialidades do cuidado à pessoa em situação de rua.	Qualitativo	O enfermeiro, diante de um objeto de trabalho desenhado por graves necessidades de saúde resultantes da vulnerabilidade social dessa população, utiliza instrumentos variados em seu processo de trabalho: planejamento estratégico, atuação em equipe multiprofissional e valorização das tecnologias leves de acolhimento e vínculo.

3	LILACS Eletrônica de Enfermagem	BARBOSA, K. T. F.; OLIVEIRA, F. M. R. L.; FERNANDES, M. G. M. 2017	Vulnerabilidade da pessoa idosa no acesso aos serviços prestados na APS	Identificar a vulnerabilidade programática entre os idosos adstritos à ESF.	Quantitativo	76,6% não possuía plano privado de saúde e utilizava com maior frequência os serviços disponibilizados pelo SUS (96,2%). Além disso, verificou-se que os idosos residentes em áreas de média vulnerabilidade social apresentaram maior procura por atendimento nas unidades de saúde pública (96,5%).
4	BDEFN UFPE online	ARAÚJO, A. S.; SANTOS, A. A. P.; LÚCIO, I. M. L.; TAVARES, C. M.; FIDÉLIS, E. P. B. 2017	O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal	Investigar como ocorrem os cuidados de Enfermagem diante da condição de risco relacionada ao período gestacional no contexto de situação de vulnerabilidade social de rua.	Qualitativo	O acolhimento e a atenção baseada em redução de danos, para a implementação de estratégias na assistência da consulta de pré-natal, apresentam bons prognósticos no contexto vivenciado.
5	SCIELO Latino-Americano de Enfermagem	FRANÇA, V. H.; MODENA, C. M.; CONFALONIERI, U. E. C. 2016	Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de extrema pobreza: contribuições da enfermagem	Investigar conhecimentos de gestores e profissionais da saúde, assistência social e educação sobre as principais barreiras na cobertura e acesso universal à saúde pela população extremamente pobre, e apontar as contribuições da enfermagem para promoção desse direito.	Qualitativo	As principais barreiras na cobertura e acesso universal à saúde: falhas na expansão e fortalecimento dos serviços; carência de tecnologia, equipamentos, recursos materiais e humanos; precária infraestrutura local; ações com baixa resolutividade e ausência de políticas intersetoriais. A enfermagem atua em ações de saúde e práticas sociais singulares, contribuindo para o enfrentamento dessas disparidades na cobertura e acesso universal.
6	LILACS Cogitare Enfermagem	MAFRA, R. P.; CHAVES, M. M. N.; LAROCCA, L. M.; PIOSIADLO, L. C. M. 2015	Os olhares de enfermeiras sobre a vulnerabilidade dos adolescentes em um distrito sanitário	Identificar as vulnerabilidades dos adolescentes segundo o olhar de enfermeiras de um Distrito Sanitário.	Qualitativo	Na construção social, naturaliza-se que meninos e meninas têm vulnerabilidades diferentes no território, destacando o reconhecimento de vulnerabilidades nos adolescentes.

7	BDEF Journal of Human Growth and Development	SILVA, D. I.; VERÍSSIMO, M. R.; MAZZA, V. A. 2015	Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde	Caracterizar a dimensão programática da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, segundo o enfermeiro da ESF.	Qualitativo	Mesmo reconhecendo melhorias no cenário atual da assistência, eles classificaram tais fatores como insuficientes. Assim, as Fragilidades no cenário político-programático e Lacunas na implementação programático-assistencial explicam a vulnerabilidade da atenção à saúde da criança na dimensão programática, o que caracteriza uma situação potencial de prejuízo a seu desenvolvimento.
8	BDEF Enfermagem UERJ	GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A.; NOTHAFT, S. C. S. 2015	Perspectivas da deficiência física no idoso: vulnerabilidades em saúde	Investigar as percepções de idosos, gestores e profissionais de saúde sobre as perspectivas da deficiência física no idoso.	Qualitativo	Para o bem-estar da pessoa idosa, depende de fatores físicos, mentais, sociais e ambientais, podendo estar relacionado a situações positivas ou negativas, tanto para o idoso quanto para sua família. Sendo então, um dos desafios para a saúde pública. Desde modo, é necessário estratégias por parte da equipe de saúde para que o idoso, ao adentrar no processo de envelhecimento seja de forma ativa, para não ocorrer o impacto em sua qualidade de vida.
9	BDEF	LIMA, K. M. O. C. 2019	Sentidos do trabalho para gerentes de UBS em contextos de vulnerabilidades	Compreender os sentidos do trabalho para os gerentes das Unidades Básicas de Saúde localizadas em uma Regional com alto índice de vulnerabilidade.	Qualitativo	O gerente da UBS é um importante instrumento e indispensável para população, principalmente em situações de vulnerabilidades, sendo de extrema relevância na organização dos serviços de saúde.

10	BDEF	SILVA, L. B. 2018	Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na APS	Avaliar a qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão acompanhada por equipes de Saúde da Família.	Quantitativo Qualitativo	Mesmo havendo uma Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é necessário verificar como o processo de envelhecimento está ocorrendo, principalmente em idosos com doenças crônicas, a saber a diabetes e hipertensão. A incidência de doenças cardiovasculares nesse grupo é muito frequente, os fatores modificáveis são maiores em pessoas com vulnerabilidade social. Dessa maneira, a Atenção Primária à Saúde tem o papel de promover estratégias para o idoso de modo a viabilizar a autonomia e o autocuidado desse indivíduo.
11	BDEF	PEREIRA, L. S. M. 2017	Cuidado ao idoso frágil na APS: Programa mais Vida	Analisar como ocorre o cuidado ao idoso frágil pelos profissionais das equipes de ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família da APS a partir da implementação do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do Centro Mais Vida.	Quantitativo Qualitativo	Através do Programa mais Vida, percebeu-se que a maior taxa de fragilidade foi apresentada no sexo feminino. Evidenciando que há carência de capacitação dos profissionais envolvidos no programa, o que impacta diretamente na assistência à essa população vulnerável.
12	BDEF	BARBOSA, K. T. F. 2015	Vulnerabilidade física, social, e programática de idosos atendidos na APS do município de João Pessoa, Paraíba	Identificar a vulnerabilidade física, social e programática entre os idosos atendidos ESF do município de João Pessoa, Paraíba.	Quantitativa	A vulnerabilidade é uma característica particularizada, tornando-se mais notável ao idoso, onde o mesmo necessita de uma atenção por parte dos familiares e da APS. Logo, se faz necessário implementação de estratégias mais seguras, para que se perceba os fatores que contribuem para a vulnerabilidade social, física e programática do idoso. Dessa maneira, a resolução de intervenções por parte dos profissionais de saúde será mais significativa.

Quadro 1 – Distribuição dos estudos incluídos na Revisão Integrativa, Manaus – AM, 2020
(continua)

Fonte: elaborado pelos autores.

4 | DISCUSSÃO

Na análise dos resultados, sistematizou-se nas seguintes categorias temáticas:

4.1 Assistência de Enfermagem frente às vulnerabilidades nos ciclos da vida

4.1.1 *Infância e Adolescência*

Souza et al., (2019) constaram que a família nuclear e extensa, é fundamental no apoio ao diagnóstico, tratamento e reabilitação da criança com pneumonia. A relação familiar, interação com a comunidade e fortalecimento espiritual, são importantes potencializadores sociais nesse processo. Entretanto, os serviços de saúde apresentaram barreiras significativas, como a falta de apoio estrutural e descompromisso dos profissionais, além das dificuldades dos usuários com o acesso ao transporte público, provendo uma assistência falha no momento de diagnóstico e cuidado à saúde da criança e de sua família.

Nesse contexto, enfermeiros de diferentes Unidades com Estratégia de Saúde da Família em um município da região Sul brasileira, descrevem fatores financeiros, institucionais, assistenciais e administrativos como influenciadores no processo de cuidado em saúde e relacionam à promoção do desenvolvimento infantil (SILVA; VERÍSSIMO; MAZZA, 2015). Além das evidências supracitadas, a criança é suscetível a sofrer prejuízos ou atrasos em sua formação individual, social e programática, tornando-a ainda mais vulnerável socialmente (SHONKOFF; GARNER, 2012).

Mafra et al. (2015), destacam que os adolescentes reconhecem a vulnerabilidade que estão expostos, destacando a infraestrutura, segurança, recreação e condições precárias de habitação. Aspectos relacionados à desinformação, gênero, agravos à saúde, processos de desgaste no cotidiano do território e a violência também são apontados como principais fatores. Os autores sugerem que para que as ações sejam efetivas as equipes dos serviços locais devem conhecer a população e a área de abrangência em que atuam, bem como os processos de desgaste e de proteção que determinam o processo saúde-doença dos que ali vivem.

4.1.2 *Gestantes*

Em um estudo realizado com nove gestantes no município de Maceió, evidenciou-se que a vulnerabilidade social interfere diretamente no processo de pré-natal, destacando o desconhecimento do sexo do bebê e idade gestacional, além da alimentação precária e falta de informação como potencializadores negativos nesse processo (ARAÚJO, et al., 2017). O preparo dos profissionais para lidar com essas situações especialmente complexas é essencial para que se amenize o sentimento de culpa pela gestante, que tem grande influência da sociedade que também a julga, o que faz com que elas não procurem os serviços de saúde (MARANGONI; OLIVEIRA, 2012).

4.1.3 Idosos

Em um estudo realizado em João Pessoa, verificou-se que a procura dos idosos por Unidades Básicas de Saúde é mais prevalente pelo grupo do sexo feminino. As condições clínicas de maior destaque são as relacionadas a problemas oftalmológicos e ao sistema respiratório. Constatando que, idosos que residem em lugares de maior vulnerabilidade social, são mais propensos a necessitarem dos serviços públicos de saúde (96,5%), constatando a próxima associação aos aspectos sociodemográficos e estrutural. Em contrapartida, idosos que residem em áreas de menores taxas de vulnerabilidade, denotam maior procura em planos médicos privados (BARBOSA, OLIVEIRA, FERNANDES, 2017; BARBOSA, 2015).

O Programa Mais Vida, situado na região sudeste do Brasil, é uma ferramenta essencial para linha de cuidado ao idoso frágil nas Redes de Atenção à Saúde. Através de uma pesquisa com os idosos pertencentes ao programa, identificou-se que grande parte deles tinham depressão, insônia, doença renal crônica, obesidade, incontinência urinária e apresentavam alguma alteração cognitiva (PEREIRA, 2017).

Diante disso, a prevalência de doenças de todas as ordens, a saber Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, serão mais incidentes na população socialmente vulnerável (SILVA, 2018). Nesse cenário, o envelhecimento requer estratégias eficazes por parte da equipe de saúde, através de elaborações específicas, de modo que este indivíduo perpetue hábitos saudáveis ao longo da vida (GIRONDI, SANTOS, NOTHAFT, 2015).

4.2 Processo de trabalho dos enfermeiros diante das vulnerabilidades: desafios e perspectivas

Cardoso, et al., (2018), apontam em seu estudo a falta de investimentos permanentes, materiais e recursos humanos, como principais desafios tanto na qualificação como na ampliação da compreensão dos diversos profissionais sobre a finalidade do seu processo de trabalho realizado com pessoas em situação de rua.

Em territórios de extrema pobreza, a precariedade se torna ainda maior pela falta de infraestrutura urbana dos serviços públicos, violência local e ausência de transporte público acessível. Esses determinantes sociais impedem o acesso universal à saúde por esses grupos e desestimula-os pela busca à assistência, gerando desesperança e abandono do tratamento (FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016).

Mesmo diante dessas dificuldades, o enfermeiro realiza relações solidárias, viabiliza o cuidado integral e humanizado à saúde, providencia melhorias na infraestrutura, minimiza as barreiras locais para acesso equitativo, contribuindo assim para que as pessoas exerçam sua autonomia e desenvolvam seu autocuidado apesar de tantas adversidades (CARDOSO, 2018; FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016).

O enfermeiro como gestor e atuante na APS é de extrema relevância, haja vista seu papel como organizador e articulador na efetivação das políticas propostas pelo SUS,

representando uma prática social respeitosa, engajada e compreensiva (LIMA, 2019).

5 | CONCLUSÃO

Enfermeiros com formação nas áreas de saúde pública ou saúde coletiva são os que mais produzem conhecimento abordando a enfermagem diante das vulnerabilidades sociais. Os estudos abordam as condições que produzem maior suscetibilidade a agravos nos ciclos da vida e a importância dos mecanismos de proteção social para a saúde das comunidades vulneráveis, além das possibilidades para o seu enfrentamento e de melhorias para o acesso à saúde por meio da multiprofissionalidade e do cuidado centrado no paciente e nos territórios.

É fundamental continuar realizando estudos abordando a vulnerabilidade social e os determinantes sociais da saúde, pois este objetivo está amplamente ligado ao processo saúde-doença. Abordar a assistência de enfermagem diante dessas situações permite aprimorar os saberes e a prática da profissão, pois este conceito está intrinsecamente ligado à saúde e a problemas de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A.S., et al. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231171/25139>> Acesso em: 10 de janeiro de 2020.

BARBOSA, K.T.F. et al. **Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde do município de João Pessoa, Paraíba**. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7591>> Acesso em: 27 de janeiro de 2020.

BARBOSA, K.T.F.; OLIVEIRA, F.M.R.L.; FERNANDES, M.G.M. Vulnerabilidade da pessoa idosa no acesso aos serviços prestados na Atenção Primária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/40200>> Acesso em: 10 de janeiro de 2020.

BERTOLOZZI, M.R., et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, dez, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de janeiro de 2020.

CARDOSO, A.C., et al. Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692018000100358&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 10 de janeiro de 2020.

FRANÇA, V.H; MODENA, C.M; CONFALONIERI, U.E.C. Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de extrema pobreza: contribuições da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692016000100319&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

GIRONDI, J.B; SANTOS, S.M.A; NOTHAFT, S.C.S; Perspectivas da deficiência física no idoso: vulnerabilidades em saúde [Outlooks on disability in older adults: health vulnerabilities]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 172-177, 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7464>> Acesso em: 12 de janeiro de 2020.

LIMA, K.M.O.C. et al. **Sentidos do trabalho para gerentes de Unidades Básicas de Saúde em contextos de vulnerabilidades**. 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/31058>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2020

MAFRA, M.R.P. et al. Os olhares de enfermeiras sobre a vulnerabilidade dos adolescentes em um distrito sanitário. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41128>> Acesso em: 27 de janeiro de 2020.

MARANGONI, S.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Uso de Crack por multipara em vulnerabilidade social: história de vida. **Ciênc. Cuid. Saúde**. v. 11, n. 1, p. 166-72, Jan/Mar, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18874>> Acesso em: 19 de fevereiro de 2020.

MENDES, E.V. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2015. Disponível em: <<https://encurtador.com.br/eESU9>> Acesso em: 22 de fevereiro de 2020.

MORAIS, N. A.; MORAIS, C. A.; REIS, S.; KOLLER, S. H. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 507-518, 2010.

NICHIATA, L.Y.I., et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 923-928, Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000500020&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03 de fevereiro de 2020.

PEREIRA, L.S.M. **Cuidado ao idoso frágil na atenção primária à saúde: programa mais vida**. (Dissertação de Mestrado) 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ANDO-AUUMU7>> Acesso em: 27 de janeiro de 2020.

SANTOS, J. O. Relações entre fragilidade ambiental e vulnerabilidade social na susceptibilidade aos riscos. **Mercator** (Fortaleza), v. 14, n. 2, p. 75-90, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-22012015000200075&script=sci_abstract&tlng=fr> Acesso em: 22 de fevereiro de 2020.

SHONKOFF, J.P; GARNER, A.S. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. **The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress**. Pediatrics. 2012; n. 129, v. 1, p. 232-46.

SILVA, M.F.F., et al. Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, p. 394-400, 2018. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/2925>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2020.

SILVA, D.I; VERÍSSIMO, M.L.R; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 25, n. 1, 2015. Disponível em: <encurtador.com.br/ajDIS> Acesso em: 14 de fevereiro de 2020.

SILVA, L.B. **Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde.** (Dissertação de Mestrado) 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ENFC-B6HRC4>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2020.

SOUZA, R.O.D., et al. Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472019000100405&script=sci_abstract&lng=es> Acesso em: 19 de janeiro de 2020.

CAPÍTULO 3

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE HANSENÍASE E TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 05/06/2020

Aline Raquel de Sousa Ibiapina

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Picos – Piauí

<https://orcid.org/0000-0003-1373-3564>

Maurilo de Sousa Franco

<http://lattes.cnpq.br/75444444564282539>

José Wilian de Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Picos – Piauí

<https://orcid.org/0000-0002-6936-0931>

Daniel de Souza Lira

Centro Universitário Leão Sampaio

Tauá - Ceará

<https://orcid.org/0000-0002-2966-4957>

Ana Paula Cardoso Costa

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Teresina – Piauí

<https://orcid.org/0000-0002-1550-3685>

Roméia Silva de Sousa

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Picos – Piauí

<https://orcid.org/0000-0002-2358-5115>

Luana Ferreira de Sousa

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Picos – Piauí

<https://orcid.org/0000-0003-1790-7584>

Francisco José de Araújo Filho

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Picos – Piauí

<https://orcid.org/0000-0002-4203-7720>

Jakellinny Holanda Nunes

Secretaria Municipal de Saúde de Picos

Picos – Piauí

<https://orcid.org/0000-0002-8007-5381>

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem acerca da implementação de uma ação educativa em saúde sobre hanseníase e tuberculose para profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Síntese dos dados: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que descreve uma ação educativa em saúde realizada por acadêmicos de enfermagem com profissionais da atenção primária a saúde, realizada em junho de 2019. Para a realização desta atividade seguiu-se 3 etapas, sendo estas: 1) Proposta temática junto à Equipe da Estratégia Saúde da Família, 2) Planejamento da atividade e construção de estratégias de ensino, e 3) Execução e avaliação. Utilizou-se como recursos didáticos um mural ilustrativo e um *folder* educativo para obtenção de melhores resultados no desfecho da atividade. O conteúdo da ação educativa incluiu: definição, agentes etiológicos, transmissão, sinais e sintomas, tratamento e notificação. Infere-se que ações educativas desenvolvidas no âmbito do estágio curricular em enfermagem, contribuem para o desenvolvimento de competências e habilidades requeridas pela práxis assistencial do enfermeiro, dentre essas, a educação em serviço. Para além disso, essas ações reforçam o caráter dinâmico de constante atualização que as equipes de saúde devem possuir para atuarem em conjunto na identificação e prevenção de agravos às

populações. **Conclusão:** Oportunizou-se, por meio desta experiência, aos acadêmicos de enfermagem compreenderem a complexidade da atuação do enfermeiro no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, tendo como uma de suas principais atribuições promover a educação em saúde.

PALAVRAS- CHAVE: Educação em saúde, Hanseníase, Tuberculose, Atenção primária a saúde, Estratégia de Saúde da Família.

EDUCATIONAL ACTION ON LEPROSY AND TUBERCULOSIS IN PRIMARY HEALTH CARE: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Objective: To report the experience of nursing students about the implementation of an educational health action on leprosy and tuberculosis for professionals in Primary Health Care. **Summary of the data:** This is a descriptive study, of the experience report type, which describes an educational health action carried out by nursing students with professionals in primary health care, carried out in June 2019. To carry out this activity, there were three steps, these being: 1) Thematic proposal with the Family Health Strategy Team, 2) Activity planning and construction of teaching strategies, and 3) Execution and evaluation. An illustrative mural and an educational folder were used as didactic resources to obtain better results in the outcome of the activity. The content of the educational action included: definition, etiologic agents, transmission, signs and symptoms, treatment and notification. It is inferred that educational actions developed within the scope of the curricular internship in nursing, contribute to the development of competencies and skills required by the nurse's care praxis, among these, in-service education. In addition, these actions reinforce the dynamic nature of constant updating that health teams must have in order to act together in the identification and prevention of injuries to populations. **Conclusion:** Through this experience, it was possible for nursing students to understand the complexity of the nurse's performance in the scope of the Family health strategy, having as one of its main attributions to promote health education. **KEYWORDS:** Health education, Hansen's disease, Tuberculosis, Primary health care, Family health strategy.

INTRODUÇÃO

A hanseníase e a tuberculose são doenças causadas por um grupo específico de micro-organismos, as micobactérias, um gênero de bacilos que possuem como uma de suas principais características o alto teor lipídico na membrana celular. Tal fator é responsável por importantes diferenças estruturais em relação às bactérias Gram-positivas e Gram-negativas. Confere-se através da presença de ácidos graxos no envelope destes seres uma resistência álcool-ácido (AAR), capaz de reter a fucsina básica pela parede mesmo na presença de álcool e ácido durante a coloração de Gram. Verifica-se ainda como outra especificidade destes micro-organismos a habilidade de infectar e se proliferarem dentro de macrófagos (JAGIELSKI et al, 2016).

Dentre as principais patologias causadas pelas micobactérias, destacam-se a hanseníase e a tuberculose. Sabe-se que estas moléstias, em retrospecto histórico, eram

responsáveis pela extinção de milhares de vidas humanas em todo o mundo, bem como estabeleciam irreparáveis prejuízos físicos e segregação social aos acometidos, pois estes eram vistos como pessoas pecaminosas e ímpias, atribuindo-se tais condições de saúde em muitos casos a punições divinas ao homem por seus atos (MACIEL, 2018).

Conceitua-se a hanseníase como uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, responsável por infectar os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann. A doença atinge, principalmente, os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos, sobretudo em regiões da face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos, contudo, também pode afetar os olhos e órgãos internos como os testículos, ossos, baço, fígado e as mucosas (TALHARI et al, 2014).

A transmissão da hanseníase se dá por meio do contato prolongado de uma pessoa suscetível com um indivíduo acometido que não está sendo tratado. Normalmente, a fonte da doença é um parente ou pessoa próxima como pais, avós, irmãos ou cônjuges que não sabem que estão doentes. O contágio com a bactéria ocorre pelas vias respiratórias superiores através de gotículas de saliva eliminadas durante a fala ou respiração (MS, 2017).

A tuberculose, por sua vez, é uma patologia infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK) (MS, 2017). A doença apresenta como uma de suas características marcantes o longo período de latência entre a infecção inicial e a apresentação clínica da doença. Nota-se preferência dos bacilos pelos pulmões, mas também pode acometer outros órgãos do corpo humano (MS, 2018).

Sua transmissibilidade ocorre do mesmo modo que a hanseníase, acontece quando o doente elimina bacilos e enquanto não inicia o tratamento. Enfatiza-se, contudo, que através do uso do esquema terapêutico recomendado há uma redução na capacidade de transmissão, gradativamente, a níveis insignificantes ao fim de poucos dias ou semanas (MS, 2017).

Salienta-se que mesmo com todo o aparato de programas de saúde pública empenhados em estabelecer o controle dessas patologias, assim como desmistificá-las em vários aspectos, tanto a hanseníase quanto a tuberculose continuam sendo doenças negligenciadas e estigmatizadas, apresentando altas incidências e prevalências em diversas áreas do país e do mundo, em especial em regiões mais pobres e carentes, sendo atribuídas também, em grande parte, a não identificação e/ou subnotificação dos casos pelos serviços de saúde (MS, 2019; MS, 2018).

A partir destas informações, nota-se a importância da identificação e diagnóstico destas patologias o mais precocemente possível, pois através da confirmação dos casos é otimizado o tratamento e a cura dos acometidos. Além disso, há contribuição significativa para cessação da cadeia de transmissão dos bacilos em ambas as doenças e é possível traçar de forma mais efetiva ações de promoção da saúde e qualidade de vida dos pacientes

(MS, 2018; OMS, 2016).

Nesse sentido, considera-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um dos principais eixos responsáveis por realizar medidas preventivas e curativas para estas doenças, visto que neste contexto se provê um atendimento multiprofissional à população da área adstrita, inserindo-se no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, definido como a Atenção Primária à Saúde (APS). Essa estratégia é alicerçada em princípios que, se realmente respeitados, favorecem efetividade em promover a transformação necessária para reorganização das ações e serviços de saúde, em específico, reduzir as prevalências da hanseníase e da tuberculose no Brasil (PINTO, 2018).

No contexto da APS pode-se empregar os conceitos de Educação Permanente, Educação Continuada e Educação em Serviço, que são processos caracterizados pela continuidade das ações educativas, mesmo que se fundamentem em princípios metodológicos distintos. Observa-se quando implementados de maneira conjunta, possibilitar a transformação profissional através do desenvolvimento de habilidades e competências e, assim, fortalecer o processo de trabalho. A APS é considerada cenário promissor para o emprego de tais metodologias, uma vez que é um campo voltado sobretudo a prevenção das doenças e agravos (PEIXOTO et al, 2013).

Ressalta-se, portanto, a relevância de ações pautadas na educação em saúde. No âmbito da APS, diversas temáticas merecem atenção especial, dentre elas, as patologias retratadas por este estudo. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem sobre a realização de educação em saúde acerca da hanseníase e da tuberculose para profissionais da APS.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, oriundo das ações desenvolvidas durante o Estágio Curricular I do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, campus Picos. O Estágio Curricular I do referido curso é desenvolvido na Rede de Atenção Primária à Saúde do município e envolve atividades de promoção, prevenção e atenção à saúde. Além disso, nesse percurso da graduação são avaliadas as competências e habilidades desenvolvidas para a atuação como enfermeiro, dentre estas a de educação em saúde.

A intervenção descrita neste relato foi desenvolvida em junho de 2019, no âmbito da ESF, na qual estavam vinculados os acadêmicos. Tal intervenção emerge como atividade proposta pela coordenação de estágio, sendo avaliada pelo professor supervisor de campo. O objetivo principal da atividade foi promover a capacitação da equipe multiprofissional da APS acerca da prevenção e controle da hanseníase e tuberculose.

Ressalta-se, que a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) alvo da capacitação

em questão, localiza-se em um bairro da zona urbana do município, comportando equipe da ESF e equipe do Núcleo de Apoio a saúde da Família (NASF). No serviço já foram notificados casos de hanseníase e tuberculose, por isso, a justificativa de escolha para trabalhar com as temáticas. Quanto à estrutura da equipe, a mesma é composta por enfermeira, técnica de enfermagem, médica, nutricionista, psicóloga, dentista, técnico em saúde bucal, recepcionista, agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar de limpeza e vigilante.

Intitulada “Hanseníase e Tuberculose: a equipe multiprofissional em ação” a capacitação objetivou atualizar os conhecimentos da equipe acerca de como reconhecer os sinais clínicos da hanseníase e tuberculose. Para seu desenvolvimento, três etapas foram percorridas, sendo estas: 1) Proposta temática junto à Equipe da Estratégia Saúde da Família, 2) Planejamento da atividade e construção de estratégias de ensino, e 3) Execução e avaliação.

Por se tratar de um relato de experiência, com base na resolução nº466/2012, não se fez necessária à submissão e aprovação deste estudo pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos (MS, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, descreve-se detalhadamente as etapas de construção da intervenção retratada neste relato:

1ª etapa: Proposta temática junto à Equipe da Estratégia Saúde da Família

Realizou-se a princípio, para a escolha da temática a ser abordada na capacitação a consulta à enfermeira e coordenadora desta ESF, para tanto considerou-se quais seriam os assuntos mais carentes de conhecimento pela equipe multiprofissional da unidade naquela ocasião. Definiu-se após o diálogo a escolha por se trabalhar a hanseníase e a tuberculose por serem doenças ainda consideradas negligenciadas e cerceadas por fragilidades na identificação e notificação dos casos, com enfoque para o reconhecimento das manifestações clínicas destas patologias em nível de APS.

Sabe-se ainda que o estado do Piauí apresenta áreas de alta endemicidade para a hanseníase, reconhecidas como clusters, totalizando 3. No cluster 1, de maior risco para a transmissibilidade da patologia, situam-se 48 municípios, já nos clusters 6 e 8 um município. O que reforça a necessidade de ações voltadas para se trabalhar essa temática (UFPI, 2016).

Comunicou-se, posteriormente ao diálogo, para a docente orientadora do estágio a decisão pré-estabelecida pelos graduandos juntamente à enfermeira pela temática. Foram repassados aspectos pertinentes à escolha, local de realização da intervenção e do público-alvo, além de que, neste momento, possibilitou-se por meio da discussão com a professora a orientação e norteamento para adoção das possíveis estratégias e recursos

didáticos a serem utilizados na ação educativa.

2ª etapa: Planejamento da atividade e construção de estratégias de ensino

Para complementar e reforçar o aprendizado, foram construídos como recursos didáticos de ensino um mural ilustrativo e um folder educativo. Esses materiais foram elaborados com informações buscadas nas bases de dados científicas, artigos, livros e manuais sobre as temáticas estabelecidas. Após a seleção destes materiais, realizou-se a leitura dos mesmos e em seguida elaborou-se um resumo sequenciado contendo as informações pertinentes para serem abordadas na elaboração dos materiais citados.

O mural foi escolhido por se tratar de um instrumento capaz de contextualizar visualmente o conteúdo verbal, para a produção do mesmo foram utilizadas: 2 cartolinas e materiais impressos, como folders, adesivos e panfletos contendo imagens de personalidades famosas que tiveram alguma das doenças alvo da intervenção e foram curadas pela efetividade do tratamento, fotos impressas e bexigas para ornamentação do contorno do mural também foram usadas. Destinou-se o lado direito do mural para a hanseníase e o esquerdo para a tuberculose.



Figura 1. Visão do mural ilustrativo utilizado para a capacitação. Picos (PI), Brasil. 2019.

Elaborou-se ainda, o folder educativo, por se tratar um material prático, dobrável e portátil, que pode ser consultado em diversas ocasiões. Este foi elaborado para ser entregue a todos dos profissionais e pessoas presentes na capacitação, com o objetivo de servir como guia em casos de dúvidas dos mesmos perante eventuais situações suspeitas. O folder foi impresso em papel brochura, orientação paisagem com margens superior, inferior, direita e esquerda em 0,5 cm, em folha A4 e dividido em seis seções.

Na parte interna do folder abordou-se a hanseníase, definição da patologia, tempo de contágio até o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas e complicações da doença.

No tópicos seguintes incluiu-se formas de transmissão, seguido pelos sinais e sintomas característicos da doença. Na parte externa tratou-se da tuberculose, definição da patologia, tempo de contágio até o surgimento dos sinais e sintomas iniciais. Na sequência abordou-se as formas de transmissão e os sinais e sintomas.

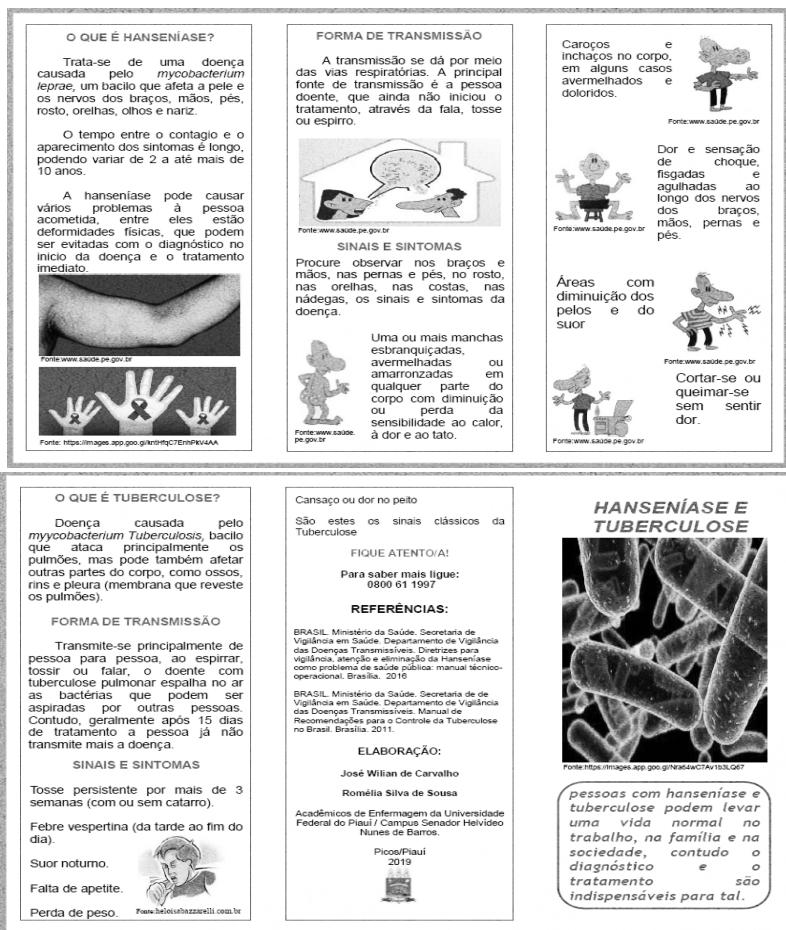


Figura 2. Visão externa e interna do folder educativo utilizado para a capacitação. Picos (PI), Brasil, 2019.

3ª etapa: Execução e avaliação

A ação educativa foi executada no dia 13 de junho de 2019, durante o turno matutino, no ambiente interno da UBS, correspondente ao espaço da recepção. Toda a equipe multiprofissional presente no momento da intervenção foi abordada, de maneira coletiva. Verificou-se que todos os profissionais atuantes no serviço compareceram para o momento educativo.

Após o acolhimento aos presentes, procedeu-se com a palestra abordando os conteúdos programados. Observou-se interesse pelos ouvintes durante a explanação do assunto. Houve, também, manifestação de todos em um momento direcionado a perguntas e esclarecimento de dúvidas, expressão de opiniões e conhecimentos prévios acerca das doenças, o que otimizou o diálogo produtivo entre educandos e educadores e reforçou o aprendizado mútuo.

Destaca-se que a educação em saúde envolvendo a temática da hanseníase e da tuberculose mostrou-se um fator importante no que concerne sensibilizar a comunidade para as questões de estigma e preconceito que cercam as duas doenças, o que corrobora com os resultados da intervenção realizada (GONÇALVES et al, 2015).

Um estudo desenvolvido também em município da região Nordeste do Brasil, com usuários da APS diagnosticados com tuberculose, evidencia o distanciamento dos profissionais da ESF do seu papel de educador, observando a priorização do modelo biomédico no desenvolvimento de sua assistência, com espaço restrito para construção do conhecimento. A pesquisa retrata, ainda, que a frequência de atividades educativas desenvolvidas pela equipe não condiz com a demanda apresentada pelos pacientes (CLEMENTINO, MIRANDA. 2015).

Outra pesquisa, realizada em local endêmico para tuberculose, apontou a necessidade de ações de educação em saúde e busca ativa de sintomáticos respiratórios. Essa necessidade foi evidenciada por estatística, na qual as médias favoráveis foram apenas para realização da baciloscopia de diagnóstico, consultas mensais de controle e acompanhamento medicamentoso (SANTANA et al. 2018).

No que diz respeito à hanseníase, estudo demonstrou que entre as principais causas da alta prevalência em uma cidade hiperendêmica estão: diagnóstico tardio, ausência de educação continuada dos profissionais da saúde, falta de ações educativas comunitárias e familiares, déficit no conhecimento da população acerca da doença, carência de transporte para busca ativa, deficiência de material para exames no laboratório, falha na cobertura assistencial e ausência da aplicabilidade da Portaria nº 1073/GM do Ministério da Saúde no Programa de Controle de Hanseníase na cidade (RESENDE, SOUZA, SANTANA. 2009).

Nesse panorama, o enfermeiro possui papel de destaque na realização de atividades de educação em saúde, que possuem fundamental importância, uma vez que podem modificar a realidade vivenciada positivamente. O conhecimento sobre as doenças pode contribuir com a disseminação de informações necessárias para prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias. Além disso, o público pode ajudar a divulgar e disseminar estes conhecimentos à outras pessoas, como familiares (PINHEIRO, 2015).

Para tanto, existe a necessidade de investimento no desenvolvimento de ações educativas, sobretudo aquelas direcionadas para a capacitação de profissionais de saúde quanto ao manejo de doenças, como a tuberculose, na APS (MACEDO, 2016).

Quanto ao conhecimento profissional, pesquisa identificou déficit no nível de

informação sobre a hanseníase em profissionais atuantes na ESF. Diante disso, pode-se alertar que a oferta das informações adequadas tem potencial para modificar este cenário e, assim, colaborar em todas as fases preventivas e curativas, diagnóstico e redução no número de casos novos, bem como o controle da doença (OLIVEIRA, 2017).

A literatura aponta, também, que entre os ACSs, o nível de conhecimento sobre os principais aspectos da hanseníase foi pouco manifestado, indicando a necessidade de maior atenção e realização de ações educação em saúde para este profissional, visto sua importância e seu contato direto e facilitado com a população (SILVA, 2017). Notou-se que a compreensão inadequada dos ACSs sobre a hanseníase torna deficientes as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o que repercute na qualidade de vida da população atendida (ANDRADE, 2011).

Frente ao exposto, infere-se que as atividades educativas no âmbito da APS são, em geral, de grande valia, para preparar e reforçar a capacidade dos profissionais em identificar, prevenir e fomentar bases para a promoção da saúde e qualidade de vida de pacientes acometidos pelas patologias supracitadas, corroborando com a efetividade dos serviços de saúde no nível primário. Além disso, o processo de educação da equipe auxilia na redução do estigma ainda tão presente quanto referimos a doenças negligenciadas, como as relatadas nesse estudo.

CONCLUSÃO

Oportunizou-se, por meio desta experiência, aos acadêmicos de enfermagem compreenderem a complexidade da atuação do enfermeiro no âmbito da ESF, tendo como uma de suas principais atribuições promover a educação em saúde, por meio do estabelecimento do diálogo e discussão com os demais profissionais do serviço, bem como com a população adstrita os diversos cenários em saúde, tendo como exemplo a discussão sobre a hanseníase e a tuberculose.

Evidenciou-se que tal ação educativa foi capaz de despertar o interesse da equipe de saúde e demais presentes em conhecer os temas propostos, por meio da realização de perguntas e manifestação de conhecimentos prévios sobre o assunto abordado durante todo o decorrer da palestra, o que acena para o alcance do objetivo almejado pelos acadêmicos de enfermagem envolvidos na intervenção.

REFERÊNCIAS

JAGIELSKI, T et al. Methodological and clinical aspects of the molecular epidemiology of *Mycobacterium tuberculosis* and other mycobacteria. *Clin Microbiol Rev.* v.29, n.2, p:239 –290. 2016

MACIEL, R, M, T. A lepra no oriente e ocidente: da antiguidade à idade média. *Revista Mosaico.* v.1, p:131-143. 2018

TALHARI, S et al. Hanseníase. 5. ed. São Paulo: Di Livros Editora; 217 p. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. Tuberculose. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. v.50, n.9. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase. v.49, n.4. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra. 21p. 2016.

PINTO, L, F, GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.23, n.6, p:1903-1913. 2018.

PEIXOTO, L, S et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enfermería Global*. v.29. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. IntegraHans. Boletim de vigilância em saúde do estado do Piauí: hanseníase 2016. 2016.

GONÇALVES, M et al. O Aprendizado sobre a Hanseníase e Tuberculose a partir de um Projeto de Cultura e Extensão: Relato de Experiência. *Rev. Cult. e Ext. USP*. n.13. 2015.

CLEMENTINO, F, S; MIRANDA, F, A, N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. *Rev enferm UERJ*. v.23, n.3, p:350-354. 2015.

SANTANA, F, M et al. Avaliação do desempenho das ações e serviços de controle da Tuberculose pela estratégia saúde da família. *Journal of Human Growth and Development*. v.28, n.3, p337-347. 2018.

RESENDE, D, M, SOUZA MR, SANTANA CF. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Hansen Int [Internet]* 2009 [cited 2019 dec 16]; 34 (1):27-36.

PINHEIRO, M, G, C et al. O enfermeiro e a temática da hanseníase no contexto escolar: relato de experiência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. v.7, n.3, p:2774 – 2780. 2015.

MACEDO, S, M et al. Estratégias para capacitação ao cuidado em tuberculose. *Cogitare Enferm.* v.21, n.3, p:01-08. 2016.

OLIVEIRA, S, B et al. Avaliação do nível de informação sobre hanseníase de profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Pesq Saúde.* v.18, n.3, p:139-143. 2017.

SILVA, J, C, A; RIBEIRO, M, D, A; OLIVEIRA, S, B. Avaliação do nível de informação sobre hanseníase dos agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.* v.29, n.3, p:364-370. 2016.

ANDRADE CG et al. Hanseníase: Compreensão de Agentes Comunitários de Saúde. *Rev bras cien saúde.* v.15, n.1, p:17-24. 2011.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE PRIMEIROS SOCORROS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 04/06/2020

Livia Moreira Barros

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE

<https://orcid.org/0000-0002-0174-2255>

Thamires Sales Macêdo

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE
<https://orcid.org/0000-0002-3896-0184>

Debora Maria Bezerra Martins

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE
<https://orcid.org/0000-0002-8872-6038>

Manoelise Linhares Ferreira Gomes

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE
<https://orcid.org/0000-0003-1639-684X>

João Victor Ferreira Sampaio

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE
<https://orcid.org/0000-0003-4224-7442>

Raimunda Leandra Bráz da Silva

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE
<https://orcid.org/0000-0002-0819-5987>

José Ivo Albuquerque Sales

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE
<https://orcid.org/0000-0001-7697-6171>

Patrícia Kelen Sousa Araújo Gomes

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE
<https://orcid.org/0000-0002-8890-3284>

RESUMO: Objetivo: Analisar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre primeiros socorros. **Método:** Estudo de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido com Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana de Sobral-CE/Brasil. A coleta dos dados ocorreu por preenchimento de instrumento estruturado contendo dados sociodemográficos e 16 questões de múltipla escolha sobre primeiros socorros. **Resultados:** As questões com menores frequências de acertos foram relacionadas aos cuidados ao identificar vítima, febre elevada, queimaduras, amputação traumática, animais peçonhentos, desmaios, epistaxe e lesões musculoesqueléticas.

Conclusão: O baixo conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre primeiros socorros restringe a efetividade do cuidado no primeiro nível de atenção à saúde. Reforça-se, então, a necessidade de cursos de capacitação a fim de garantir a assistência rápida e eficaz em qualquer situação de emergência, permitindo o acionamento precoce do atendimento especializado.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Primeiros Socorros.

ABSTRACT: Objective: To analyze the knowledge of Community Health Agents about first aid. **Method:** An exploratory study, with

a quantitative approach, developed with Community Health Agents in the urban area of Sobral-CE/Brazil. Data collection occurred by completing a structured instrument containing sociodemographic data and 16 multiple-choice questions about first aid. **Results:** The questions with the lowest frequency of correct answers were related to care in identifying the victim, high fever, burns, traumatic amputation, venomous animals, fainting, epistaxis and musculoskeletal injuries. **Conclusion:** Community Health Agents' low knowledge of first aid restricts the effectiveness of care at the first level of health care. Therefore, the need for training courses is reinforced in order to guarantee fast and effective assistance in any emergency situation, allowing the early activation of specialized assistance.

KEYWORDS: Family Health Strategy, Community Health Workers, First Aid.

INTRODUÇÃO

Agentes comunitários de saúde (ACS) são, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), profissionais residentes das comunidades em que trabalham que são responsáveis por atividades de saúde, de acordo com o que foi preestabelecido pelos sistemas de saúde. A presença do ACS na comunidade permite complementar o saber científico da equipe com respaldo no estabelecimento de novas formas de atuação social e em saúde. No Brasil, são mais de 200 mil ACS, desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, a fim de otimizar a qualidade de vida da população (SAMUDIO et al., 2017).

Os ACS atuam exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e somam no Brasil 250.864 trabalhadores distribuídos em mais de 5 mil municípios, assistindo a mais de 126 milhões de pessoas. Destacam-se como principais comunicadores entre a comunidade e a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), haja vista que realiza diversas ações como visita domiciliar, controle vacinal, promoção da mobilização, participação comunitária, detecção de vulnerabilidades e monitoramento dos determinantes sociais em saúde (DSS) (PEDRAZA, 2017; BRASIL, 2018).

Dessa maneira, o contato com cotidiano das pessoas possibilita, ao ACS, vivenciar os problemas específicos de saúde da sua área de atuação. Por isso, conseguem perceber, com maior periodicidade, as situações de urgência e emergência, podendo favorecer a resolução do agravo clínico em tempo hábil, pois sabe-se que a continuidade da vida e o decréscimo de sequelas está diretamente relacionado ao atendimento precoce e eficaz (SANTANA, 2019; SINGLETARY, 2015).

Primeiros socorros configuram o atendimento prévio disponibilizado aos sujeitos feridos e/ou enfermos (GALINDO NETO, 2018), constituídos por procedimentos técnico-científicos que monitoram os sinais vitais e a preservação do estado geral de saúde da vítima que sofreu algum tipo de acidente longe do âmbito hospitalar (REYNOLDS, 2018). Tal prática deve ser executada no menor intervalo de tempo possível e da forma correta (SINGLETARY, 2015).

Baseia-se na assistência imediata à pessoa em situação de agravo à saúde, incluindo

procedimentos que exijam ou não a mínima utilização de materiais ou equipamentos, visando a preservação da vida, bem como prevenindo sequelas e/ou deterioração do estado de saúde da vítima. Possibilita, ainda, a estabilização da vítima até que os profissionais habilitados assumam a condução do atendimento (GRIMALDI, et al., 2020).

Os treinamentos em emergências propiciam que medidas em primeiros socorros sejam estabelecidas o mais precocemente possível diminuindo as complicações e sequelas das vítimas, tornando a avaliação destes ambientes mais seguros (CALANDRIM, 2017). Entretanto, é preciso, primeiramente, realizar a avaliação diagnóstica sobre o nível de conhecimento da população-alvo quanto à temática a ser aprofundada no treinamento.

Logo, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), os ACS devem ser capacitados para, ao presenciarem ocorrências de urgência e emergência, poderem intervir de forma satisfatória. Para tal, cabe à gestão meios de fornecer a esta categoria capacitações que oportunizem a integração dos conhecimentos teórico e prático. À vista disso, levantou-se o questionamento norteador do estudo: os ACS possuem conhecimento adequado sobre cuidados relacionados aos primeiros socorros?

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar o conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre primeiros socorros.

MÉTODO

Trata-se de estudo de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de junho a julho 2018, nos Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Sobral, no estado do Ceará, que possui 36 CSF, sendo 22 na zona urbana e 14 na zona rural, totalizando 63 equipes. Assim, possuem 449 ACS, mas 292 atuam somente na sede, estando divididos conforme o território de abrangência dos 22 CSF.

O público-alvo foram Agentes Comunitários da Saúde que compõem a equipe da ESF da zona urbana do município. Após levantamento com a secretária de saúde do município, foi identificado que 292 ACS atuam nos territórios da zona urbana. Assim, utilizou-se o cálculo amostral a partir da fórmula para população finita com seguintes parâmetros: $N=292$; nível de confiança do estudo de 95% ($Z_{\alpha} = 1,96$); erro amostral de 5%; e prevalência do evento de 50%, sendo prevista amostra final de 166 participantes.

Foram incluídos na amostra os ACS vinculados aos CSF da zona urbana, que possuíam acima de três meses de atuação no serviço. Como critérios de exclusão, estabeleceram-se: profissionais que estavam de férias ou de licença ou que possuíam curso técnico ou de graduação relacionado à área da saúde. Desta forma, participaram 186 ACS do estudo.

No encontro presencial, realizado nos espaços dos CSFs, foram elucidados objetivo e instrumentos da pesquisa. Posteriormente, foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com garantia de caráter sigiloso dos dados e o

anonimato, além do direito de desistir a qualquer momento.

A coleta dos dados se deu por meio do preenchimento de instrumento estruturado dividido em duas partes, sendo a primeira a caracterização com dados sociodemográficos e profissionais; a segunda foi composta por questionário abrangendo 16 perguntas objetivas com respostas em múltipla escolha para avaliação do conhecimento teórico sobre urgência e emergência (GUIMARAES, 2011)

Para análise dos dados, utilizou-se programa Excel para tabulação e organização dos dados em planilhas. Em seguida, realizou-se a análise estatística com o programa SPSS para obtenção de frequências absolutas e percentuais, médias e desvio-padrão, bem como testes estatísticos de acordo com as variáveis do instrumento. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi realizado conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com parecer 2.649.144.

RESULTADOS

Dos 186 participantes, 84,9% (158) eram do sexo feminino, com idade média de 37,87 (± 10) anos e tempo de atuação em torno de 10 ($\pm 8,59$) anos. A Tabela 1 apresenta os acertos em cada questão teórica sobre os cuidados em situações de primeiros socorros de modo geral.

Itens	n	%
Condutas ao identificar vítima de primeiros socorros	35	18,8
Intervenções em intoxicação	100	53,8
Intervenções em ferimento com hemorragia.	109	58,6
Intervenções em ferimento com objeto encravado.	151	81,2
Intervenções em convulsão.	111	59,7
Intervenções em acidentes de trabalho	134	72,0
Intervenções em febre elevada	45	24,2
Intervenções em queimaduras	53	28,5
Intervenções em engasgo com adultos	121	65,1
Intervenções em afogamento	81	43,5
Intervenções em amputação traumática	61	32,8
Intervenções em acidentes por animais peçonhentos.	11	5,9
Intervenções em desmaios	57	30,6
Intervenções em engasgo com bebês	112	60,2
Intervenções em epistaxe	66	35,5
Intervenções em lesões musculoesqueléticas.	54	29,0

Tabela 1 - Conhecimento geral dos ACS sobre Primeiros Socorros. Sobral, Ce, 2018.

As questões com menores frequências de acertos foram relacionadas aos cuidados ao identificar vítima, febre elevada, queimaduras, amputação traumática, animais peçonhentos, desmaios, epistaxe e lesões musculoesqueléticas.

DISCUSSÃO

O ACS desempenha diversas atividades, tais como visitas domiciliares, primeiros socorros, educação em saúde, orientações nutricionais, tratamento de doenças comuns, e cuidados materno-infantis (SAMUDIO et al., 2017). Considerando que o socorrista pode ser pessoa leiga, torna-se importante a existência de projetos, com enfoque na educação em saúde, acerca dessa temática. Isto posto, a capacitação e o treinamento em primeiros socorros no contexto extra-hospitalar e, principalmente, extramuros da universidade, possibilita a eficácia da assistência à vítima, pois condutas incorretas podem agravar ainda mais o seu quadro clínico (FREITAS et al., 2016).

Os resultados encontrados no estudo demonstraram que poucos ACS sabem atuar nas situações que envolvem os primeiros socorros. Estima-se que há periodicidade de 10,7% a 65% de leigos que exercem os primeiros socorros e, destes, aproximadamente 83,7% são realizados de forma errônea (VIANA, 2017). Desta forma, é necessário qualificar toda a população, seja ela leiga ou profissional, dado que o sucesso dos primeiros socorros se relaciona com expertise do socorrista, reduzindo o tempo entre a ocorrência e os primeiros cuidados.

Constatou-se baixo índice de acertos na variável sobre a primeira conduta diante do auxílio à vítima em situação de urgência. Neste contexto, o atendimento de primeiros socorros é de suma importância, principalmente no ambiente extra-hospitalar; sendo incumbência do sujeito que inicia os cuidados à vítima o protagonismo acerca da solicitação de ajuda, acompanhada de profissionais habilitados, sempre que julgar necessário.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é responsável por acolher os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde, seja de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e/ou ginecológica. O atendimento é iniciado por meio de uma ligação telefônica gratuita, pelo número nacional 192, que é exclusivo das Centrais de Regulação Médica das Urgências do SAMU 192 (FERNANDES, 2017).

Outra questão que obteve poucos acertos entre ACS foi a respeito dos cuidados durante uma crise convulsiva. De acordo com o Protocolo de Suporte Básico de Vida (2016), a crise convulsiva é caracterizada pela súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, cianose, sialorreia, lábios e dentes cerrados. A crise convulsiva está entre as ocorrências clínicas mais frequentes (12,16%) (ALMEIDA, et al., 2016), sendo inescusável o conhecimento acerca das condutas adequadas nesses eventos, a fim de serem otimizados os primeiros socorros.

No que se refere às queimaduras, são, em sua maioria, provenientes de ações domésticas ou de trabalho, o qual envolve ambientes, às vezes, inseguros. As vítimas com queimaduras representam grupos diversificados e possuem necessidades individualizadas, sendo imprescindível acompanhar a evolução das feridas, sobretudo nas de alta complexidade (ISMAEL, 2019).

Estudos destacam que a fase pré-escolar é a mais afetada por queimaduras, das quais grande parte são provocadas no âmbito domiciliar, por líquidos quentes, gerando lesões pelo corpo, e sendo necessária a internação, bem como procedimentos terapêuticos (FUJISAWA et al., 2016). Portanto, é de suma importância que os ACSs identifiquem o agente causador da queimadura para cessar o processo da lesão; e saibam classificá-la quanto ao grau, a fim de orientar, adequadamente, a vítima ou responsável, sobre o serviço especializado para atendimento.

Em relação à conduta com vítimas afogadas, percebeu-se, também, poucos acertos. Os resgates após afogamentos são efetivados, geralmente, por leigos, guardavidas, socorristas e profissionais de saúde. Logo, julga-se essencial a disseminação de conhecimentos acerca da cadeia de sobrevivência no afogamento, que inclui a assistência proativa de prevenção, identificação de comportamentos e situações de risco no ambiente aquático, além da internação hospitalar, se necessária (SANTOS; AMORIM, 2018).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul, em 2017, sobre o perfil epidemiológico das vítimas de afogamento, a partir das 1.555 ocorrências, inferiu que 1541 (90%), foram vítimas não fatais e 14 (10%) fatais (GOMES, 2018). É possível, então, afirmar que as mortes por afogamento representam número significativo por causas externas, sendo pertinente a implementação de medidas que visem o decréscimo dos casos e dos índices de morbimortalidade, como consequência dos afogamentos.

Ao serem indagados sobre a qualidade dos primeiros socorros às pessoas desmaiadas, os ACS relataram baixo conhecimento quanto aos procedimentos corretos. Tal condição revela a pouca instrução dos envolvidos sobre a temática, notabilizando-se a indispensabilidade de momentos formativos. Os cuidados nessa situação são: deitar a pessoa desmaiada em decúbito dorsal, com a cabeça lateralizada, e realizar o movimento de elevação dos membros inferiores acima da altura média do corpo, o que propiciará o aumento do débito cardíaco e o retorno do percentual adequado de oxigênio ao cérebro (SANTOS, 2017).

No Brasil, a obstrução mecânica das vias aéreas corresponde à terceira maior causa de óbitos, sendo a aspiração de corpo estranho predominante entre criança de um a três anos de idade. Mais de 50% das ocorrências são em crianças menores de quatro anos, mais de 94% antes dos sete anos e 65% da mortalidade decorrente dela acomete lactentes (MENEZES, 2016).

Em estudo realizado no interior de São Paulo em 2019, com 13 ACS, que tinha como objetivo identificar o nível de conhecimento sobre manobra do desengasgo e as

principais dificuldades dos ACS na tomada de decisões frente a situações de obstrução de vias aéreas, mesmo que 8 (61,54%) afirmem ter participado de algum treinamento ou campanha de conscientização sobre os acidentes por aspiração de corpo estranho, nenhum afirmaram que sabiam identificar os sinais e sintomas de um engasgo, no qual 9 (69,24%) disseram saber “um pouco” e 4 (30,76) responderam que não saberia reconhecer. Os autores afirmam ser importante a reflexão sobre o despreparo de alguns ACS para atuar em situações de urgência (IE; GARDENA, 2019).

Outras questões indicaram percentual de acertos inferior a 45% como as relacionadas aos cuidados com febre alta, queimaduras, amputações traumáticas, acidentes por animais peçonhentos, desmaios, epistaxe e lesões musculoesqueléticas. Estes itens abordam temáticas importantes no tocante aos primeiros socorros, pois são ocorrências comuns no cotidiano da população.

De acordo com a análise de revisão integrativa sobre primeiros socorros, dos atendimentos prestados, 49,32% foram decorrentes de agravos clínicos, 39,28% classificados como eventos traumáticos, 5,82% de transportes simples, 2,98% psiquiátricos e 2,56% obstétricos. Dentre agravos clínicos mais frequentes encontraram-se os neurológicos, cardiológicos e respiratórios (COSTA, 2016).

Em relação aos cuidados sobre febre alta, observou-se baixo índice de conhecimento em ambos os grupos. Sabe-se que a febre é uma resposta fisiopatológica diante de quadro infeccioso, tendo com função a proteção imunológica. É uma resposta inflamatória sistêmica e, na grande maioria das vezes, é secundária às infecções virais (PITOLI, et al., 2019). Nessa perspectiva, é importante que os ACS saibam os locais de medição da temperatura corporal, haja vista que mudam conforme a idade.

Nos recém-nascidos, lactentes e crianças menores de 12 meses, deve ser avaliada, preferencialmente, a temperatura retal; já em crianças mais velhas, pode ser avaliada a axilar e timpânica (LEDUC; WOODS, 2015). Neste sentido, ao trabalhar em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto, é possível, ao ACS, promover o mais elevado estado de saúde possível, uma vez que prestar cuidados também é proporcionar educação para a saúde dos usuários. Estes podem ser orientados durante a visita domiciliar, com o intuito de favorecer o controle térmico durante esse episódio.

Quanto à intoxicação exógena ou envenenamento, os ACS apresentaram percentual de acertos favorável, identificando como correta a não administração de substância como leite. A intoxicação exógena é ocasionada por substâncias nocivas ao organismo, mediante ingestão, inalação ou exposição, sendo capaz de deixar sequelas ou ocasionar o óbito, caso o cliente não seja socorrido em tempo hábil (BRITO; MARTINS, 2015).

No que concerne aos cuidados com picadas por animais peçonhentos, foram contabilizados poucos acertos. De acordo com o Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAN), entre 2010 e 2020, foram notificados 1.833.477 acidentes por animais peçonhentos, sendo a faixa etária mais atingida por este incidente dos 20 aos

39 anos (33%). Cabe destacar que 52% dos acidentes foram causados por escorpião (SINAM, 2020).

Dentre os acidentes por animais peçonhentos, por sua frequência e gravidade, os ofídicos são os que mais se destacam. Através das presas, as serpentes causam envenenamento pela inoculação de toxinas, o que pode ocasionar alterações locais, na região da picada, e sistêmicas (ARAÚJO, et al., 2019). É imprescindível que os ACS tenham conhecimento básico sobre essa temática, posto que a orientação gera benefícios durante o primeiro contato e a condução da vítima ao hospital especializado, para fazer uso da soroterapia mais indicada.

Com relação aos questionamentos sobre hemorragias, tais como: feridas com sangramento abundante, objeto encravado e acidente que cause um corte no ambiente de trabalho, averiguou-se significativa frequência de acertos. Em casos de epistaxe, é preciso manter a vítima sentada, com a cabeça levemente inclinada para frente, a fim de simplificar a compressão das narinas e o uso de compressas frias como processo terapêutico (CARVALHO, 2014).

Diante dos achados, destaca-se que a educação em primeiros socorros é indispensável para a população em geral, principalmente entre ACS, dada a magnitude de sua abrangência e o potencial de resolutividade inerente à sua prática, notadamente diante de eventos como mal súbito, engasgos e rebaixamento do nível de consciência. Nestes, deve-se solicitar ajuda e iniciar as compressões cardíacas de forma correta (MATOS, 2016).

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou baixo nível de conhecimento de ACS sobre intervenções a serem realizadas em urgências como febre alta, queimaduras, amputação traumática, desmaios, em acidentes por animais peçonhentos, e/ou diante de um usuário apresentando sangramento nasal.

Salienta-se que, apesar de acertos positivos em boa parte das questões, os ACS ainda demonstram fragilidades no conhecimento, o que impede a atuação de modo eficaz diante de situação de urgência. Logo, torna-se ser indispensável a qualificação desses profissionais integrantes da equipe da ESF, para que, assim, possam intervir nas ocorrências, contribuindo para manutenção de ambiente seguro na comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. M. V. et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2016

BRITO, J. G.; MARTINS, C. B. G. Intoxicação acidental na população infantojuvenil em ambiente domiciliar: perfil dos atendimentos de emergência. **Rev Esc Enferm USP**. 49(3):373-380, 2015.

CARVALHO, L.S. et al. A Abordagem de Primeiros Socorros Realizada Pelos Professores em uma Unidade de Ensino Estadual em Anápolis – GO. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 25-30, 2014.

COSTA, G. O. P.; ARAÚJO, A. A. Perfil e demanda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU: Uma revisão integrativa. **Revista Saúde em Redes**. 2016

FERNANDES, F. S. L. **O processo de trabalho da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 do município de São Paulo** (Tese de Pós Graduação em Saúde Pública). São Paulo, 2017.

FUJISAWA, M. A. T. et al. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras admitidos em centro de tratamento de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 2, p. 74-79, 2016.

GALINDO NETO, N.M et al. Vivências de professores acerca dos primeiros socorros na escola. **Rev. Bras. Enferm**, v.8, n.71(Suppl 4), p.1678-1684, 2018.

GOMES, G. A.; BIFFI, D.; RIBEIRO, V. R. Perfil epidemiológico das vítimas de afogamento do estado do rio grande do sul. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, v. 2, n. 2, 2017.

GRIALMDI, M. R. M. et al. A escola como espaço para aprendizado sobre primeiros socorros. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, 2020.

GUIMARAES, F. V. N. Educação em Saúde: Capacitação em primeiros socorros no ambiente escolar. **Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerias, 2011.

IE, W. B. T.; GARDENAL C. L. C. Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde em manobra de desengasgo: multiplicando ações em saúde em Unidade de Saúde da Família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. São Paulo, 2019.

ISMAEL, I. C. G. A importância do papel da enfermagem no processo assistencial em pacientes com queimaduras. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Rio de Janeiro, 2019.

LEDUC, D.; WOODS, S. Temperature measurement paediatrics. **Canadian Paediatric Society**, 2015.

MATOS, D. O. N.; SOUZA, R. S.; ALVES, S. M. Inclusão da disciplina de primeiros socorros para alunos do ensino básico. **Rev. Interd.** v. 9, n. 3, p. 168-178, 2016.

PEDRAZA, D.F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 97-105, Sept. 2017.

PITOLI, P. J. et al. Febre em crianças: significado atribuído por responsáveis que procuram serviço de urgência e emergência. **Investigação Qualitativa em Saúde**. São Paulo, 2019.

REYNOLDS, T.A.; SAWE, H.; RUBIANO, A.M.; et al. Strengthening Health Systems to Provide Emergency Care. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, et al., Washington (DC): **The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank**; [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 06].

SAMUDIO, J. L. P. et al . **Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: Multiplicidade de atividades e fragilização da formação.** Trab. educ. saúde, v. 15, n. 3, p. 745-769, 2017.

SANTANA, V.C.; BURLANDY, L.; MATTOS, R.A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 159-169, 2019.

SANTOS, A.R., dos et al. **Primeiros socorros.** 2017.

SANTOS, G.G; AMORIM, T.C.A. Afogamento: Intervenções E Técnicas De Suporte À Vida: Uma Revisão Integrativa. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 7, 2019.

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2020.

SINGLESTAR. E. M et al. Part 15: First aid: 2015 American Heart Association and American red crossguid elines update for first aid. **Circulation.** 2015.

VIANA, N.H.; SANTOS, J. J. S; SARMENTO, S. D. G; DANTAS, R. A. N; DANTAS, D. V. Estratégias de ensino de primeiros socorros a leigos: revisão integrativa. **Revista Saúde.** V. 11, n.3-4, 2017.

CAPÍTULO 5

TUBERCULOSE PULMONAR: DIFICULDADES FRENTE AO DIAGNÓSTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 12/05/2020

Erivania Maria da Silva

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9987724660827328>

Evelin Teixeira Souza

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1942924968839547>

Jaqueline Oliveira Rodrigues

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7330211589631326>

Brenda Karolina da Silva Oliveira

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1352574152207350>

Nicole da Conceição Ribeiro

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1506676349074635>

Lucimeide Barros Costa da Silva

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3524922888404670>

Pedro Pereira Tenório

Universidade Federal do Vale do São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3916818823193891>

Rafaell Batista Pereira

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9396545177090418>

Daniely Oliveira Nunes Gama

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4810199036252365>

Andréa Kedima Diniz Cavalcanti Tenório

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4745028264663797>

RESUMO: A tuberculose é uma doença infectocontagiosa crônica causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, considerada um grave problema de saúde pública no mundo, visto que, configura-se como uma das principais causas de morte entre as doenças infecciosas. Destarte, o objetivo do estudo foi descrever os principais fatores que dificultam o diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar na atenção básica. Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica, descritivo com abordagem qualitativa. Para sua realização foram utilizadas as bases de dados científicas SciELO, LILACS, MEDLINE e BDNF, e incluídos artigos originais publicados entre 2009 e 2020, em português e inglês, com texto completo disponível. Utilizaram-se também manuais do Ministério da Saúde e livros de base para a pesquisa. Como resultado da pesquisa, foi verificado que às dificuldades encontradas quanto ao diagnóstico da tuberculose pulmonar na atenção básica se

relacionam à falta de conhecimento do indivíduo em relação aos sintomas da doença, ao atraso na busca pelos serviços de saúde, ao déficit quantitativo e qualitativo de profissionais, as barreiras socioeconômicas entre o sujeito e a unidade de saúde e atraso no atendimento, além de infraestrutura inadequada. O diagnóstico do *Mycobacterium tuberculosis* é dificultado principalmente pela falta de qualificação da equipe e pela escassa procura do usuário pelos serviços de saúde, após o surgimento dos sintomas, passando, desta forma, a disseminar o bacilo, levando a transmissão da doença na comunidade. Deste modo, destaca-se a importância do diagnóstico precoce, devido a elevada incidência e prevalência da patologia em países em desenvolvimento, principalmente em populações em vulnerabilidade social, gerando altas taxas de morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças infectocontagiosas. Métodos diagnósticos. Assistência de enfermagem. Saúde Pública.

PULMONARY TUBERCULOSIS: DIFFICULTIES FRONT OF DIAGNOSIS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Tuberculosis is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, considered a serious public health problem in the world, as it is one of the main causes of death among infectious diseases. Thus, the objective of the study was to describe the main factors that hinder the early diagnosis of pulmonary tuberculosis in primary care. This was a descriptive bibliographic review study with a qualitative approach. For its realization, the scientific databases SciELO, LILACS, MEDLINE and BDNF were used, and original articles published between 2009 and 2020, in Portuguese and English, with full text available, were included. Ministry of Health manuals and basic books for research were also used. As a result of the research, it was found that the difficulties encountered in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in primary care are related to the individual's lack of knowledge about the symptoms of the disease, the delay in seeking health services, the quantitative and qualitative deficit of professionals, socioeconomic barriers between the subject and the health unit and delay in care, in addition to inadequate infrastructure. The diagnosis of *Mycobacterium tuberculosis* is hampered mainly by the lack of qualification of the team and the scarce user search for health services, after the appearance of symptoms, thus spreading the bacillus, leading to the transmission of the disease in the community. Thus, the importance of early diagnosis is highlighted, due to the high incidence and prevalence of the pathology in developing countries, especially in populations in social vulnerability, generating high rates of morbidity and mortality.

KEYWORDS: Infectious diseases, Diagnostic methods, Nursing care, Public health.

1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa crônica causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, uma bactéria de caráter aeróbio álcool-ácido. Sua transmissibilidade se dá através da liberação do bacilo por pessoas contaminadas, durante a tosse, espirro ou fala. É importante salientar que nem toda pessoa exposta ao bacilo vai

se infectar, como também, nem toda pessoa infectada desenvolverá manifestações clínicas da doença, todavia, uma vez infectada poderá desenvolver tuberculose em qualquer fase de sua vida (BRASIL, 2008).

O *Mycobacterium tuberculosis* também conhecido como bacilo de Koch (BK), foi descoberto em 1882, por Robert Koch bacteriologista alemão. Mesmo após anos de descoberta e conhecimento da doença ela continua sendo apontada como um grande problema de saúde pública, sendo considerada uma das principais causas de morte por doenças infectocontagiosas no mundo (PEDRO et al., 2014).

Segundo a OMS em 2018 cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram com TB e 1,5 milhões morreram em decorrência dela, em todo o mundo. O Brasil ainda é considerado um dos países com altas incidências de casos, notificando mais de 70 mil casos novos de TB e 4.500 óbitos em 2018. Ainda que a incidência de TB tenha diminuído nos últimos anos, o Brasil continua entre os 30 países que são responsáveis por cerca de 87% dos casos. Em 2019 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que no país a taxa de incidência era cerca de 45 casos de TB por 100.00 habitantes, contudo, o Ministério da Saúde considerou que a taxa era de 35 casos a cada 100.000 habitantes no mesmo ano (MAIOR et al., 2012; OMS, 2019; BRASIL, 2020).

Em vista disto, o Ministério da Saúde considera a TB uma prioridade política, criando estratégias e programas com a finalidade de reduzir o coeficiente de incidência e mortalidade, buscando assim em 2035 reduzir a taxa para 10 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2017; BRASIL, 2020).

Mesmo sendo considerada uma doença grave, sua cura ocorre em praticamente 100% dos casos, não obstante, para que isso venha a ocorrer é necessário realizar o tratamento de forma adequada, seguindo todas as recomendações preconizadas (BRASIL, 2008).

Um dos fatores que provoca o avanço da doença e contribui para sua transmissibilidade e mortalidade é o atraso no diagnóstico, uma vez que, a detecção precoce dos casos de TB diminuiria o índice de transmissão por pacientes bacilíferos (ALCÂNTARA et al., 2012).

Apesar dos progressos científicos em relação a TB ao longo do tempo, para que se possa conseguir a interceptação da doença é necessário que o seu combate deixe de ser apenas curativo (MARQUIEVIZ et al., 2013).

Notado que a TB pulmonar é uma doença infectocontagiosa considerada como um problema de saúde pública mundial entende-se que a identificação precoce da doença nos serviços de saúde, preferencialmente na atenção básica (AB), bem como, a adesão e conclusão do tratamento de maneira correta garantem a resolubilidade dos casos por tuberculose, diminuindo o índice de transmissão.

Destarte, o objetivo do estudo foi descrever os principais fatores que dificultam o diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar na AB. Considerando o diagnóstico tardio como um dos fatores que provocam o avanço da doença e aumento da morbimortalidade

decorrente da mesma.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, descritiva com abordagem qualitativa. De acordo com Severino (2017), a pesquisa bibliográfica é caracterizada como aquela elaborada segundo os registros disponíveis, resultante de um estudo anterior, seja ele em artigos, teses ou livros, onde são aplicados os dados e as teorias de outros pesquisadores e registrados de maneira correta.

A pesquisa descritiva busca a compreensão de situações de um determinado fato de forma não manipulativa, ou seja, feita através de comprovação, exigindo assim, diversas informações sobre o objeto de estudo (KÖCHE, 2009, p.124). A pesquisa qualitativa interpreta os fenômenos e a atribuição de significados é fundamental no seu processo. Não requerendo o uso de métodos e técnicas estatísticas (PRADANOV; FREITAS, 2013, p. 70).

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e materiais publicados em sites da Organização Mundial da Saúde (OMS). Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS) nas línguas portuguesa e inglesa e suas combinações, a partir do uso dos operadores booleanos “AND” e “OR”: tuberculose pulmonar; diagnóstico; assistência de enfermagem; saúde pública.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram: artigos originais e de revisão sistemática da literatura, publicados nos idiomas: português e inglês; disponíveis na íntegra, e que retratassem a temática adotada sendo ainda artigos publicados e indexados nas referidas bases de dados no período entre 2009 e 2019. Também foram incluídos Manuais do Ministério da Saúde e livros referentes à proposta de pesquisa. A análise dos artigos foi realizada em três etapas: avaliação dos títulos, leitura dos resumos e leitura da versão completa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Fisiopatologia

O início da patogenia da TB ocorre com a inalação do *Mycobacterium Tuberculosis*, através de aerossóis denominados núcleos ou gotículas de Wells presentes no ambiente e expelidos através da tosse e/ou espirro, percorrendo o trato respiratório superior, até atingir os pulmões. Dessa forma, ao chegarem ao local, boa parte destes microrganismos sofrem fagocitose, sendo que, no núcleo do macrófago alveolar ocorrerá a junção do fagossomo com o lisossomo no intuito da formação do fagolisossomo, para digestão celular, no qual

grande parcela dos bacilos será extinta. Contudo, por mecanismo de resistência bacilar, outra parcela permanecerá em estado de latência (COURA, 2013).

Quando o macrófago fagocita o microrganismo proporciona a liberação de mediadores químicos e, dessa maneira, ocorre o desencadear do processo inflamatório iniciado pela vasodilatação no intuito de direcionar outras células do sistema imunológico (SI) para o local afetado. Neste momento ocorre o recrutamento dos linfócitos TCD4+ e TCD8+. Como trata-se de uma inflamação crônica específica, ocorrerá à diferenciação dos macrófagos em células epitelióides modulada através do interferon gama liberado pelos linfócitos locais (NOGUEIRA et al., 2012).

Um conglomerado celular denominado de granuloma constituído por macrófagos, linfócitos, plasmócitos e alguns neutrófilos, além de colágeno que promove uma estabilidade estrutural irá ser desenvolvido. Em sua porção central situa-se o agente infeccioso, no caso, o *Mycobacterium Tuberculosis*. O granuloma tanto objetiva o isolamento do agente infeccioso em seu núcleo central, como a sua destruição. Quando é efetiva a contenção, será formado o tubérculo primário ou tubérculo de Ghon, em que todo o material celular estará necrosado e desenvolverá uma massa que pode calcificar, formando uma cicatriz colagenosa sem haver possibilidade de reativação futura. Todavia, essa estrutura granulomatosa pode ser dinâmica, havendo inflamação contínua, justamente pelo recrutamento constante de células. Em um período de tempo, se houver um supressão imunológica ou contato com outros bacilos, poderá haver desequilíbrio no controle e levar a necrose tecidual e formação das cavitações pulmonares com inúmeros bacilos interiormente, propiciando um grau de comprometimento local e/ou sistêmico e o aparecimento de sintomas clínicos (SMELTZER et al., 2012).

Em relação ao desenvolvimento, a TB se apresenta como primária ou secundária. Sendo que, na primária ocorre o contato inicial com o BK, porém, não necessariamente desenvolverá a condição clínica, justamente pelas atividades das células imunológicas e pela carga de bacilos inalada. No entanto, na secundária, não é pré-definido o fator desencadeador, entretanto, doenças que propiciem um declínio significativo do sistema imunológico geram a reativação endógena ou um novo contato com bacilos mais virulentos provocam a reinfeção exógena, no qual esses microrganismos irão se multiplicar, ocasionando o comprometimento pulmonar, ou, através da via hematogênica, se disseminar para outras regiões do corpo, como o sistema nervoso central, aparelho geniturinário e ossos. O desenvolvimento da TB ocorrerá em pequena parcela da população, considerando que o sistema imunológico esteja em adequado funcionamento (COURA, 2013).

3.1.1 Manifestações clínicas

Devido a transmissão que ocorre de pessoa para pessoa através da propagação de gotículas, onde o indivíduo irá inalar essa gotícula e se infectar, o aparecimento dos

primeiros sintomas da maioria dos infectados surge em torno de 12 semanas após a infecção (BRASIL, 2010).

A enfermidade é representada por três formas: a primária, pós-primária ou secundária e a miliar. Dessa forma, os sinais e sintomas clássicos envolvidos nessas formas são: tosse que perdura por semanas sendo ela produtiva ou não, hemoptise, febre vespertina, sudorese noturna, inapetência e emagrecimento (PEDRO et al., 2014).

A TB primária acomete mais crianças, onde não tem sua imunidade totalmente desenvolvida; sua principal característica é a forma clinicamente insidiosa, com difícil diagnóstico e os sinais e sintomas são inespecíficos, ocorrendo irritação, febre baixa, sudorese noturna e inapetência (BRASIL, 2011).

A TB pós-primária ou secundária é a forma mais comum da doença e acomete mais adultos jovens, onde sua imunidade é desenvolvida. Sendo adquirida por infecção natural, através de outra pessoa infectada, ou por meio da vacinação pelo Bacilo Calmette Guérin (BCG). O quadro clínico apresenta-se com comprometimento do estado geral com tosse sendo ela produtiva ou não, febre que não passa dos 38,5 cº, sudorese, emagrecimento e dor torácica (BRASIL, 2009).

A TB miliar é a forma mais grave da doença, devido ao acometimento sistêmico pela propagação do bacilo no organismo, afetando principalmente a medula óssea, meninges e fígado. Os sinais e sintomas mais exuberantes são astenia, emagrecimento, febre e tosse. No exame físico pode-se identificar hepatomegalia e alterações cutâneas e do SNC, decorrentes do acometimento sistêmico (PAIVA, 2006).

3.1.2 Diagnóstico

O diagnóstico da TB inicialmente é clínico-epidemiológico que se baseia pela anamnese, colhendo informações relevantes para ajudar no diagnóstico, e pelo o exame físico, identificando sinais e sintomas referidos pelo paciente, além do levantamento do perfil epidemiológico da região onde vive o paciente que pode ter adquirido a doença. Posteriormente é realizado o diagnóstico laboratorial através de exames específicos para a identificação da doença (BRASIL, 2010).

O exame bacteriológico direto de escarro é de alta importância no diagnóstico da TB e quando realizado corretamente possui uma taxa de sensibilidade entre 70% e 80%. A baciloscopia direta do escarro deve ser solicitada nos seguintes casos: quando o indivíduo procura o serviço de saúde apresentando queixas respiratórias, indivíduo com alterações no pulmão identificados no raio X de tórax e os contatos de casos de TB bacilíferos que apontam queixas respiratórias. Para o exame é necessário duas amostras de escarro; uma coletada quando o paciente suspeito procura uma unidade de saúde, e a outra coletada na manhã do dia seguinte (BRASIL, 2008).

A cultura de escarro ou de outras secreções é apropriada para os casos suspeito de

TB quando o exame de baciloscopia direto de escarro dá negativo, elevando 30% o índice de diagnóstico, tendo como relevância que esse exame possui especificidade maior que 98%. As células do *M. tuberculosis* precisam cerca de três a oito semanas de incubação no laboratório, pois se multiplicam com lentidão (PEDRO et al., 2014).

A broncoscopia é um exame que proporciona o diagnóstico da TB nos casos onde a baciloscopia direta do escarro deu o resultado negativo. A broncoscopia possibilita a coleta de uma quantidade maior de material, elevando as chances da eficácia do diagnóstico (JACOMELLI et al., 2012).

A prova tuberculínica auxilia no diagnóstico da TB onde é indicada para detecção de infecções latentes em adultos e crianças. O método consiste na inoculação pela via intradérmica de um derivado protéico do *M. tuberculosis* desencadeando uma reação celular. No Brasil, é usada a tuberculina PPD-RT 23 em dose de 0,1ml, com aplicação no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo. A leitura deve ser realizada por um profissional capacitado e após 48 a 72 horas da aplicação (BRASIL, 2011).

Os exames de imagem do tórax utilizados no diagnóstico da TB são radiografia convencional, ultrassonografia (USG), ressonância nuclear magnética (RNM) e tomografia computadorizada (TC), onde identifica as alterações suspeitas da doença. O exame mais empregado é a radiografia convencional, possibilitando imagens da área pulmonar afetada pela TB (FERRI et al., 2014).

Os exames histológicos e bioquímicos são usados em diagnósticos dos casos de TB extrapulmonar; o exame sorológico é usado para o diagnóstico precoce da TB pulmonar, porém, levando em consideração sua complexidade, sensibilidade e seu elevado custo, torna-se impraticável a sua realização em exames de rotina e desta forma é usado na maioria das vezes em centros de pesquisas (BRASIL, 2009).

3.1.3 Tratamento

O esquema básico da terapia medicamentosa da TB, foi implementado no Brasil desde a década de 70, onde é oferecido gratuitamente pela rede pública, esse esquema é composto pelas seguintes drogas e dosagens: rifampicina (R) 150mg, isoniazida (H) 75 mg, pirazinamida (Z) 400mg e etambutol (E) 275mg, o esquema RHZE.

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi implantado através do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em 1998. Possui alta efetividade justamente por oferecer um maior acolhimento e adesão dos pacientes aos serviços de saúde construindo um vínculo entre os profissionais e o indivíduo, visto que, a administração dos medicamentos é supervisionada desde o princípio do tratamento ao momento de recuperação (SHUHAMA et al., 2017).

Considerando a alta transmissibilidade através de pacientes bacilíferos, realizar o tratamento contra a TB conforme o esquema, acatando ao TDO de forma adequada, com

a dosagem e tempo necessário para eliminação bacteriana, possui uma taxa efetiva e significativa de cura, evitando, dessa maneira, que o microrganismo adquira resistência e pondo fim a cadeia de transmissão (BRASIL, 2011).

O esquema básico da terapia está indicado para os casos novos de TB ou casos de retratamento, para adultos e adolescentes maiores que 10 anos. Destarte, o tratamento tem duração de 6 meses e apresenta-se em duas fases: a inicial (ou ataque) e a fase de manutenção (DUARTE et al., 2010).

A fase de ataque tem duração de 2 meses, onde o paciente faz uso do esquema RHZE, tendo como objetivo a diminuição dos bacilos, através da sua destruição no organismo, melhorando assim os sintomas e reduzindo as chances de transmissão. A segunda fase, a de manutenção, tem duração de 4 meses, fazendo uso somente de R e H, com objetivo de eliminação total de bacilos, contudo, nessa fase pode ocorrer a resistência ao fármaco usado, prolongando o tratamento (BRASIL, 2018).

3.2 Fatores que dificultam o diagnóstico da tuberculose pulmonar

O diagnóstico precoce da TB é fundamental por proporcionar uma maior eficácia do tratamento, além de diminuir os índices de morbimortalidade e a transmissão do bacilo. Contudo, o declínio dos diagnósticos da TB, aponta infecções que não são identificadas, levando a transmissões silenciosas, aumentando o número de novos casos da doença. O PNCT tem o objetivo de nortear o diagnóstico precoce para a atenção primária à saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), enfatizando as suas ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, integralizando a assistência de saúde (CECILIO; TESTON; MARCON, 2017).

Segundo Santos et al., (2012), a UBS em conjunto com a ESF tem o papel de fornecer um acesso ao serviço de saúde de maneira rápida e fácil para todos indivíduos, sendo de alta relevância para obter um diagnóstico precoce, bem como, um tratamento eficaz da TB. Contudo, para o acesso a unidade existem barreiras socioeconômicas, territoriais, legais e culturais que dificultam a entrada do paciente para receber um atendimento de qualidade. Desse modo, impossibilita o início do tratamento e recuperação doença na UBS de referência.

A AB é considerada a porta de entrada para o diagnóstico da TB. Entretanto a procura do serviço de saúde pelo paciente sintomático é maior na atenção secundária e terciária, havendo necessidade de resolução do problema disposto, por meio da aplicação de recursos mais avançados. A organização estrutural inadequada para atender as necessidades do paciente é um dos diversos fatores que dificultam o diagnóstico, uma vez que, o tempo de espera para o atendimento influencia na centralização do acesso ao diagnóstico para o ambulatório e hospital (DANTAS et al., 2014).

O atraso na busca ao serviço de saúde para diagnóstico da TB é um fator que gera um grande impacto. Pois para um controle eficiente da TB, é esperável que o tempo de

procura não seja maior do que 14 ou 21 dias após o aparecimento dos sintomas (BERALDO et al., 2012). Em um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, o tempo de atraso na busca de atendimento é 11 vezes maior nas pessoas sintomáticas com tosse, uma vez que, este sintoma, para os pacientes, não é considerado sinal de gravidade postergando a busca pelo serviço de saúde, bem como, à busca por atendimento devido ao receio do diagnóstico da TB (PONCE et al., 2013).

Segundo Andrade et al. (2009), o pronto atendimento (PA) é também considerado um serviço de saúde como porta de entrada para o diagnóstico da TB, visto que, junto com a AB são os serviços mais procurados no início dos sintomas. A assistência é prestada 24h por dia nas unidades de PA e são utilizados recursos tecnológicos de média densidade, entretanto, alguns problemas podem ser identificados, tais como, o quantitativo de profissionais insuficiente para o atendimento a alta demanda, bem como, a ausência de programas e estratégias de educação continuada, o que impacta negativamente na qualidade da assistência prestada. Destarte, é de suma importância a qualificação dos profissionais, principalmente os atuantes nos serviços de saúde tidos como porta de entrada para os indivíduos bacilíferos, visando o diagnóstico precoce da doença e maior controle da sua disseminação.

3.3 Assistência de enfermagem aos pacientes com tuberculose pulmonar e contribuições para o controle da doença

Descentralizar as ações de detecção do diagnóstico e tratamento da TB para a AB é um dos pontos fortes no combate a doença. A formação de vínculo entre os profissionais e pacientes com tuberculose, aumenta a eficiência e adesão ao tratamento, o vínculo juntamente com outras ações de saúde, como a educação, levam os pacientes ao empoderamento (COSTA et al., 2020).

O papel da AB é primordial no êxito do tratamento dos sintomáticos respiratórios, para tanto, ações de educação permanente e continuada devem ser implantadas no intuito de capacitação profissional, buscando o aprimoramento da assistência ao indivíduo com a enfermidade. Dessa maneira, a atuação da equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, é de extrema relevância no processo saúde-doença, justamente por liderar as ações em equipe na promoção de saúde e prevenção de agravos, nas Unidades Básicas de Saúde (ROMERA et al., 2016).

Segundo Oliveira et al. (2016), a adequada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através da Consulta de Enfermagem, método privativo do profissional enfermeiro, é primordial no tratamento dos portadores de TB, bem como, uma visão multifatorial do problema, de acordo com a situação biopsicossocial do paciente, focando na compreensão dos impasses quanto à adesão ao tratamento pelo indivíduo, acolhendo-o e elaborando estratégias baseadas em evidências que auxiliem na formação do vínculo e no melhor prognóstico. Sendo papel da equipe de saúde esclarecer eventuais dúvidas, fazer orientações referentes ao paciente e seus familiares, sobre a doença e seu tratamento

(FURLAN; GONZALES; MARCON, 2015).

Os meios mais efetivos para o controle e prevenção da TB são a detecção dos casos já existentes e a realização do tratamento correto, como também o controle do contato entre os portadores da doença e seus familiares e sua comunidade, e a vacina BCG. A OMS recomenda que a BCG seja tomada em apenas uma dose, e que de preferência seja administrada ao nascer, principalmente nas regiões onde os índices de TB sejam elevados. A administração dessa vacina imunizará contra TB miliar e meningite tuberculosa, que são formas graves da doença. Embora não seja considerada a vacina ideal, por não proteger de todas as formas clínicas, a BCG tem papel importante no que tange o controle da doença (PEREIRA et al., 2007).

Pessoas que compartilham ou já compartilharam do mesmo ambiente dos pacientes diagnosticados com TB tem grandes chances de se infectar e desenvolver a doença, e por isso, é de suma importância que seja realizada triagem a fim de investigar a presença de sinais e sintomas, e que sejam acompanhadas para evitar novas infecções e surtos na comunidade (FREIRE; BONAMETTI; MATSUO, 2007).

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a compreensão dos profissionais de saúde a cerca dos aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e diagnósticos da tuberculose pulmonar são relevantes para um efetivo enfrentamento da doença. Bem como, o conhecimento e aplicação de medidas de controle, como o rastreamento e a imunização, a fim de evitar formas graves da doença.

Observou-se que a tuberculose pulmonar possui uma persistente e expressiva incidência na população a nível mundial e nacional, principalmente em populações em vulnerabilidade social, prevalentes em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o que dificulta o acesso destes aos serviços de saúde, e contribui para os altos índices de morbidade e transmissibilidade da doença.

Em relação ao diagnóstico, ressaltam-se alguns fatores que corroboram para que este seja realizado tardiamente, dentre eles estão: baixa qualificação da equipe, devido a ausência ou déficits na educação permanente e continuada dos profissionais, e a demora dos sujeitos em procurar assistência a saúde, mesmo após o surgimento dos sintomas. Estes fatores contribuem para a disseminação da doença, e a manutenção do seu status de grave problema de saúde pública.

Por fim, conclui-se que é imprescindível que haja capacitação profissional para o enfrentamento deste e de outros agravos epidemiologicamente relevantes, através de programas de educação continuada, visando o aperfeiçoamento profissional, a implementação de medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos mais eficazes, o controle das estatísticas relacionadas as doenças infectocontagiosas e a adoção de práticas

baseadas em evidências na assistência a saúde em todos os níveis de complexidade.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, C. C. S. et al. **Fatores associados à tuberculose pulmonar em pacientes que procuraram serviços de saúde de referência para tuberculose.** Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 38, n. 5, p. 622-629, 2012.

ANDRADE, R. L. P. et al. **Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento?** Revista de Saúde Pública. v. 47, n. 6, p. 1149-58. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano nacional pelo fim da tuberculose** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Tuberculose 2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2020.

BERALDO, A. A. et al. **Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 3079-3086, 2012.

CECILIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. **Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde.** Texto Contexto Enfermagem, v. 26, n. 3, e0230014. 2017.

COURA, J. R. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DUARTE, R. et al. **Abordagem terapêutica da tuberculose e resolução de alguns problemas associados à medicação.** Revista Portuguesa de Pneumologia. v. 16, n. 4, 2010.

PAIVA, D. D. Patologia. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. v. 5, n. 2, dez, 2006. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9205/7090>>. Acesso em: 29 mar. 2020.

COSTA, A. F. A. et al. **Competências profissionais de promoção da saúde no atendimento a pacientes com tuberculose**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 73, n. 2, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200166&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2020.

DUARTE, R et al. **Abordagem terapêutica da tuberculose e resolução de alguns problemas associados à medicação**. Revista Portuguesa de Pneumologia, Lisboa, v. 16, n. 4, p. 559-572, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592010000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2020.

DANTAS, D. N. A. et al. **Acesso ao atendimento à saúde e diagnóstico da tuberculose**. Revista Rene. V. 15, n.5, p. 869-77, 2014. Disponível em: Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324032944017>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

FERRI, A. O. et al. **Diagnóstico da tuberculose: uma revisão**. Revista Liberato, Novo Hamburgo, v. 15, n. 24, p. 105-212, 2014. Disponível em: <http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista_SIER/v.2015%2C%20n.%2024%20%282014%29/4%20-%20Tuberculose.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

FREIRE, D. N.; BONAMETTI, A. M.; MATSUO, T. **Diagnóstico precoce e progressão da tuberculose em contatos**. Epidemiologia e Serviço Saúde, Brasília, v. 16, n. 3, p. 155-163, 2007. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2020.

FURLAN, M. C. R.; GONZALES, R. I. C.; MARCON, S. S. **Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 102-110, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2020.

JACOMELLI, M. et al. **Broncoscopia no diagnóstico de tuberculose pulmonar em pacientes com baciloscopia de escarro negativa**. Jornal brasileiro de pneumologia. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 167-173, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2020.

MAIOR, M. L. et al. **Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença**. Jornal Brasileiro Pneumologia. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 202-209, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MARQUIEVIZ, J. et al. **A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR)**. Ciências saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-271, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2019.

NOGUEIRA, A. F. et al. **Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos**. Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 93, n. 1. p. 3-9, 2012. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-1.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2019.

OLIVEIRA, D. R. C. et al. **Avaliação da consulta de enfermagem aos pacientes com tuberculose na atenção primária à saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 18, p. 115, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32593>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2019.** Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf?ua=1&ua=1>>. Acesso em: 09 maio 2020.

PEDRO, H. S. P. et al. **Cenário atual da tuberculose. Hansenologia** Internationalis. São Paulo, v.39, n. 1, p. 40-55, 2014. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12229#>. Acesso em: 05 dez. 2019.

PEREIRA, S. M et al. **Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 59-66, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2020.

PONCE, M. A. Z. et al. **Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 945-954, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2020.

ROMERA, A. A. et al. **Discurso dos enfermeiros gestores relacionado aos condicionantes que (des) favorecem o controle da tuberculose em idosos.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400404&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SHUHAMA, B. V. et al. **Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas.** Revista da escola de enfermagem da USP, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100475&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SILVA, C. C. A. V.; ANDRADE, M. S.; CARDOSO, M. D. **Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 22, n. 1, p. 77-85, 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2019.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CAPÍTULO 6

FATORES ASSOCIADOS A COINFEÇÃO DA TUBERCULOSE COM HIV/AIDS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Amanda Suzan Alves Bezerra

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – BA
<http://lattes.cnpq.br/9271504128304730>

Brenda Karolina da Silva Oliveira

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – BA
<http://lattes.cnpq.br/1352574152207350>

Carolaine Teixeira Santos

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – BA
<http://lattes.cnpq.br/5960432091591613>

Ellen Carolynne de Oliveira Gomes

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – BA
<http://lattes.cnpq.br/0960270479008972>

Evellyn Thaís Lima Monteiro da Silva

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – BA
<http://lattes.cnpq.br/9129520181050702>

Júlia Tenório Araújo

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – BA
<http://lattes.cnpq.br/1284091005384605>

Karine Alves de Araújo Gomes

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – BA
<http://lattes.cnpq.br/3084103386456683>

Lívia Fernanda Ferreira Deodato

Centro de Formação, Aperfeiçoamento
Profissional e Pesquisa, CEFAPP
Faculdade São Luís de França
Paulo Afonso – BA
<http://lattes.cnpq.br/5128897479640208>

Sayonara Leite da Silva Barros

Centro Universitário do Rio São Francisco
Paulo Afonso – BA
<http://lattes.cnpq.br/8743613211461344>

RESUMO: A tuberculose é uma das complicações de maior impacto relacionada à Infecção pelo vírus do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A associação entre essas duas disfunções é denominada de coinfeção Tuberculose/HIV e é responsável pelo aumento dos índices de mortalidade, tornando-se um problema de saúde pública. O diagnóstico da tuberculose em PVHA é realizado através do rastreamento com base nos sintomas apresentados pelo indivíduo e durante a anamnese. A tuberculose segue como um grave problema de saúde global. No ano de 2012, aproximadamente 8,6 milhões de pessoas adquiriram tuberculose e 1,3 milhões vieram a óbito por conta da doença (acarretando 320 000 mortes entre os indivíduos HIV-positivos). A quantidade de mortes por tuberculose mantém-se em níveis altos apesar de que o maior número dessas mortes se torne evitáveis. Portanto, o objetivo do presente trabalho é descrever os fatores de risco associados a coinfeção da tuberculose com o HIV, bem como, o seu diagnóstico, sintomas e as formas de prevenção, a partir da revisão bibliográfica que foi realizada.

O artigo trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. Foi realizado um levantamento de dados nas bases da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO).

PALAVRAS-CHAVE: Coinfecção, Tuberculose, HIV.

FACTORS ASSOCIATED WITH TUBERCULOSIS COINFECTION WITH HIV/AIDS

ABSTRACT: Tuberculosis is one of the most serious complications related to Human Immunodeficiency Virus (HIV) virus infection. The association between these two dysfunctions is called Tuberculosis / HIV co-infection and is responsible for increasing mortality rates, becoming a public health problem. The diagnosis of tuberculosis in PLWHA is performed by screening based on the symptoms presented by the individual and during the anamnesis. Tuberculosis follows as a serious global health problem. In 2012, approximately 8.6 million people acquired tuberculosis and 1.3 million died of the disease (resulting in 320 000 deaths among HIV-positive individuals). The number of deaths from tuberculosis remains high despite the fact that the greatest number of these deaths is preventable. Therefore, the objective of the present study is to describe the risk factors associated with tuberculosis coinfection with HIV, as well as its diagnosis, symptoms and forms of prevention, based on the literature review. The article is about a bibliographical review, of the descriptive type, with qualitative approach. A data collection was performed in the databases of the Virtual Health Library (VHL) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

KEYWORDS: Coinfection, Tuberculosis, HIV.

1 | INTRODUÇÃO

Um dos fatores de risco para a infecção da tuberculose é a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sendo assim, o adoecimento por este vírus aumenta significativamente as chances de desenvolver a Tuberculose. Um indivíduo infectado pelo HIV tem 25 vezes a mais o risco de desenvolver tuberculose comparado aos que não estão infectados pelo vírus (NEVES et al., 2012).

A tuberculose pulmonar em pessoas com HIV ainda continua sendo um problema de saúde pública relevante para o Brasil. As dificuldades enfrentadas para que o número da coinfecção diminua são: facilitar a adesão ao tratamento e o não abandono do mesmo, melhorar as condições socioeconômicas e educacionais do país, envolver familiares e profissionais de saúde no processo e oferecer assistência integral ao paciente com coinfecção tuberculose/AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (FILHO et al., 2012).

Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento e o agravamento da tuberculose na população, como exemplos estão, a pobreza e a condição financeira desfavorável, habitações em más condições, grande número de pessoas que migram para centros urbanos, marginalização dos indivíduos, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o preconceito diante do adoecimento de algumas patologias e o julgamento de toda uma

sociedade (BRUNELLO et al., 2011).

Os indivíduos vulneráveis e menos favorecidos são os mais propícios a adquirir a infecção e a desenvolver a doença, em detrimento das condições precárias de moradia, pobreza e da falta de conhecimento em relação as infecções, aos quais estão submetidos. Entretanto, é de grande importância que os profissionais e o sistema de saúde se sensibilizem para a dimensão do problema, já que, o controle da coinfeção vai além do modo com que as pessoas vivem, diz respeito também ao acesso aos serviços de saúde e ao acolhimento destes por cada setor (LEMOS; FEIJÃO; GALVÃO, 2013).

O tema foi escolhido com o intuito de esclarecer como ocorre o processo da coinfeção da tuberculose com o HIV, visto que, a TB é a principal causa de óbitos em indivíduos com aids e são poucas as pessoas que detêm conhecimento a respeito do tema. Dessa forma, o estudo faz-se relevante para expandir o conhecimento sobre a temática, já que a mesma traz grandes prejuízos a vida das pessoas acometidas, além de servir de fonte de informação para que os profissionais fiquem atentos ao aparecimento de alguma das patologias, pois uma tende a surgir em razão da outra.

Portanto, o objetivo do presente trabalho é descrever os fatores de risco associados a coinfeção da tuberculose com o HIV, bem como, o seu diagnóstico, sintomas e as formas de prevenção, a partir da revisão bibliográfica que foi realizada.

2 | METODOLOGIA

O artigo trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. A revisão bibliográfica é realizada a partir de materiais já analisados, criados e publicados principalmente por artigos científicos e livros. Por meio das fontes bibliográficas, são desenvolvidas pesquisas sobre ideologias e análises acerca de um problema a qual se procura uma resposta. Sua principal vantagem é permitir ao investigador uma ampla série de fenômenos e referências, facilitando a sua pesquisa (GIL, 2002).

O estudo descritivo tem por objetivo explicar a ocorrência de algum evento na comunidade. Descrevem a distribuição das condições associadas à saúde, relatando as características dos indivíduos, o tempo e o lugar. O pesquisador detalha o que existe, determinam a frequência de tal evento e organizam as informações. As pesquisas descritivas são usadas quando há poucas informações sobre determinado fenômeno (BARBOSA et al., 2014).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com a expressividade numérica, mas, sim, com o aperfeiçoamento da percepção de um grupo social, de uma sistematização. Os pesquisadores que aderem a abordagem qualitativa opõem-se a meta que defende para todas as ciências um modelo exclusivo de pesquisa, já que as ciências sociais têm sua particularidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Dessa forma, os pesquisadores qualitativos se negam ao modelo positivista adotado ao estudo de vida social, visto que o

pesquisador não deve fazer julgamentos e nem consentir que seus preconceitos e crenças afetem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997).

Foi realizado um levantamento de dados nas bases da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Através de uma leitura interpretativa dos materiais coletados, os artigos foram selecionados baseados em critérios de inclusão e exclusão. As palavras chave utilizadas foram: tuberculose, coinfeção e HIV.

Os critérios de inclusão foram: publicações com adequação à temática, publicados apenas em português. E os de exclusão: publicações sem adequação com a temática, publicados em outro idioma. Os artigos encontrados foram selecionados quanto à originalidade e relevância, levando em consideração o tema do estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Fatores associados a coinfeção da tuberculose com HIV/AIDS

A tuberculose é uma das complicações de maior impacto relacionada à Infecção pelo vírus do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A associação entre essas duas disfunções é denominada de coinfeção Tuberculose/HIV e é responsável pelo aumento dos índices de mortalidade, tornando-se um problema de saúde pública (LEMOS; FEIJÃO; GALVÃO, 2013).

A infecção pelo vírus HIV é um dos fatores de risco para o adoecimento concomitantemente por TB em pessoas previamente infectadas pelo bacilo. A existência da tuberculose faz com que o vírus da imunodeficiência humana se desenvolva mais rápido, permitindo assim, uma evolução mais depressa da AIDS. Em indivíduos HIV positivos a forma clínica da TB é motivada pelo nível de imunossupressão e a investigação diagnóstica da tuberculose na coinfeção é similar à investigação na população geral (BARBOSA; COSTA, 2014).

Em todos os casos de pacientes vivendo com HIV/AIDS deve haver a investigação da presença da tuberculose, diante do aparecimento de um dos sintomas como: febre, tosse, sudorese e emagrecimento. Pois, tais sintomas podem indicar o aparecimento da tuberculose ativa (MAGNABOSCO et al., 2016).

Condições como pobreza, desnutrição e indivíduos imunossuprimidos acabam por facilitar o processo da coinfeção. Além do que, alguns fatores interferem no controle dessa infecção, como por exemplo, dificuldade da população carente ao acesso às redes de saúde, diagnóstico tardio e a recusa de aceitação ao tratamento (LEMOS; FEIJÃO; GALVÃO, 2013).

A imunidade celular do organismo é muito importante para o controle da infecção pela bactéria da tuberculose e sua depleção representa papel essencial na coinfeção TB-HIV. O vírus HIV e o *mycobacterium tuberculosis* operam de maneira simultânea rebaixando

a imunidade do indivíduo afetado, podendo ocasionar a fadiga do sistema imunológico. A resposta celular desencadeada pelas células de defesa do corpo (os macrófagos e linfócitos) ficam prejudicadas na pessoa infectada pelo HIV. A diminuição dos linfócitos de Grupo de diferenciação 4 (T-CD4+) que é uma característica dessa infecção, aumenta a probabilidade de reativação dos focos latentes do *M. tuberculosis* (BRASIL, 2018).

Diversos fatores biopsicossociais influenciam o curso da coinfeção e o seu tratamento. A camada social menos favorecida é a mais atingida por essa disfunção, uma vez que, a falta de informação sobre tais doenças acaba provocando uma situação de vulnerabilidade. Isto porque, o reconhecimento dos sinais e sintomas das doenças e a procura por um serviço de saúde é feita de forma lenta, agravando ainda mais o quadro da patologia. Pois, a tuberculose é uma doença oportunista relacionada a depressão do sistema imune, propiciando aos coinfectados apresentarem níveis de TCD4 ainda menores do que os dos indivíduos portadores somente do HIV (NEVES et al., 2012).

3.2 Diagnóstico de coinfeção de TB/HIV/AIDS

O diagnóstico da tuberculose em PVHIV (pessoas vivendo com HIV/AIDS) é realizado através do rastreamento com base nos sintomas apresentados pelo indivíduo e durante a anamnese. Os sintomas que são indicativos de TB em pessoas vivendo com HIV são: tosse seca ou com escarro, independentemente do tempo; sudorese noturna; emagrecimento e a presença de febre geralmente no final do dia. Na confirmação de algum dos sintomas citados deve-se levantar a suspeita da coinfeção e seguir para a investigação detalhada e com solicitação de exames específicos, como por exemplo: baciloscopia de escarro direta, teste rápido molecular da TB (TRM-TB) e cultura e teste de sensibilidade, radiografia de tórax e derivado proteico purificado – PPD (BRASIL, 2013).

A baciloscopia de escarro é indicada para os sintomáticos respiratórios (durante busca ativa, suspeita clínica ou radiológica de TB pulmonar, acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial. O exame deve ser realizado em dois momentos: primeiro contato com a pessoa e no dia seguinte (preferencialmente ao despertar), independente do resultado da primeira amostra. O TRM-TB detecta a presença do bacilo em duas horas e identifica resistência a rifampicina, é indicado para indivíduos com suspeita de TB, caso novo ou caso de retratamento, porém neste último caso a baciloscopia é realizada para confirmação. Em todo caso de TB diagnosticado por TRM deve-se realizar cultura e teste de sensibilidade (BRASIL, 2019).

A prova tuberculínica em PVHIV com contagem de TCD4+ menor que 200 células/mm³ não produz resposta, além do que não está recomendada para o diagnóstico da TB ativa, porém é um bom teste para o diagnóstico da infecção latente, sendo essencial para evitar o adoecimento pela TB. A PPD deve ser realizada em todos os indivíduos HIV (+) e assintomáticos para TB, se o resultado da prova tuberculínica for <5 mm deve-se repeti-la

anualmente, a fim de evitar o adoecimento da coinfeção (BRASIL, 2018).

Para PVHIV que apresentam contagem de LT-CD4+ < 350 cel/mm³, principalmente no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV e para contatos de casos bacilíferos, está indicado o tratamento da ILTB, independentemente da prova tuberculínica ou IGRA, desde que descartada a TB ativa (BRASIL, 2019).

3.3 Prevenção do HIV

A prevenção do HIV deve ser realizada de forma combinada, ou seja, diferentes ações devem ser conciliadas em uma ampla estratégia. Recomenda-se a utilização de preservativos como uma estratégia de alta eficácia; testagem regular para HIV e outras IST; prevenção contra transmissão vertical; diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS, IST e Hepatites Virais; Imunização e uso da profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PEP) (BRASIL, 2018).

A Profilaxia Pré-exposição ao HIV consiste no uso de antirretrovirais para reduzir o risco de infecção, sendo indicado e eficaz para pessoas com risco aumentado de adquirir HIV. O esquema recomendado é a combinação dos antirretrovirais Tenofovir (TDF) e Entricitabina (FTC), em dose fixa combinada, um comprimido por dia, via oral, em uso contínuo (BEZERRA, 2017).

As pessoas em uso da PrEP devem realizar acompanhamento clínico e laboratorial, onde são avaliados alguns aspectos como sinais e sintomas de infecção aguda, peso do paciente, avaliação de adesão e exposição de risco. São realizados também alguns exames como teste para HIV, sífilis e outras IST, Hepatite B e C, monitoramento da função hepática e renal e teste de gravidez. A PrEP deverá ser interrompida nos casos de diagnóstico de infecção pelo HIV; desejo da pessoa de não mais utiliza-la; mudança do contexto de vida; persistência de eventos adversos relevantes e baixa adesão a profilaxia (ZUCCHI et al., 2018).

A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV é um parâmetro de prevenção à infecção pelo HIV que equivale ao uso de medicação até setenta e duas horas após qualquer circunstância em que haja risco de contato com o HIV, como exemplo: Violência sexual; Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento do preservativo); Acidente ocupacional (com utensílios perfuro cortantes ou contato direto com material biológico) (BRASIL, 2016).

A PEP ao HIV opera medicamentos antirretrovirais que agem inibindo a sobrevivência e a multiplicação do HIV no organismo e, por este motivo, deve ser iniciado o mais rápido possível, preferencialmente nas duas primeiras horas após a exposição ao vírus e no máximo em até setenta e duas horas. Essa profilaxia é uma ação preventiva de emergência e, por isso, não serve como substituto do preservativo (CARVALHO; AZEVEDO, 2019).

O esquema antirretroviral preferencial da PEP, independentemente do tipo de exposição ou do material biológico envolvido é composto por Tenofovir (TDF), Lamivudina

(3TC) e Dolutegravir (DTG), com duração de 28 dias. Esse esquema além de possuir menos efeitos adversos, apresenta também baixa interação medicamentosa, propiciando assim, melhor adesão e manejo clínico (BRASIL, 2018).

3.4 Prevenção da Tuberculose

De forma geral a prevenção da TB baseia-se em detectar precocemente o caso índice e as pessoas consideradas contatos; isolamento do sintomático respiratório ou do paciente já com diagnóstico da doença e o uso da máscara cirúrgica; proporcionar ventilação (natural ou mecânica) adequada nos vários ambientes e o uso de máscaras tipo PFF2 para profissionais de saúde que prestam cuidados a esses indivíduos (BRASIL, 2019).

A quimioprofilaxia primária (QP) é realizada através do uso da isoniazida em recém-nascidos em situação de risco. Ele não deve ser vacinado com a BCG ao nascer, deve-se administrar isoniazida durante três meses, após isso, faz-se a prova tuberculínica. Observa-se o resultado da PT, se for $\geq 5\text{mm}$, deve-se manter a QP por mais de três meses, se for $<5\text{mm}$, deve-se interromper o uso da isoniazida e administrar a vacina BCG (MAEDA; FILHO, 2006).

Na quimioprofilaxia secundária, utiliza-se Isoniazida 5 a 10 mg/kg/dia, com dose máxima de 300/mg/dia, com 270 doses que deverão ser tomadas de 9 a 12 meses.

Alto risco (indicado tratamento em qualquer idade)	
Sem prova tuberculínica realizada	Recém-nascido coabitante de caso índice bacilífero Pessoa vivendo com HIV/aids com cicatriz radiológica em tratamento prévio Pessoa vivendo com HIV/aids contato de caso de tuberculose pulmonar
PPD $\geq 5\text{mm}$	Crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas com BCG no primeiro ano de vida ou não vacinadas, maiores de 2 anos de idade Contatos com crianças de povos indígenas, independente da BCG Contatos adultos e adolescentes maiores de 10 anos Pessoas vivendo com HIV/aids Indivíduos em uso de inibidores do <i>TNF-α</i> Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de tuberculose Transplantados em terapia imunossupressora
PPD $\geq 10\text{mm}$	Crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas com BCG no primeiro ano de vida, menores de 2 anos de idade Crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas para o BCG após o primeiro ano de vida Silicose Neoplasia de cabeça e pescoço Neoplasias hematológicas Insuficiência renal em diálise
Conversão Tuberculínica	Indivíduos contatos de tuberculose bacilífera Profissionais de saúde Profissionais de laboratório de micobactéria Trabalhadores do sistema prisional Trabalhadores de instituições de longa permanência
Risco moderado (tratamento indicado em menores de 65 anos)	
PPD $\geq 5\text{mm}$	Uso de corticosteroides ($> 15\text{mg}$ de prednisona por >1 mês)

PPD \geq10mm	Diabetes mellitus
Risco leve (tratamento indicado em menores de 50 anos)	
PPD \geq10mm	Baixo peso (<85% do peso ideal) Tabagistas (1 maço/dia) Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia

Quadro 1: Indicações de tratamento da ILTB

Fonte: BRASIL (2019).

A vacina BCG é um método preventivo contra as formas meningea e miliar da tuberculose, não protege os indivíduos já infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* e não evita o adoecimento por reativação endógena ou reinfecção exógena (PEREIRA, 2007).

A BCG é indicada para crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade, conforme o quadro a seguir:

Grupos	Indicação
Recém-nascidos (peso \geq a 2kg)	Devem ser vacinados precocemente
Crianças com menos de 5 anos não vacinadas (se assintomáticas e sem sinais de imunodepressão)	Devem receber uma dose de BCG
Crianças maiores de 5 anos, HIV positivo (mesmo assintomáticas e sem sinais de imunodepressão)	Não devem ser vacinados
Revacinação	Não é indicada

Fonte: BRASIL (2019).

3.5 Epidemiologia do HIV e Tuberculose

A amplitude e a extensão clínica da endemia tuberculosa estão crescendo internacionalmente. Países desenvolvidos, que antigamente planejaram acabar com a tuberculose por volta do século, vivenciaram o retorno de queda da endemia que se deu do número de notificações. (LIMA et al., 1997).

A tuberculose segue como um grave problema de saúde global. No ano de 2018, aproximadamente 10 milhões de pessoas adquiriram tuberculose e 1,5 milhões vieram a óbito por conta da doença. A quantidade de mortes por tuberculose mantém-se em níveis altos, apesar da maioria delas serem evitáveis. A tuberculose afeta principalmente adultos jovens do sexo masculino, tendo altas incidências em países de baixa renda, apontando para a associação entre a tuberculose e fatores socioeconômicos (BRASIL, 2020).

Em 2016, foram notificados mais de 470 mil casos de coinfeção TB-HIV, 13% dos

casos de tuberculose notificados no mesmo ano. No Brasil, a incidência da tuberculose em 2018 chegou a mais de 70 mil casos, ocorrendo 4,5 mil óbitos. Dados preliminares do ano de 2019, indicam uma taxa de 8,4% na coinfeção TB-HIV entre os novos casos de tuberculose (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

Dentre os novos casos no ano de 2018, 75,5% foram testados para o HIV, o que indica um aumento na proporção de casos novos de tuberculose que são testados para HIV. Aproximadamente 50% das pessoas testadas tem acesso ao resultado em momento adequado. A tuberculose é a principal causa de morte em pessoas vivendo com HIV no mundo. De acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para tuberculose e a 19ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB-HIV (SILVA et al., 2018; BRASIL, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), das 14 milhões de pessoas contaminadas com o HIV no mundo nos dias de hoje, 5,6 milhões permaneceriam coinfectados HIV/tuberculose. Já no Brasil, com 400 mil pessoas infectadas pelo HIV, cerca de 120 mil pessoas (30%) possui também a infecção do bacilo responsável pela tuberculose. Estimativas recentes apontam a existência de mais ou menos cinco milhões de pessoas coinfectadas pelo HIV e tuberculose nos países subdesenvolvidos, especialmente na região subsaariana (3,8 milhões) e na Ásia (1,15 milhão). No Brasil, estudos executados em vários estados revelaram que a predominância da coinfeção tuberculose/HIV varia de 6,2% a 44,3% (BARBOSA; COSTA, 2014).

A exposição ao bacilo da tuberculose ocorre a partir de um doente que tosse e elimina os bacilos. Somente 30% dos indivíduos que são expostos aos bacilos se infectam. Os infectados (5% a 10%) desenvolvem a tuberculose doença nos primeiros dois anos posteriores ao contágio. A outra parte (90% a 95%) das pessoas possuem a infecção na forma latente. Os outros 5% reativam a forma latente em algum momento da vida, pelo rebaixamento do sistema imune como por exemplo, pelo uso de imunossupressores e algumas doenças (BRASIL, 2018).

As duas doenças (especialmente a tuberculose) estão centradas em uma região de pobreza, onde encontram-se recursos mínimos para o diagnóstico, tratamento e administração da infecção e os serviços de saúde pública não respondem as dificuldades para o controle das epidemias, apesar das enormes conquistas no tratamento da tuberculose como da AIDS. É evidente que o agravamento das situações sociais e econômicas acaba gerando uma degradação significativa aos níveis de vida, desenvolvendo a vulnerabilidade e, portanto, o perigo de adoecer por tuberculose/HIV. (BARBOSA; COSTA, 2014).

4 | CONCLUSÃO

As implicações da tuberculose e do HIV têm se mostrado de grande risco à saúde da população, uma vez que, o comprometimento do sistema imunológico atinge diretamente a

qualidade de vida das pessoas acometidas, trazendo prejuízos para as mesmas. A infecção pelo HIV torna o indivíduo mais susceptível a contrair a tuberculose, já que este vírus afeta o sistema imunológico, rebaixando-o.

A tuberculose é uma doença que está intimamente relacionada a questão da desigualdade social e a distribuição de renda, tornando-se reflexo da escassez de políticas de desenvolvimento social e o HIV por muito tempo foi considerado e por muitas pessoas ainda hoje é considerado como o vírus da “imoralidade”, pois estava relacionado a atitudes consideradas como imorais. Tais motivos dificultam a aceitação da patologia e a adesão ao tratamento.

O controle da coinfeção HIV/TB não se restringe apenas a um único setor de saúde, mas depende da participação de diversos setores, do aprimoramento das condições de habitações, do transporte e alimentação por exemplo. A intersetorialidade é uma das principais medidas no controle desse problema, pois estão interligadas a esse processo e a integração de habilidades.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I; COSTA, I. Estudo epidemiológico da coinfeção tuberculose-hiv no nordeste do brasil. **Revista de Patologia Tropical**, Nordeste, v. 43, n.1, p. 27-38, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/29369/16316>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BEZERRA, V. Práticas e sentidos da sexualidade de alguns usuários da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, n. 23, p. 140-160, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17428>>. Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Tuberculose 2020**. Ministério da Saúde, mar. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil**. Ministério da Saúde, v. 50, set. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/01/Boletim-tuberculose-2019.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Vigilância, Prevenção e Controle do HIV**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_manejo_coinfeccao_tb_hiv.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>>. Acesso em: 06 abr. 2020.

BRUNELLO, M. E. F. et al. Áreas de Vulnerabilidade para Coinfeção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.3, p. 556-563, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2331.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

CARVALHO, C. A.; AZEVEDO, J. H. P. Do AZT à PrEP e à PEP: aids, HIV, movimento LGBTI e jornalismo. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Minas Gerais, v. 13, n. 2, p. 246-160, 2019. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/1698/2269>>. Acesso em: 02 abr. 2020.

FILHO, M. P.S. et al. Pacientes vivendo com HIV/ AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 139-145, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/20.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2019.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, p. 44-45, 2002.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, p. 34, 1997.

LEMOS, L. A.; FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Aspectos Sociais e de Saúde de Portadores da Coinfeção HIV/Tuberculose. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, p. 364-371, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3393/2629>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

LIMA, M. M. et al. Coinfeção HIV/Tuberculose: Necessidade de uma Vigilância mais Efetiva. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 217-220, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n3/2402.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

MAEDA, T. Y.; FILHO, A, J, N. Quimioprofilaxia. **Revista do hospital universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, p. 105-106, 2006. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9216/7099>>. Acesso em: 17 ago. 2019.

MAGNABOSCO, G. T. et al. Controle da Tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, e. 2798, p. 1-8, 2016. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02798.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

NEVES, L. A. S. et al. Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 704-710, 2012. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n3/24.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2020.

PEREIRA, S. M. et al. Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. **Revista saúde pública**, Salvador, p. 59-66, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6492.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

SILVA, M. E. N. et al. General aspects of tuberculosis: an update on the etiologic agent and treatment.: an update on the etiologic agent and treatment. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, [s.l.], v. 50, n. 3, nov. 2018. Disponível em: <<http://www.rbac.org.br/artigos/aspectos-gerais-da-tuberculose-uma-atualizacao-sobre-o-agente-etilologico-e-o-tratamento/>>. Acesso em: 04 maio 2020.

ZUCCHI, E. M. et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cadernos de atenção pública**, v. 34, n. 7, p. 1-12, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00206617.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2020.

LIVING WITH HIV/AIDS: A VIEW OF EXISTENTIAL PHENOMENOLOGY

ABSTRACT: Objective: to unveil the phenomenon of experiences lived by people with HIV/AIDS. Method: it is a qualitative research with an approach to Martin Heidegger's existential phenomenology including twenty participants. The testimonies were obtained through interviews with a semi-structured document. Results: Three thematic categories emerged: the phenomenon unveiled in the discovery of belonging to the world of HIV/AIDS; the subsequent experiences of living in the world of HIV / AIDS; resilience in facing adversity. Conclusion: we evidenced that the event of receiving the diagnosis of HIV/AIDS is full of drastic episodes in all phases of its confrontation. There is relevance in unveiling the experiences of people living with HIV/AIDS to promote an inclusive, dignified, equitable and integral health care for people with HIV seropositivity. In view of the unveiling of the theoretical framework that permeates the experiences of people with HIV, it is possible to mitigate the harmful factors that afflict these people in their various areas of social insertion, with regard to their personal, professional life and access to health services.

KEYWORDS: Nursing. Life Change Events; Infectious Disease Medicine; HIV.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2020), o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o retrovírus causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A infecção pelo HIV desencadeia alterações inflamatórias durante todo o seu curso. A fase aguda ocorre nas primeiras semanas da infecção até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV, que costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção. Como em outros quadros infecciosos virais agudos, a infecção pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, que caracterizam a Síndrome Retroviral Aguda (SRA).

A parte clínica da SRA inclui exantema, mialgia, adenopatia, faringite e cefaleia e pode cursar com febre alta, sudorese e linfadenomegalia. Vômitos, náuseas, perda de peso, diarreia e úlceras orais são sintomas que podem estar presentes, e o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da AIDS. Em relação às infecções oportunistas destaca-se a pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens (BRASIL, 2020).

O HIV/AIDS se configura como um problema de saúde pública a nível mundial devido a sua austeridade e caráter pandêmico, no qual a infecção vem se dissipando progressiva e continuamente, refletindo no indivíduo, família, sociedade e políticas públicas (SILVA et al., 2016). Por isso, o Brasil mantém políticas de acesso universal e gratuito voltadas para as pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS, formando uma rede de atenção a esse

grupo populacional e oportunizando maior perspectiva de vida com qualidade, concedendo às pessoas infectadas a conservação de seus projetos de vida, arquitetados antes do recebimento do diagnóstico, os quais, habitualmente, incluem a formação e/ou ampliação da família (ZANON et al., 2016).

Na área da saúde, no que se refere ao cuidado à pessoa com HIV/AIDS, percebe-se que se faz pertinente a construção de um diálogo entre paciente e profissional do serviço, no qual os indivíduos produzem vínculos para firmar suas compreensões sobre o processo que enfrentam (MACÊDO et al., 2016).

A equipe de saúde requer maior sensibilidade e empatia para compreender o contexto envolvido na relação com as pessoas com HIV/AIDS, que estão sob seus cuidados, para tanto este estudo justifica-se e torna-se relevante, pois, de posse do fenômeno oculto nas experiências dos participantes deste estudo permitir-se-á desenvolver um cuidado individualizado, resgatando sua própria essência de cada ser cuidado e reconhecendo que cada um pode ser protagonista de sua própria saúde e conduzir amparado pela equipe as transformações inerentes ao seu estado patológico. Assim, esse estudo teve como objetivo desvelar o fenômeno das experiências vividas por pessoas com HIV/AIDS.

2 | MÉTODO

Estudo qualitativo, utilizando abordagem teórica a fenomenologia existencial de Martin Heidegger, que traz em sua essência a questão do *Ser* enquanto questão intrínseca humana. Desta forma, o problema do *Ser* não é apenas o seu íntimo, a sua essência, mas também a sua existência (HEIDEGGER, 2015).

Os preceitos éticos da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE 66845317.1.0000.5013. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi realizado em um hospital público, em uma cidade no Nordeste do Brasil em 2017. As entrevistas foram realizadas com 20 participantes, sendo incluídos os portadores do HIV/AIDS e que estavam cientes do seu diagnóstico à no mínimo seis meses, com idade superior a 18 anos e que estivessem recebendo atendimento no setor de infectologia da instituição hospitalar selecionada. Foi utilizado como critérios de exclusão as pessoas que apresentaram divergência/confusão na fala e/ ou alteração na sua sensopercepção.

Destes, treze eram do sexo masculino e sete feminino, com idade entre 21 e 57 anos. Treze declararam-se solteiros, seis casados e um divorciado. Quanto à orientação sexual, treze eram heterossexuais, seis homossexuais e um bissexual. Onze evangélicos, três católicos, três agnósticos, dois umbandistas e um ateu. Quanto ao tempo de descoberta do diagnóstico, o tempo mínimo foi de seis meses e o mais longo foi de dezessete anos.

A entrevista fenomenológica foi norteada pela pergunta disparadora: “Conte para mim como é para você ser uma pessoa que vive com HIV/AIDS?”. Assim como, foram colhidas informações sócio-demográficos para traçar a caracterização do participante. As entrevistas foram gravadas por gravador digital e posteriormente transcritas. Com a intenção de garantir o anonimato dos participantes, eles foram denominados pela letra “P” de participante, seguida de números arábicos que representam a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Com os depoimentos transcritos foi realizada a análise compreensiva por meio do movimento analítico-hermenêutico heideggeriano. Primeiramente com um momento que é resultado da compreensão vaga e mediana, denominada instância *ôntica*, que se inicia na transcrição na íntegra e leitura dos depoimentos. Nesta fase construiu-se o discurso fenomenológico com a identificação de estruturas essenciais e significados apresentados pelos participantes do estudo. Posteriormente, realizou-se a compreensão interpretativa que desvelou o sentido do ser, possibilitando através das unidades de significado, desvelar o fenômeno oculto. Este movimento permitiu a apreensão do *Ser-pessoa-que-vive-com HIV/AIDS*.

3 | RESULTADOS / DISCUSSÃO

Como resultado da análise fenomenológica sob a ótica heideggeriana, emergiram três temáticas ontológicas, que serão apresentadas a seguir:

O fenômeno desvelado na descoberta do *Ser no mundo-com-HIV/AIDS*

Essa experiência desvelou-se permeado de frustrações e sentimentos de finitude inerentes à fase do descobrimento da infecção, desde o momento em que foi percebido que algo não ia bem com o estado geral de saúde dos participantes até o momento da confirmação do diagnóstico, levando-os de *Ser-aí-no-mundo* a *Ser-no-mundo-com-HIV/AIDS*.

Estava trabalhando, aí eu fui emagrecendo, me sentindo fraco... de lá eu fui até o hospital e fiz o teste rápido. Quando eu fiz o teste, deu SIDA (P6).

Tudo começou com uma disenteria feia, aquela fraqueza, ferida na boca. Aquela coisa sem limite. Aí procurei um médico do posto de saúde e ele descobriu (P10).

Inúmeros aspectos podem acompanhar a descoberta do diagnóstico, como é o caso do estigma da população com a patologia, mesmo com os avanços em seu diagnóstico e tratamento. Múltiplas barreiras precisam ser vencidas como o medo e o preconceito que permanecem firmes em que pese sobre o assunto. Outro fator predominante é a expectativa do diagnóstico que costuma ser impactante para a pessoa com HIV/AIDS, bem como para

o profissional. Tal fato, necessita que a equipe de saúde esteja apta para ofertar apoio emocional, proporcionando mais segurança e participativo de seu processo terapêutico (ARAÚJO et al., 2018).

Ela me passou a notícia de forma tranquila, mas o impacto para mim ainda assim foi enorme. Ela me aconselhou, me ajudou em tudo e falou que tinha uma notícia que não era boa, mas também não era tão ruim e que esperava que eu aceitasse o tratamento (P13).

Os participantes, até então pessoas que se percebiam como saudáveis, descobrem-se envoltos de uma fatalidade que transformará toda a sua percepção existencial. O diagnóstico do HIV/AIDS pode vir como uma notícia avassaladora de forma impiedosa, indiferente e que destrói sua esperança de um futuro outrora foi idealizado sem a presença de uma doença potencialmente fatal:

Ela me olhou e falou, de repente, que eu estava com AIDS. Eu me lembro como se fosse hoje. Foi muito triste para mim. A experiência foi muito difícil, muito chocante mesmo. Sem nenhuma preparação, porque não foi com uma pessoa que me chamou para conversar (P3).

Não teve acompanhamento. Foi de repente mesmo. Aí eu adoeci mais. Eu achava que não ia mais andar, que eu não ia poder conversar, não ia poder sair. Foi assim (...) a doutora disse que eu estava com o vírus e aí eu desmaiei. Não vi mais nada (P11).

Frente ao conhecimento da sua condição de saúde, ao apropriar-se da consciência de que a partir daquele instante da notícia recebida, o participante torna-se um *Ser-no-mundo-com-HIV/AIDS*, a pessoa recobra seus saberes e vivências prévias acerca do diagnóstico, o qual carregaria consigo:

Porque como você entende, você olha um pouco a frente, sabe? Eu fiquei muito nervoso, chorava bastante (...) mas era porque eu estava com medo. Achava que não tinha condições de atravessar esse tratamento. Às vezes você bom ainda fica debilitado, imagine quem já tem esse problema! É mais grave (P2).

Na descoberta do diagnóstico do HIV os discursos são, por diversas vezes, carregados de sentimentos como o de negação e incredulidade de portar este vírus, acentuados principalmente pela crença de que o HIV/AIDS atinge apenas homossexuais e pessoas promíscuas sexualmente. Logo, o processo de aceitação e enfrentamento do diagnóstico costuma ser ainda mais difícil, por depender da ruptura das crenças e paradigmas associados ao HIV, os quais foram vigorosamente vinculados ao entendimento do seu ciclo desde o seu surgimento e firmados até os dias atuais.

[...] aí o médico mandou chamar a gente, a família inteira fez. As duas crianças não deram positivo e o meu deu. Aí eu não aceitei, até porque eu não apresentava os sintomas. E ainda não aceito. Até hoje eu não aceito. Não

é porquê é meu marido não, mas eu acho que ele pegou isso (HIV) quando precisou fazer uma transfusão de sangue. Eu o conheço e sei que ele não é de traição (P9).

Eu aceitei fazer (a testagem), mas eu jamais, nunca, em hipótese nenhuma, imaginei. E eu só fiz o teste rápido naquele momento porque eu tinha total segurança (P20).

Percebe-se nos discursos, que a notícia da soropositividade para o HIV remete a uma sentença de morte, pois ao defrontar-se com a eventualidade de ter que encarar os sinais e sintomas físicos causados pelo vírus, conhecidos popularmente por sua austeridade, além dos impactos psicossociais a ele associados, os participantes, tomados por angústia, enxergam-se sem saída e se rendem à hipótese de tirar a própria vida:

A única coisa que passou na minha mente assim, de repente, foi me atirar embaixo de um carro (P3).

Aí eu tive vontade até de me matar quando soube do HIV. Eu cheguei a ir para a pista me matar (P6).

[...] HIV positivo... aí eu não resisti, comecei a chorar, não aguentei por dentro. Comecei a querer me matar. Não pensei em filhos, nem marido, nem nada (P13).

O desejo de suicídio pode ser entendido como uma fuga de um problema que está causando sofrimento intenso, associado com frustração, desesperança e abandono. Tais conflitos são ambivalentes entre a sobrevivência e uma situação de insuportável estresse, com estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de escapar que geralmente é associado a outros sentimentos como inutilidade e desamparo (ARALDI et al., 2016).

Segundo Heidegger (2015), o *estar-no-mundo* é algo que constitui o *Ser* efetivamente. *Estar-no-mundo* consiste em relacionar-se com objetos e pessoas e efetivamente habitá-lo, o que vai além de povoá-lo. Isso demonstra uma estrutura fundamental do *Ser-aí*, o que mostra a impraticabilidade de separar o homem do mundo, bem como o mundo do homem. *Ser-no-mundo* é uma característica desnudada que se fundamenta na descrição primordial do âmbito da sua existência, a qual o limita e também o torna possível.

As experiências decorrentes do viver no mundo-do-HIV/AIDS

O desvelar de situações e adversidades encontradas no decorrer do seu processo de enfrentamento, propiciou perceber que o vivido após descoberta do HIV/AIDS, vem repleta de reviravoltas e transfigurações em suas vidas que coexistem com a necessidade de adaptar-se ao contexto social, que podem fragilizar sua estrutura familiar, relacionamentos e vínculos em geral.

A reconfiguração das relações humanas que envolvem as pessoas que vivem com HIV/AIDS foi um dos aspectos que emergiram nas falas, por ser fator inerente de

desconforto e readequação da pessoa no enfrentamento da sua nova condição de saúde, a qual requer diversas adaptações.

A culpabilização aflora e alguns participantes expressam esse sentimento em suas falas. A descoberta da existência de uma síndrome incurável, algumas pessoas remetem ao passado, lembrando a falta de proteção nos atos sexuais e atribuem a si mesmos a responsabilidade sobre sua atual condição de saúde, a qual demonstra saber ser evitável.

O relato que se refere à culpa pela infecção está representado a seguir por meio das falas dos participantes 16 e 17:

Até hoje eu estou com a pessoa que me passou e eu não vou jogar 100% da culpa nele, porque a gente estava fazendo sexo sem camisinha, então eu sei que também tenho culpa, pois deveria ter me protegido (P16).

[...] eu não tinha transado sem camisinha. Mas depois eu transei, aí dei brecha para que isso acontecesse (P17).

Como é possível notar nos discursos abaixo, à medida que as pessoas se percebem como um *Ser-no-mundo-permeado-pelo-HIV*, um dos fatores causadores de embaraço é o compartilhamento do diagnóstico com seus parceiros afetivos/sexuais e familiares, desconforto que gera a omissão da informação ou o transtorno em criar uma situação para revelar sua condição.

Eu estava amigado com uma pessoa [...] eu não queria dizer para ela porque pode ser que ela fique assustada. Por isso eu não disse (P1).

Só quem sabe é minha família. Fiquei com aquela sensação ruim por dentro quando soube que tenho o vírus. Para todo mundo eu falei que tinha dado sífilis. Ninguém mais sabe. Eu até estava pensando em como dizer ao meu marido, que está viajando a trabalho. Estou pensando em vir com ele aqui e quando chegasse na hora eu inventasse um exame e armasse uma situação para fazer tudo de uma vez só, pra ele não dizer que eu já sabia e não avisei. Não pode eu me cuidar e ele não se cuidar (P18).

[...] eu acho que não tem necessidade de contar (P20).

A manifestação do sofrimento causado pela discriminação que acomete as pessoas vivendo com HIV/AIDS é outro aspecto que muitos participantes externam em suas falas, de modo que a conotação percebida pelos mesmos é de que a soropositividade para o HIV passa a defini-los, para a sociedade, como um risco em potencial e como seres inferiores que devem manter-se reclusos. Segundo o pensamento heideggeriano, nas circunstâncias desta experiência, o *Ser-aí* é lançado no mundo diante da fatalidade e, ao ser lançado no *mundo-com-HIV*, a pessoa irá deparar-se com discriminação e preconceito:

Tem horas que eu não suporto. Eu penso que a luta contra o preconceito é uma guerra perdida. Por mais que a gente tente acabar, sempre vai ter aquele

grau de preconceito por ser burro, por ser pobre, por ser doente, por ser gordo [...] um exame de sangue, quando eu preciso fazer, para todo mundo tem vaga, mas é só eu entrar na fila que o sistema cai ou as fichas acabam. Tudo bem, eu entendo o meu problema. Mas, por favor, não precisa também humilhar assim! (P13).

Na hora que eu falei que tenho o vírus, o pessoal da recepção ficou olhando. Mas eu fiquei tranquilo, falei que estava ali para a luta e que qualquer um ali poderia ter (o HIV) e nem saber. Mas como eu sei que tenho, estava buscando me cuidar [...] ou você corta o preconceito, ou você tem que viver com o preconceito (P15).

Além disso, viver com HIV/AIDS implica na necessidade de conviver com obstáculos como redução de renda, desemprego e endividamento, em decorrência da discriminação e do preconceito que rondam as experiências de vida dessas pessoas. Logo, um problema de acentuação da vulnerabilidade social é gerado, a qual evidencia a necessidade do investimento em políticas públicas que abordem o caráter social e subjetivo inerentes ao diagnóstico, o que vai além da questão clínica.

Tenho sobrevivido com os R\$ 85,00 que recebo do Bolsa Família. Só Deus para me ajudar! (P8).

Disseram para mim que eu não podia trabalhar porque eu sou doente. Aí preciso me virar para sustentar meus quatro filhos com R\$ 200,00 do Bolsa Família. Nem com o pai deles eu posso contar. Tudo sou eu! E é duro seus filhos lhe pedirem coisas que você não pode dar (P13).

Mais especificamente, ocorre uma discrepância na qualidade do atendimento recebido nos serviços de saúde de livre demanda e especializações diversas e a assistência prestada no serviço especializado em infectologia. A seguir, a P5 compartilha suas experiências com sua jornada pelos serviços não especializados em infectologia:

[...] Eu precisei de um angiologista, aí ele falou: "- Por que mandam esses casos para mim?" [...] Ele foi bem grosso. Mal atendeu, passou o remédio e disse: "-Volte para a sua médica e mande ela escolher outro médico para lhe acompanhar. Lá fora o que eu ouço é isso: "Que absurdo, paciente soropositiva e mandam para mim!" Às vezes os especializados daqui mandam um encaminhamento para a gente e quando a gente chega lá fora, somos tratados como um nada. Aqui tem a boa vontade e lá fora tem um empecilho que é o preconceito. Eu já tenho medo de precisar ser atendida por um especialista fora (P5).

É apropriado ressaltar que a família também sofre quando descobre o diagnóstico de uma doença grave, porque eles experimentam as consequências desse fato (ARALDI et al., 2016). Faz-se importante a abordagem emocional ampliada aos amigos, familiares e parceiros/cônjuges que convivem com a pessoa infectada, moldando suas orientações e cuidados no processo de adoecimento pelo vírus. Devido a isto, é importante a parte

educativa do profissional para auxiliar na desmistificação de crenças e valores relacionados aos sentimentos negativos aos portadores (ANGELIM, 2017).

Eu aguento carros e carroças, mas ainda sinto muito pelos meus filhos, que sofrem bullying por minha causa. Na escola os chamam de filhos da doente, filhos da doente da AIDS. O meu sentimento é duro, doloroso! (P13).

Tais sentimentos fomentam a objeção pela discriminação que é estendida aos filhos daqueles que vivem com HIV/AIDS, conjuntura que devasta o sentimento de uma mãe protetora, que busca força para lutar por sua saúde e ainda vivencia o mundo de felicidade, pureza e ingenuidade dos filhos ser bombardeado por discriminação em decorrência da sua condição de saúde.

Nesta categoria, a rota de enfrentamento do HIV alterou o cotidiano destas pessoas de tal modo que precisam frequentar serviços de saúde de forma continuada, buscar apoio e acolhimento dos profissionais, além de capacitar-se para o manejo com o diagnóstico, no que envolve o compartilhamento desta informação e os seus desdobramentos na sua autopercepção, aceitação, identidade social e repercussões nas suas relações e vínculos familiares, de amizade e amorosos.

Nesse cenário, ressalta-se a relevância do elo familiar e social para o ser humano. Deste modo, reporta-se à fenomenologia por Heidegger, quando aponta que o *Ser-aí* é um *Ser-com*, fazendo-se impossível a dissociação do Ser com aqueles com quem ele mantém suas relações humanas no mundo, inexistindo assim, a possibilidade do homem não arquitetar laços com outros, conforme será discutido a seguir (HEIDEGGER, 2006).

A resiliência no enfrentamento das adversidades no mundo-do-HIV/AIDS

A resiliência refere-se à capacidade do indivíduo em manter-se bem diante de situações desgastantes e conflitantes. Desde os anos 2000, esse conceito tem sido transportado e amplamente difundido nas ciências humanas para descrever o potencial de uma pessoa ou grupo populacional de se construir, ou se reconstruir positivamente mesmo em um ambiente adverso e desfavorável. É importante que o reconhecimento de suas limitações para minimizar parcial ou totalmente os estressores e, desta forma, (re)inventar habilidades para a melhoria da sua qualidade de vida e (re)inserção social (BROLESE et al., 2017).

Assim, as estratégias de enfrentamento são definidas como resiliência, que está relacionada à capacidade de recuperação e adaptação saudável diante de danos, adversidades e estressores. A religiosidade e espiritualidade passam a representar uma importante ferramenta de suporte emocional, que reflete de forma significativa na saúde física e mental das pessoas e são uma dimensão sociocultural que faz parte da rede de significados criada pela pessoa para dar sentido à vida e à morte (REIS; MENEZES, 2017).

[...] hoje eu posso dizer que sou feliz porque felizmente, graças à Deus, eu aprendi a conviver (P3).

[...] mas eu creio em milagres. Eu creio que DEUS pode mudar. Nesse sentido a minha fé não muda (P15).

A espiritualidade representa, neste contexto, uma motivação e o consolo para acreditar que as coisas irão desdobrar-se da melhor maneira possível. A religiosidade e a espiritualidade podem apresentar-se como importantes estratégias de enfrentamento em situações consideradas difíceis, como no caso de diagnósticos que são permeados por eventos estressores (ALVES, 2016). A religiosidade é usada para incentivar a esperança de cura e reestruturação da vida durante o tratamento. Os possíveis benefícios de tais crenças, em algumas situações vivenciadas entre elas a morte, são o alívio do medo e das incertezas e o conforto emocional (FREIRE et al., 2017).

Norteados por esse refúgio de segurança e força, a percepção que se nutre acerca do HIV chega a ser, de certo modo, descrita, contrapondo a compreensão outrora instalada, que representará um diagnóstico potencialmente fatal, conforme demonstra o P10 em sua fala:

Na realidade, quando você tem esse problema, você não deve nem pensar. Essa doença, minha filha, é só saber como fazer. Só precisa se alimentar bem, trabalhar, não fazer corpo mole, e a gente vive bem (P10).

A ideação do morrer fornece mais soluções sobre a vida dos que morrem do que propriamente sobre o morrer, servindo inclusive para o alcance de amadurecimento (MARTINS; BICUDO, 2005). Práticas e comportamentos que remetem o *Ser-no-mundo-com-HIV*, às prováveis causas da infecção, causam repulsa e arrependimento naquele que vive com HIV/AIDS, a qual busca procurar novos trajetos e hábitos que o desvincule ao passado:

Eu era homossexual e não foi pelo fato da doença que eu decidi ser o normal. Foi porque eu já não sentia mais prazer e eu acho que na verdade o que eu tinha era curiosidade. Passei seis anos na curiosidade e não me adaptei. Hoje eu sou heterossexual. Eu caí na real de uma vida. Foi aí que veio a chave da coisa. Eu disse chega! Não quero mais! Vou trabalhar, estudar, seguir minha vida. Não quero mais saber de curtidão. (P15)

Ainda, há de se render ao fato de que a superação e a resiliência em conviver com o diagnóstico não está sempre presente e firme. Por diversas vezes, ao deparar-se com circunstâncias inerentes à rotina de pessoas que se descobre vivendo com o HIV/AIDS, ocorre o esmorecimento seguido da certeza de que a vida precisa seguir, mesmo diante das adversidades que a cercam:

Já escutei muito algumas pessoas discriminando a gente por causa do HIV. Aí eu choro, me afasto e procuro viver. Por isso que eu tomo a minha cervejinha

e tenho o meu divertimento. Vivo a minha vida normalmente. Porque eu tenho que ter a minha vida, senão a gente dá espaço para a depressão (P7).

Hoje eu posso dizer que sou feliz porque felizmente eu aprendi a conviver (P3).

Me sinto feliz. Me dizem que dá para viver com isso (P6).

Hoje eu estou bem, graças a Deus! Porque eu cheguei aqui morrendo (P7).

Nesta conjunção, retoma-se o protagonismo do profissional de saúde no processo de enfrentamento do diagnóstico de soropositividade para o HIV e no auxílio à redescoberta de uma nova vida do paciente sob seus cuidados enquanto *Ser-no-mundo-com-HIV*. Em um contexto de estremecimento de vínculos e relações interpessoais, descrença e sensação de condenação à morte, quando ocorre um novo vínculo, embasado na reciprocidade por meio do respeito e empatia, há o vislumbre de novas possibilidades.

Ele (médico) me disse que eu não me preocupasse porque ele me prepararia para eu fazer o tratamento. Disse que não iria deixar eu fazer de qualquer jeito não. Pronto! Aquilo ali parou o choro, parou tudo na hora. Me confortou. Agora eu estou com um paizão e noto que ele está vibrando com a minha melhora. Estou me sentindo mais acolhido ainda. Porque quando você está doente e vem alguém que torce, lhe abraça, pega na mão e tal... estimula, não é? Você se sente bem e procura fazer a coisa melhor ainda (P2).

O enfermeiro daqui é maravilhoso! Facilitou tudo pra mim, porque ele viu o desgaste. Quando eu cheguei aqui, me senti realizado e soube que era aqui que iriam cuidar de mim. Foi onde tudo iniciou (P15).

Após percorrer toda a trajetória desvelada neste estudo, acerca das experiências enfrentadas pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS, buscando compreendê-las, percebe-se que uma parte significativa das situações aqui relatadas são impiedosamente impostas a essas pessoas exclusivamente pelo diagnóstico que elas carregam.

Explicita-se a dificuldade expressada em todos os relatos, que revelam a perpetuação do estigma que circunda esta condição, desde a sua descoberta até o seu entendimento. Neste âmbito, o principal modo de enfrentamento explorado foi o esteio nos profissionais que despendem seu tempo, empatia e conhecimentos no cuidado a essas pessoas que vivem com o HIV/AIDS, a religiosidade e esperança, nas quais as pessoas relataram buscar respostas e construir suas reviravoltas.

4 | CONCLUSÃO

O desvelar das experiências de pessoas que vivem com HIV/AIDS permitiu a percepção da significância fenomenológica e, posteriormente, a compreensão dos

desdobramentos da descoberta do diagnóstico na vida destas pessoas. Este evento é repleto de episódios drásticos em todas as fases do enfrentamento para o *Ser-com-HIV*, desde o diagnóstico, até a aceitação para o pertencimento ao grupo de pessoas nessa condição de saúde e, por fim, a descoberta da viabilidade de continuar vivendo com qualidade de vida.

Estar doente já é causa de desordens emocionais e familiares, mas quando se trata de pertencer ao *mundo-permeado-pelo-HIV*, a proporção dos acontecimentos toma dimensões ainda maiores, tendo em vista que além da patologia, existem paradigmas e barreiras sociais a serem superadas. Deste modo, a religiosidade, a resiliência e o acolhimento por parte dos profissionais de saúde constituem subterfúgios para essas pessoas.

Ainda, a relevância desta pesquisa consistiu na contribuição para a edificação do arcabouço científico a ser disponibilizado à comunidade acadêmica, visando mitigar a lacuna de conhecimento no que concerne às experiências das pessoas com HIV/Aids e auxiliar uma prática de enfermagem baseada nos resultados gerados até então de uma assistência pautada na inclusão, integralidade, equidade e dignidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, D.A. et al. Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. **rev. cuid. (Bucaramanga. 2010)**, v. 7, n. 2, p. 1318-1324, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.336>.

ANGELIM, R.C.M. et al. Representações sociais de estudantes de escolas públicas sobre as pessoas que vivem com HIV/Aids. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 221-229, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711218>.

ARALDI, L.M. et al. Elderly with human immunodeficiency virus: infection, diagnosis and living with the disease. **REME rev. min. enferm.** 20:e948, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/lzabel/Downloads/e948_en.pdf> Acesso em: 20 nov. 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20160017.

ARAÚJO, W.J. et al. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. **rev. bras. enferm.** Brasília, v. 71, supl. 1, p. 631-636, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700631&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 mai. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/lzabel/Downloads/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf> Acesso em: 17 mai. 2020.

BROLESE, D.F. et al. Resiliência da equipe de saúde no cuidado a pessoas com transtornos mentais em um hospital psiquiátrico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03230, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100437&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016026003230>.

FREIRE, M.E.M. et al. Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**. v. 9, n. 2, p. 356-362, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4906>> Acesso em: 20 dez. 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.4906>.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10^o ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

JOSGRILBERG, R.S. O método fenomenológico e as ciências humanas. In: CASTRO, D.S.P. et al. **Fenomenologia e análise do existir**. São Paulo, Universidade Metodista de São Paulo: Sobraphe, 2000.

MACEDO, Simara Moreira de et al. Cuidado de enfermagem em Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 515-521, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300515&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2017. DOI:<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690314i>.

REIS, Luana Araújo dos; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 761-766, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400761&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 set 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017>

SILVA, R.A.R.; et al. Qualidade da atenção à saúde de portadores de HIV: opinião de profissionais de saúde. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**., v.8, n.4, p.5068-5073, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831410>>. Acesso em: 18 set. 2017.

SILVA, Yugo Torquato da; SILVA, Luciano Bairros da; FERREIRA, Sonia Maria Soares. Counseling practices in Sexually Transmitted Infections/AIDS: the female health professionals' perspective. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1137-1144, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0176>.

ZANON, B.P.; et al. Revelação do diagnóstico de HIV dos pais. **Rev. bioét.**, v.24, n.3, p.557-566, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000300557&lng=pt&lng=pt>. Acesso: 18 set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243155>.

CAPÍTULO 8

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA MULHER QUE CONVIVE COM HIPOTIREOIDISMO: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Nadilânia Oliveira da Silva

Universidade Regional do cariri-URCA
Crato-CE
<http://lattes.cnpq.br/6503336862624219>

Vitória de Oliveira Cavalcante

Universidade Regional do Cariri-URCA
Crato-CE
<http://lattes.cnpq.br/9886939477371878>

Camila da Silva Pereira

Universidade Regional do Cariri-URCA
Crato-CE
<http://lattes.cnpq.br/3065420261521980>

Maria Lucilândia de Sousa

Universidade Regional do cariri-URCA
Crato-CE
<http://lattes.cnpq.br/9304286001341489>

Antônia Thamara Ferreira dos Santos

Universidade Regional do Cariri-URCA
Crato-CE
<http://lattes.cnpq.br/6801565516749285>

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4007747131891701>

Carla Andréa Silva Souza

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0419513230591117>

Francisco Costa Sousa

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3348562830151812>

Amana da Silva Figueiredo

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4730603443601449>

Josefa Fernanda Evangelista de Lacerda

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0002788091649909>

Aline Samara Dantas Soares Pinho

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4999632255340285>

Gleice Adriana Araujo Gonçalves

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5126792627064597>

RESUMO: Objetivou-se aplicar a sistematização da assistência de enfermagem por meio do processo de enfermagem a uma mulher que convive com hipotireoidismo. Trata-se de um estudo de caso, realizado na cidade de Crato-CE, no mês de maio de 2019. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada guiada por um histórico de Enfermagem, anamnese, exame físico, levantamento dos medicamentos utilizados pela paciente e exames laboratoriais realizados. A partir dos dados colhidos, baseando-se

nas Necessidades Humanas Básicas, elaborou-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) utilizando-se as Taxonomias de enfermagem: NANDA-I (Diagnósticos), NOC (resultados) e NIC (intervenções). Os principais diagnósticos de enfermagem foram: Sobrecarga de estresse relacionado a estressores repetidos caracterizado por aumento da impaciência, raiva e estresse excessivo; Mobilidade física prejudicada relacionada a dor e resistência articular evidenciada por desconforto e redução na amplitude dos movimentos; e, Controle emocional lábil relacionado a estressores e transtorno emocional evidenciado por choro e choro incontrolável. Diante dos diagnósticos levantados, e com base nos indicadores, foram esperados os seguintes resultados respectivamente: Nível de estresse, Repouso, Nível de depressão, os quais foram. Após a identificação dos resultados esperados, foram elencadas as intervenções de enfermagem, essenciais para o alcance dos resultados esperados traçados para a paciente. Assim, a aplicação da SAE por meio do processo de enfermagem, nesse estudo, possibilitou a realização de orientações e cuidados sistematizado, individualizado e humanizado, proporcionando a assistência de enfermagem holística diante dos aspectos biopsicossociais da paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Hipotireoidismo, Processo de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE TO A WOMAN LIVING WITH HYPOTHYROIDISM: STUDY CASE

ABSTRACT: The objective was to apply the systematization of nursing care through the nursing process to a woman living with hypothyroidism. This is a case study, carried out at, in the city of Crato - CE, in the month of May 2019. The data were collected through a semi-structured interview guided by a history of Nursing, anamnesis, physical examination, survey of medications used by the patient and laboratory tests performed. Based on the data collected, based on Basic Human Needs, the Nursing Assistance Systematization (SAE) was elaborated using the nursing Taxonomies: NANDA-I (Diagnostics), NOC (results) and NIC (interventions). The main nursing diagnoses were: Overload of stress related to repeated stressors characterized by increased impatience, anger and excessive stress; Impaired physical mobility related to pain and joint resistance evidenced by discomfort and reduced range of motion; and, Labile emotional control related to stressors and emotional disorder evidenced by crying and uncontrollable crying. In view of the diagnoses raised, and based on the indicators, the following results were expected respectively: Stress level, Rest, Depression level, which were. After identifying the expected results, nursing interventions were listed, essential for achieving the expected results traced for the patient. Thus, the application of SAE through the nursing process, in this study, made it possible to carry out systematized, individualized and humanized care and guidance, providing holistic nursing care in the face of the patient's biopsychosocial aspects.

KEYWORDS: Hypothyroidism, Nursing Process, Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A glândula tireóideia tem função importante, devido a produção dos hormônios tireoidianos (TSH)), a tiroxina (T4) e a tri-iodotironina (T3), os quais são responsáveis

pela regulação do metabolismo, e a calcitonina, relacionada à regulação da concentração de cálcio no organismo. A tireoide tem suas ações controladas pelo hormônio liberador de tireotropina (TRH), produzido no hipotálamo, que por sua vez, estimula a síntese e liberação do TSH, que tem ação sobre a tireoide na produção e secreção do T3 e T4 (FERREIRA et al., 2018).

As disfunções da tireoide representam uma classe de distúrbios capazes de causar importantes alterações no indivíduo. Dentre essas há o hipotireoidismo subclínico que é caracterizado pela diminuição da produção e liberação dos hormônios tireoidianos pela glândula evidenciado por um quadro de valores de tiroxina livre (T4L) normais e TSH elevado (BANDEIRA et al., 2009).

No Brasil, a prevalência de TSH elevado em uma amostra representativa de 1.220 mulheres adultas da cidade do Rio de Janeiro foi de 12,3%, alcançando 19,1% entre aquelas acima de 70 anos (SGARBI et al., 2013).

Os sintomas mais comuns são intolerância ao frio, dispneia ao esforço, ganho de peso, alteração da memória e do raciocínio, constipação, depressão, irregularidade menstrual, falta de libido, cansaço e mialgia. Ao exame físico, pode ser evidenciado ressecamento da pele, fala e movimentos lentos, alopecia, hipertensão diastólica, bradicardia ou bócio (CARVALHO et al., 2013; CLACK et al., 2013).

Para o diagnóstico é considerado a sintomatologia apresentada pelo indivíduo, sendo realizada a dosagem TSH e T4-livre com 1 a 3 meses de intervalo. Na presença de TSH persistentemente acima do valor de referência e T4 (livre ou total) normal, dá-se o diagnóstico de hipotireoidismo subclínico (TEIXEIRA et al., 2006; RADOS et al., 2017).

Ainda, diante do exposto, percebe-se que o enfermeiro tem papel crucial na implementação do cuidado a um paciente com hipotireoidismo, visto que são diversas as alterações metabólicas associadas, ajudando o paciente nas mudanças de hábitos de vida, causadas pela patologia, diminuindo os agravos ao implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem para prestar e avaliar os cuidados ao paciente de forma holística, e, assim, contribuir para uma assistência de enfermagem completa e eficiente proporcionando melhor qualidade de vida para o indivíduo.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo aplicar a sistematização da assistência de enfermagem a uma mulher que convive com hipotireoidismo.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso realizado no domicílio da paciente na cidade do Crato-CE. O presente estudo foi desenvolvido durante o mês de maio de 2019 durante as atividades da disciplina de Bases Teóricas e Metodológicas da Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. A participante do estudo foi uma mulher com diagnóstico hipotireoidismo.

Os dados foram coletados durante uma entrevista semiestruturada dirigida por um roteiro padronizado denominado como Histórico de Enfermagem, o qual continha os dados de identificação, história clínica, exame físico e informações adicionais referentes às Necessidades Humanas Básicas. Para subsidiar a pesquisa ainda foram colhidas informações junto a participante, como exames realizados, medicações usadas e intercorrências durante a realização do tratamento.

A fase posterior da pesquisa envolveu a análise das informações coletadas, e em seguida elaborou os diagnósticos e intervenções de enfermagem, e os resultados esperados. Para isso, utilizou-se as taxonomias da NANDA-I para traçar os diagnósticos de enfermagem, NIC para as intervenções de enfermagem, e NOC para os resultados esperados.

Foram resguardados neste estudo, os princípios éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta normas para a pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico do paciente

A. F. S, 61 anos, sexo feminino, solteira, agricultora, natural de Aiuaba - Ceará, mãe de duas filhas, escolaridade ensino fundamental incompleto, evangélica, reside com o pai e sobrinha em casa própria do programa Minha Casa Minha Vida, com renda familiar de um salário mínimo proveniente do aposento do pai. Diagnosticada com hipotireoidismo há cerca de 10 anos, com comorbidade de osteoartrose. Foi acompanhada por endocrinologista por 7 anos. Faz tratamento medicamentoso com levotiroxina sódica 50 mcg, 1 comprimido ao dia. Doenças hereditárias: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e câncer. Foi diagnosticada com depressão há cerca de 15 anos, fazendo uso de medicamentos durante 5 anos. Foi tabagista por 5 anos, parou há 20 anos, não etilista. Alimenta-se por via oral, 3 vezes/dias, refere apetite conservado, pirose, gastrite, e “gosto ruim na boca”, mastigação alterada devido uso de dentadura não adequada, deglutição normal, ingesta hídrica de cerca de 1,5 l/dia, não apresenta alteração de peso. Evacuação intestinal 1 vez/dia em dias alternados, frequência urinária de cerca de 5 vezes/dia de característica límpida. Sono interrompido uma vez à noite devido a noctúria, dorme cerca de 6 horas por noite, e não faz uso de medicamentos para dormir. Capaz de responder às perguntas, a participante demonstrou interesse em aprender a ler. Não teve alterações na sua vida após o diagnóstico. Refere sentimentos frequentes de tristeza, insegurança, depressão, repentes de choro e considera-se pessimista. Cuida sozinha do pai de 87 anos de idade hipertenso e que faz uso de diuréticos.

Durante a consulta de enfermagem apresentou-se orientada, hidratada, corada,

com boa higienização, anictérica, cooperativa, afebril, normocárdica, hipotensa, eupneica. Deambula sem auxílio, e não apresenta histórico de quedas. Queixas de dor nas articulações de aspecto irradiante, dor e edema no seio esquerdo quando em movimento, sono excessivo durante o dia e parestesia nos MMSS, com sensibilidade e força mantida nos MMII. À mamografia realizada em 2019 não houve sinais de alteração. Exame laboratoriais: hemograma completo: T4 livre – Tiroxina livre: 0,72 ng/DI; valores de referência: 0,61 a 1,12 ng/dL. Hormônio tireoestimulante TSH: 1.05 uUI/ml; valores de referência: 0,34 a 5,60 uUI/ml.

3.2 Conduta terapêutica

A terapia medicamentosa utilizada pela paciente, sob prescrição médica, **Levotiroxina sódica 50 mcg**. Este medicamento é destinado à terapia de reposição ou suplementação hormonal em pacientes com hipotireoidismo de qualquer causa, exceto no hipotireoidismo transitório, durante a fase de recuperação de tireoidite subaguda - doença inflamatória da glândula tireoide). A Levotiroxina atua como o hormônio tireoideano endógeno tiroxina (T4, um derivado da tirosina tetra-iodado). No fígado e nos rins, a T4 é convertida em T3, o metabolito ativo. A fim de aumentar a solubilidade, os hormônios da tireoide unem-se às proteínas da da tireoide, a globulina fixadora da tiroxina, e pré-albumina de ligação da tiroxina (transtirretina). O transporte e ligação aos receptores de hormônios tireoideanos no citoplasma e no núcleo, correm em seguida. Agindo como um substituto para a tiroxina natural, os sintomas de deficiência de tiroxina são aliviados. Sendo a Levotiroxina uma substância de margem terapêutica estreita, ou seja, os limites entre a dose terapêutica e a tóxica ou inadequada são muito curtos e podendo advir consequências clínicas de um tratamento excessivo ou inadequado, a sua utilização ou a troca por um medicamento similar deve ser sempre acompanhada pelo médico. A levotiroxina deve ser administrada em doses baixas (50 mcg/dia) que serão aumentadas de acordo com as condições cardiovasculares do paciente. Dose inicial: 50 mcg/dia, aumentando-se 25 mcg a cada 2 ou 3 semanas até que o efeito desejado seja alcançado. Em pacientes com hipotireoidismo de longa data, particularmente com suspeita de alterações cardiovasculares, a dose inicial deverá ser ainda mais baixa (25 mcg/dia).

3.3 Exame físico

Sinais vitais

- PA: 100x70mmHg
- FR: 18 irpm
- FC: 64 bpm
- Temperatura Axilar: 36,4° C

Medidas Antropométricas

- Peso: 51,0 Kg
- Estatura: 1,54 cm
- IMC: 21,7 (dentro da faixa ideal)

Sistema neurológico

Paciente consciente, orientada, capaz de se relacionar consigo mesma e com o meio ambiente, utilizando da memória, do raciocínio, respondendo adequadamente a estímulos verbais. Com Escala de Glasgow 15.

Sistema respiratório

Tórax atípico, simétrico, expansibilidade preservada, movimentos respiratórios rítmicos, eupneica, sem uso de musculatura acessória, sem abaulamentos e cicatrizes, com expansibilidade preservada bilateralmente, murmúrios vesiculares presentes e ausência de ruídos adventícios.

Sistema cardiovascular

Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Ausência de turgência jugular patológica e batimentos anormais na região cervical, tempo de preenchimento capilar <2 segundos.

Sistema gastrointestinal

Abdome globoso, flácido, indolor à palpação, presença de cicatriz na linha média do abdome, decorrente de uma retirada de apêndice e outra na região suprapúbica decorrente da histerectomia, ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, som timpânico à percussão, sem dor à palpação.

Exame físico dos membros

Ausência de edema, lesões de pele e sinais de insuficiência venosa ou arterial, com presença de rigidez articular

3.4 Sistematização da assistência de enfermagem

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) organiza as práticas e os métodos implantados para planejar, executar e avaliar o cuidado de enfermagem, o qual tem fundamental importância do trabalho do enfermeiro, uma vez que constitui-se como objeto de trabalho, A SAE busca promover uma assistência holística, individualizada

e mais qualificada ao paciente, proporcionando ações tanto na área assistencial quanto administrativa, o que facilita a organização do trabalho e dos serviços da equipe de enfermagem (CHAVES, SOLAI, 2013; ADAMY; TOSSATI, 2012).

O Processo de Enfermagem (PE) é um método utilizado para implementar a SAE. O PE é composto por cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenções e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a tomada de decisão do enfermeiro frente à análise dos dados coletados no histórico, isto é, o DE são as respostas do paciente em um determinado momento que está sob a assistência de saúde (COFEN, 2009).

Os Diagnósticos de Enfermagem se baseiam no agrupamento de dados coletados sobre o paciente para o cuidado; contribuem para a base do conhecimento da profissão e o estabelecimento de cuidados específicos a uma determinada situação ou indivíduo. Ele é baseado na presença de indicadores clínicos que podem ser observados e na análise de fatores que podem estar ocorrendo no indivíduo, família, grupo ou comunidade (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Assim, a partir de características definidoras e fatores relacionados à paciente que convive com hipotireoidismo encontrados na avaliação de enfermagem do presente estudo de caso, foi aplicada a SAE. Os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem obtidos, estão descritos na tabela 1.

Tabela 1. Sistematização da assistência de enfermagem com diagnósticos, resultados e intervenções, segundo as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
<p>Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse</p> <p>Classe 2: Respostas de enfrentamento</p> <p>Título: Sobrecarga de estresse</p> <p>Sobrecarga de estresse relacionado a estressores repetidos caracterizado por aumento da impaciência, raiva e estresse excessivo</p>	<p>Domínio: Saúde Psicossocial (III)</p> <p>Classe: Bem-estar Psicológico (M)</p> <p>Título: Nível de estresse – 1212</p> <p>Definição: Gravidade da atenção física ou mental manifesta resultante de fatores que alteram um equilíbrio existente.</p> <p>1. Fadiga aumentar para leve (4)</p> <p>2. Irritabilidade aumentar para leve (4)</p> <p>3. Repentes de raiva aumentar para leve (4)</p> <p>4. Depressão aumentar para leve (4)</p>	<p>Apoio emocional</p> <p>Definição: Oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de estresse.</p> <p>1- Conversar com o paciente sobre as experiências emocionais.</p> <p>2- Investigar com o paciente o que desencadeou as emoções.</p> <p>3- Fazer declarações de apoio ou empatia.</p> <p>4- Encorajar o diálogo ou o choro como formas de reduzir a resposta emocional.</p>

<p>Domínio 4: Atividade/Repouso</p> <p>Classe 2: Atividade/exercício</p> <p>Título: Mobilidade Física Prejudicada</p> <p>Mobilidade física prejudicada relacionada a dor e resistência articular evidenciada por desconforto e redução na amplitude dos movimentos</p>	<p>Domínio: Saúde Funcional (I)</p> <p>Classe: Manutenção de energia (A)</p> <p>Título: Repouso – 0003</p> <p>Definição: Quantidade e padrão da atividade diminuída para o rejuvenescimento mental e físico.</p> <p>1 - Quantidade de repouso. Aumentar para levemente comprometido (4)</p> <p>2 -Qualidade de repouso. Aumentar para levemente comprometido (4).</p> <p>3 - Emocionalmente descansado. Aumentar levemente comprometido(4)</p>	<p>Controle da Dor</p> <p>Definição: Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.</p> <p>1- Realizar avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.</p> <p>2- Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidades dos papéis).</p> <p>3- Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor.</p> <p>4- Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para isso, suas preferências, apoio de pessoas importantes em relação aos métodos e contraindicações ao escolher alguma estratégia de alívio da dor</p>
--	--	---

<p>Domínio 5: Percepção/cognição</p> <p>Classe 4: Cognição</p> <p>Título: Controle emocional lábil</p> <p>Controle emocional lábil relacionado a estressores e transtorno emocional evidenciado por choro e choro incontrolável</p>	<p>Domínio: Saúde Psicossocial (III)</p> <p>Classe: Bem-estar Psicológico (M)</p> <p>Título: Nível de depressão - 1208</p> <p>Definição: gravidade do humor melancólico e perda de interesse pelos eventos da vida.</p> <p>1. Repentes de choro aumentar para nenhum (4);</p> <p>2- Baixa autoestima aumentar para nenhum (4);</p> <p>3- Tristeza aumentar para leve (3).</p> <p>4- Concentração prejudicada aumentar para leve (3)</p>	<p>Apoio emocional</p> <p>Definição: Oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de depressão.</p> <p>1- Conversar com o paciente sobre a(s) experiência(s) emocional(is).</p> <p>2- Investigar com o paciente o que desencadeou as emoções;</p> <p>3- Apoiar o uso de mecanismos de defesa adequados.</p> <p>4. Escutar/encorajar manifestações de sentimentos e crenças.</p>
---	---	--

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da SAE a uma paciente que convive com hipotireoidismo possibilitou a realização de cuidados e orientação específica, sendo que se trata de uma doença de difícil identificação e convívio, visto que afeta todas as funções metabólicas do organismo. Tendo

em vista todo o contexto da patologia e suas manifestações clínicas, faz-se necessário uma abordagem psicossocial para com a pessoa e não apenas biológica.

A aplicação do processo de enfermagem, mesmo não sendo possível realizar a avaliação das intervenções planejadas, pois o tempo de contato com a paciente não permitiu, possibilitou a aquisição de informações relevantes acerca da clínica do indivíduo para a elaboração de planos de cuidados eficientes e de qualidade para o mesmo, sendo possível elencar diagnósticos de enfermagem voltados às respostas humanas pertinentes à clínica para em seguida serem elencadas as ações de enfermagem.

Dessa forma, evidenciou-se que a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem para o cuidado à paciente com hipotireoidismo proporcionou um cuidado individualizado, humanizado, eficiente e de qualidade visando a diminuição da sintomatologia, respostas clínicas da paciente, e, principalmente, as consequências que o hipotireoidismo acarreta para a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Levotiroxina sódica.**

Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.

asp?pNuTransacao=5847622015&pIdAnexo=2717924. Acesso em: 30 de maio de 2019

Bandeira F, Graf H, Griz L, Faria M, Lazaretti-Castro M. **Endocrinologia e Diabetes.** 2a ed. Rio de Janeiro: Científica; 2009, p.191.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm. Acesso em:30 de maio de 2019

CARVALHO, G. A de, LUHM, S. P. C, WARD L. S. **Utilização dos testes de função tireoidiana na prática clínica.** Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57(3):193-204. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n3/v57n3a05.pdf>. Acesso em:30 de maio de 2019

CHAVES, L.D.; SOLAI, C.A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Considerações teóricas e aplicabilidade.** Ed. Martinari, 2 ed. São Paulo, 2013. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201440. Acesso em: 30 de maio de 2019

FERREIRA, F. C; COSTA, S. H. N; COSTA, I. R. Prevalência de disfunções tireoidianas em pacientes atendidos no Laboratório Clínico do Hospital da Polícia Militar do Estado de Goiás no período de 2015 a 2016. *Revista brasileira de análises clínicas*, 2018. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/prevalencia-de-disfuncoes-tireoidianas-em-pacientes-atendidos-no-laboratorio-clinico-do-hospital-da-policia-militar-do-estado-de-goias-no-periodo-de-2015-2016/>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

HERDMAN, T. H; *KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020.* Porto Alegre: Artmed, 2018.

MAINENTI et al. **Hipotireoidismo Subclínico e esforço**. Arq Bras Endocrinol Metab 2007;51/9:1485-1492. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3754.pdf>. Acesso em: 28 mai 2019

RADOS, D. R.V; BRENNER, J. K; AGOSTINHO, M. R. **TELECONDUTAS – HIPOTIREOIDISMO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL** Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia TelessaúdeRS/UFRGS. Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_hipotireoidismo.pdf. Acesso em: 30 de maio de 2019

SGARBI, J. A; TEIXEIRA, P. F. S; MACIEL, L.M. Z. **Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n3/v57n3a03.pdf>

TEIXEIRA P. F. S, et al. **Sintomas psiquiátricos no hipotireoidismo subclínico**. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(4): 222-8. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462012000400020&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 28 de mai 2019.

CAPÍTULO 9

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA MULHER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Camila da Silva Pereira

Universidade Regional do Cariri
CRATO – CE
<http://lattes.cnpq.br/3065420261521980>

Maria Lucilândia de Sousa

Universidade Regional do Cariri
CRATO – CE
<http://lattes.cnpq.br/9304286001341489>

Nadilândia Oliveira da Silva

Universidade Regional do cariri-URCA
CRATO-CE
<http://lattes.cnpq.br/6503336862624219>

Vitória de Oliveira Cavalcante

Universidade Regional do Cariri- URCA
CRATO-CE
<http://lattes.cnpq.br/9886939477371878>

Carla Andréa Silva Souza

Universidade Regional do Cariri- URCA
CRATO-CE
<http://lattes.cnpq.br/0419513230591117>

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário

Universidade Regional do Cariri- URCA
CRATO-CE
<http://lattes.cnpq.br/4007747131891701>

Raquel Linhares Sampaio

Universidade Regional do Cariri- URCA
CRATO-CE
<http://lattes.cnpq.br/8377297968604127>

Alécia Hercidia Araújo

Universidade Regional do Cariri- URCA
CRATO-CE
<http://lattes.cnpq.br/9692549246001023>

Francisco Costa de Sousa

Universidade Regional do Cariri- URCA
CRATO-CE
<http://lattes.cnpq.br/3348562830151812>

Thais Isidório Cruz Bráulio

Universidade Regional do Cariri (URCA)
CRATO – CE
<http://lattes.cnpq.br/4727583631673990>

Aline Samara Dantas Soares Pinho

Universidade Regional do Cariri (URCA)
CRATO-CE
<http://lattes.cnpq.br/4999632255340285>

Gleice Adriana Araujo Gonçalves

Universidade Regional do Cariri (URCA)
CRATO-CE
<http://lattes.cnpq.br/5126792627064597>

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada por níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias, com prevalência crescente e mais diagnosticada em mulheres. Isso demonstra a necessidade da prevenção, diagnóstico e tratamento das respostas humanas junto a essa população. Objetivou-se sistematizar a assistência de enfermagem em um caso de HAS. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. O estudo foi realizado em um município situado no

Sul do Ceará, no período de maio de 2019, com uma paciente diagnosticada com HAS. Os dados foram coletados através da anamnese, exame físico, análise de exames laboratoriais e do prontuário. A partir dos dados colhidos, foi aplicado o processo de enfermagem com auxílio da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC). Dentre os diagnósticos de enfermagem traçados, os principais foram: Estilo de vida sedentário relacionado ao desinteresse em atividades físicas evidenciado por média de atividade física diária inferior a recomendada para a idade e sexo; seguido de outros diagnósticos como sobrecarga de estresse e insônia. Diante desses diagnósticos levantados, esperam-se os seguintes resultados: Aptidão física, diminuição dos níveis de estresse e regulação do padrão de sono. Sugeriram-se então as seguintes intervenções: instituir em sua rotina a prática de atividade e exercício físico regularmente; fazer o controle e instituir rotina para o sono; procurar o diálogo para solução do estresse. Dessa forma, com a implementação da SAE, foi possível identificar a importância em promover uma assistência sistematizada/continuada, visando atender as reais necessidades da paciente viabilizando o convívio com a doença crônica e minimizando os riscos de complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica, Enfermagem, Doença Crônica.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE TO A WOMAN WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION: CASE STUDY

ABSTRACT: The Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a chronic disease characterized by high levels of blood pressure in the arteries, with increasing prevalence and more diagnosed in women. This demonstrates the need for prevention, diagnosis and treatment of human responses in this population. The objective was to systematize nursing care in a case of SAH. This is a descriptive survey with a qualitative approach of the case study type. The study was carried out in a city located in the south of Ceará, in the period of May 2019, with a patient diagnosed with SAH. Data were collected through anamnesis, physical examination, analysis of laboratory tests and medical records. From the collected data, the nursing process was applied with the help of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Classification of Nursing Interventions (NIC) and Classification of Nursing Results (NOC). Among the outlined nursing diagnoses, the main one was: Sedentary lifestyle related to disinterest in physical activities evidenced by mean daily physical activity lower than recommended for age and gender; followed by other diagnoses such as stress overload and insomnia. In view of these diagnoses, the following results are expected: Physical fitness, decreased stress levels and sleep pattern regulation. The following interventions were then suggested: to institute regular physical activity and exercise; to control and institute routine sleep; to seek dialogue for stress solution. Thus, with the implementation of the SNC, it was possible to identify the importance of promoting systematic/continued care, aiming at meeting the real needs of the patient, making it possible to live with the chronic disease and minimizing the risks of complications.

KEYWORDS: Hypertension, Nursing, Chronic Disease.

1 | INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica considerada multifatorial caracterizada pelos elevados níveis pressóricos 140 e/ou 90 mmHg. Essa patologia faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. Tal problema pode ser herdado dos pais, entretanto, os hábitos de vida do indivíduo também é um grande fator influenciador (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2017).

De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2017), a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. Ainda segundo o VIGITEL, esse problema aumenta com a idade, chegando ainda em 2017, a 60,9% entre os adultos com 65 anos ou mais.

Em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devido a HAS ou a causas atribuíveis a ela, todos os dias 388,7 pessoas se tornam vítimas fatais da doença, o que significa 16,2 óbitos a cada hora. Grande parte dessas mortes são evitáveis e 37% são precoces, ou seja, em pessoas com menos de 70 anos de idade (SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE, 2017).

Nesse contexto, dentre esses casos, as mulheres ainda continuam com maior prevalência de diagnóstico médico de HAS quando comparado aos homens, sendo registrados 26,4% contra 21,7% entre os homens (VIGITEL, 2017). A presença dessa patologia pode propiciar o surgimento de outras doenças, devido as frequentes alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, como é o caso do aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E CARDIOLOGIA, 2016).

Dentre os fatores de risco para hipertensão, estudo recente de Malta *et al* (2017) e VIGITEL (2017) apontam hábito de fumar, excesso de peso, consumo de refrigerantes, inatividade física e consumo de bebidas alcoólicas. Já dentre os fatores de proteção foram incluídos a prática de atividade física, consumo de frutas, hortaliças, feijão e a realização de exames para detecção precoce de tipos comuns de câncer em mulheres, como a mamografia e citologia oncótica.

É perceptível o quanto a participação do enfermeiro é importante, pois esse profissional age diretamente nas ações de prevenção, tratamento e controle pressórico junto à população hipertensa. Utilizando de estratégias que podem auxiliar na redução significativa da PA, com a instituição de medidas eficazes e pertinentes para a o controle da pressão sanguínea e tratamento da hipertensão (MENDES; SILVA; FERREIRA, 2018).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi aplicar a sistematização da assistência de enfermagem a uma mulher que convive com hipertensão arterial sistêmica.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo estudo de caso. “A pesquisa descritiva visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno a ser pesquisado” (NUNES; NASCIMENTO E ALENCAR, 2016). Yin (2015) relata que o estudo de caso é usado como forma de contribuir em nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais e políticos, relacionados e utilizados comumente em uma variada linha de pesquisa.

O presente estudo foi realizado em um município situado no Sul do estado do Ceará, desenvolvido no período de maio de 2019, tendo como sujeito do estudo uma idosa com diagnóstico de HAS.

Os dados foram coletados através da anamnese, exame físico, análise de exames laboratoriais e do prontuário da paciente. Utilizou-se também uma entrevista semiestruturada guiada por um roteiro padronizado denominado como Histórico de Enfermagem, para que fosse possível realizar uma investigação clínica quanto às condições objetivas e subjetivas da cliente.

A partir dos dados colhidos foi possível identificar as necessidades humanas básicas da paciente em questão e aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com auxílio da NANDA, para obtenção dos diagnósticos de enfermagem; o NIC, com o objetivo de traçar intervenções; e o NOC para definição dos resultados esperados.

Como forma de assegurar a participante, a viabilidade e a segurança da pesquisa proposta, utilizaram-se os preceitos éticos constantes na resolução nº 466/12, que regulamenta normas para as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico da Paciente

M.C.S, sexo feminino, 65 anos, casada, professora aposentada, natural da cidade de Campos Sales - Ceará, mãe de seis filhas, vive de benefício previdenciário, residindo em um sítio da cidade em questão. Foi diagnosticada com HAS há um pouco mais de 20 anos. Está sendo acompanhada na Estratégia Saúde da Família (ESF) da atenção primária e por um cardiologista da cidade supracitada. Desde o diagnóstico de HAS, o esquema terapêutico sofreu modificações de acordo com a idade e com as mudanças fisiológicas apresentadas nos exames que foram feitos ao decorrer desse tempo. Relata não praticar exercício físico, ter cefaléia ao estresse, cansaço e insônia. Após os últimos exames: hemograma, ECG de repouso e teste ergométrico, segue em tratamento medicamentoso fazendo uso de Vasopril Plus® e Pressat®. Paciente relata fazer uso das medicações em dose e horário prescrito, sendo respectivamente um comprimido de Vasopril plus pela manhã, e um comprimido de Pressat à noite. Na consulta de enfermagem, foi realizado o exame

físico constatando: pele hidratada, flácida, normocorada, afebril (T: 35°C), hipertensa (P.A: 140 x 90 mmHg), eupneica (FR: 18 irpm) e normocárdica (FC: 88 bpm); abdome globoso e indolor à palpação, com ruídos hidroaéreos presentes. MMSS sem alteração, com presença de veias varicosas em MMII. Aos exames complementares: glicose 89,00 mg/dl, plaquetas 326 mil/mm³, colesterol total 111,00 mg/dl, triglicérides 77,00 mg/dl, colesterol HDL 41,00 mg/dl, colesterol LDL 54,60 mg/dl, uréia 30,00 mg/dl, creatinina 0,66 mg/dl, sódio 146,00 mmol/l, potássio 4,30 mEq/l, ambos dentro dos padrões de normalidade. Teste ergométrico e ECG de repouso com resposta cardiovascular normal frente ao esforço físico máximo e aptidão cardiorrespiratória boa. Conduta de enfermagem: aplicar a sistematização da assistência de enfermagem.

3.2 Conduta Terapêutica

A conduta terapêutica farmacológica utilizada pela paciente para o controle da pressão arterial, sob prescrição médica, inclui Vasopril Plus[®], esse medicamento possui dois componentes, o maleato de enalapril, que pertence ao grupo dos fármacos denominados inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (inibidores da ECA) e a hidroclorotiazida que pertence ao grupo de fármacos denominados diuréticos. O componente maleato de enalapril e age na dilatação dos vasos sanguíneos para ajudar o coração a bombear o sangue para todo o corpo com mais facilidade e a hidroclorotiazida atua fazendo com que os seus rins eliminem maior volume de água e de sal, reduzindo conseqüentemente a pressão exercida nos vasos. Juntos, o maleato de enalapril e a hidroclorotiazida ajudam a reduzir a pressão alta (ANVISA, 2017).

A paciente também faz uso do Pressat[®] (besilato de anlodipino) que é indicado como fármaco de primeira linha no tratamento da hipertensão, podendo ser utilizado na maioria dos pacientes como agente único de controle da pressão sanguínea. Pacientes que não são adequadamente controlados com um único agente anti-hipertensivo podem ser beneficiados com a adição de anlodipino, que tem sido utilizado em combinação com diuréticos tiazídicos, alfa-bloqueadores, agentes beta-bloqueadores adrenérgicos ou inibidores da ECA (ANVISA, 2017).

O anlodipino é um inibidor do influxo do íon de cálcio (bloqueador do canal lento de cálcio ou antagonista do íon cálcio) e inibe o influxo transmembrana do íon cálcio para o interior da musculatura lisa cardíaca e vascular. O mecanismo da ação anti-hipertensiva deve-se ao efeito relaxante direto na musculatura vascular lisa (ANVISA, 2017).

Em pacientes com hipertensão, a dose única diária proporciona reduções clinicamente significantes na pressão sanguínea durante o intervalo de 24 horas, tanto nas posições supina quanto do indivíduo em pé. Devido ao lento início de ação, a hipotensão aguda não constitui uma característica da administração de anlodipino (ANVISA, 2017).

3.3 Exame físico

Sinais vitais

- PA: 140 x 90mmHg
- FR: 18 irpm
- FC: 88 bpm
- Temperatura Axilar: 35,5° C

Medidas Antropométricas

- Peso: 52 Kg
- Estatura: 1,45 cm
- IMC: 24,7 (Normal: entre 18,5 a 24,9)

Sistema neurológico

Paciente consciente, orientada, utilizando da memória, do raciocínio, respondendo adequadamente a estímulos verbais e cooperativa. Escala de Glasgow 15.

Sistema respiratório

Tórax com expansibilidade torácica simétrica, apresentando diâmetro transversal maior que o antero-posterior, eupneica, sem esforço respiratório, sem abaulamentos e cicatrizes, com expansibilidade preservada, murmúrios vesiculares presentes (MV+) e ausência de ruídos adventícios (SRA).

Sistema cardiovascular

Bulhas normofonéticas (BNF) regular em dois tempos, sem sopros, preenchimento capilar < 2/s. Ausência de turgência jugular patológica.

Sistema gastrointestinal

Abdome globoso, firme, indolor à palpação, depressivo, com ausência de cicatriz, ruídos hidroaéreos presente (RHA) e normoativos.

Exame físico dos membros

Presença de veias varicosas em MMII e ausência de edema ou lesões de pele.

3.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem

A (SAE) é uma estratégia utilizada pela classe da enfermagem com o intuito de prestar cuidados à saúde de forma integral ao paciente, família e coletividade, baseado no enfoque técnico-científico com objetivo de reduzir as complicações durante o tratamento, facilitar a recuperação e adaptação e promover saúde e bem-estar. Para execução dessa sistematização torna-se necessário conhecer as cinco etapas que compõe o Processo de Enfermagem (PE) que são: Coleta de dados e investigação; Diagnóstico de enfermagem; Planejamento da assistência; Implementação das ações e Avaliação dos resultados (BRASIL, 2016).

Dessa maneira, foi aplicada a SAE identificando as características definidoras e os fatores relacionados encontrados na avaliação de enfermagem da paciente hipertensa. Obtendo diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, sendo estes descritos na **tabela 1**.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Estilo de vida sedentário relacionado ao desinteresse em atividades físicas, evidenciado por média de atividade física diária inferior a recomendada para a idade e sexo.	Aptidão física 1. Pressão arterial. Aumentar para $\frac{4}{5}$ (levemente comprometido); 2. Desempenho das atividades físicas. Aumentar para 5 (não comprometido); 3. Desempenho dos exercícios de rotina. Aumentar para 5 (não comprometido).	1. Informar o paciente sobre a finalidade e os benefícios da atividade/exercício prescritos. 2. Orientar sobre como fazer atividade/exercício físico. 3. Orientar sobre como manter um diário dos exercícios, conforme apropriado. 4. Auxiliar a incorporar o regime de atividades/exercícios de rotina/estilo de vida diário
Sobrecarga de estresse relacionado aos estressores do dia a dia, evidenciado por aumento da impaciência, raiva e estresse excessivo.	Nível de estresse Definição: Gravidade da atenção física ou mental manifesta resultante de fatores que alteram um equilíbrio existente. 1. Pressão arterial aumentada. Aumentar o resultado para 2 (leve). 2. Irritabilidade. Aumentar o resultado para 4 (leve). 3. Ansiedade. Aumentar o resultado para 4 (leve).	1. Investigar com o paciente o que desencadeou as emoções; 2. Fazer declarações de amor e empatia; 3. Encorajar o diálogo como formas de reduzir a resposta emocional; 4. Conversar com os pacientes sobre a(s) experiência(s) emocional(is); 5. Apoiar o uso de mecanismos de defesa adequados.
Insônia relacionada à ansiedade e estressores, evidenciado por dificuldades para iniciar o sono.	Sono Definição: Suspensão periódica natural da consciência durante a qual o corpo se recupera. 1. Qualidade do sono aumentar para 4 (levemente comprometido); 2. Rotina do sono. Aumentar para $\frac{5}{5}$ (não comprometido); 3. Horas de sono. Aumentar para 4 (levemente comprometido).	1. Determinar o padrão do sono/vigília do paciente. 2. Explicar a importância do sono adequado, para controle da hipertensão arterial. 3. Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina para a hora de dormir a fim de facilitar a transição da vigília para o sono. 4. Conversar com o paciente e a família sobre técnicas que melhorem a obtenção do sono.

Tabela 1. Sistematização da assistência de enfermagem com diagnósticos, resultados e intervenções, segundo as taxonomias NANDA, NOC e NIC.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da SAE em uma paciente com HAS proporcionou uma análise crítica sobre a importância da sua aplicação, visto que são identificados e trabalhados aspectos integrais da saúde, sendo elaborado um plano assistencial que vise atender as suas reais necessidades. Tal atuação contribuiu para que a prestação de cuidados e orientações fossem individuais, sistematizadas e humanizadas de acordo com as respostas humanas apresentadas devido à patologia.

Portanto, nota-se que a execução de forma efetiva das cinco etapas do PE, auxiliou para verificar as necessidades da paciente, não só compreendendo a importância de um estilo de vida saudável em termos de sono adequado, prática de atividade física e controle dos níveis de estresse, mas como também na adoção das medidas interventivas no seu cotidiano.

Dessa forma, com a implementação da SAE, foi possível identificar a importância em promover uma assistência sistematizada/continuada no que diz respeito à prevenção de agravos, diminuição da sintomatologia e controle das respostas humanas apresentadas, viabilizando o convívio com a doença crônica e minimizando os riscos de complicações.

REFERÊNCIAS

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Maleato de enalapril - VPS02**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=11518962016&pIdAnexo=3038541> Acessado em: 26 de maio 2019.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Pressat® (Profissional da Saúde)** 01/2017. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=189932017&pIdAnexo=4522200> Acessado em: 26 de maio 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **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. Portal do Cofen - Conselho Federal de Enfermagem.** Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Publicada no DUO nº 12, **seção 1**, p. 59, quinta-feira, 13 de junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico- VIGITEL.** Brasília, DF, 2017.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - DATASUS. Disponível em: **Sistema de Informações de Mortalidade.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

MALTA, D.C *et al.* **Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros.** *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 11s, 2017.

MENDES F.A, SILVA M.P, FERREIRA C.R.S. **Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária.** *Estação Científica Macapá*. v. 8, n. 1, p. 91-101, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/3482/fabriziov8n1.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2019

NUNES, G. C; NASCIMENTO, M.C.D; ALENCAR, M. A. C. **Pesquisa científica: conceitos básicos.** *Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v. 10, n. 29, p. 144-151, 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/390>>. Acesso em 10 de abr 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** *Arq Bras Cardiol*; 107(3Supl.3):1-83, 2016.

YIN, R.K. **Estudo de caso planejamento e método.** Porto Alegre: RS, 2015.

CAPÍTULO 10

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Amanda Eckhardt

Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5025660960419638>

Maria Danielle Alves do Nascimento

Centro Universitário UNINTA
Sobral-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6979679195167206>

Rebeca da Silva Gomes

Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1395296712467596>

Bruna Rafaela da Costa Cardoso

Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8673284810788778>

Karolany Silva Souza

Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9706397063359702>

Mikaele Karine Freitas do Nascimento

Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0473264797307625>

Maria Vitalina Alves de Sousa

Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4581625055666704>

Thalia Aguiar de Souza

Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7937360188118978>

Luis Felipe Alves Sousa

Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5699262177762843>

Monalisa Mesquita Arcanjo

Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3158233587659089>

Elaine Cristina Bezerra Bastos

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)
Sobral- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1730659334413904>

RESUMO: O envelhecimento populacional é um dos acontecimentos mais marcantes e desafiadores da sociedade contemporânea. Nesse contexto, o processo de envelhecer trata-se de um evento biológico e envolve a perda da funcionalidade necessária para realização das atividades de sua rotina diária de vida. Dessa forma, a promoção da segurança do paciente idoso tem recebido uma atenção global nos últimos anos. Objetivo geral é identificar os riscos aos quais os pacientes idosos estão submetidos no ambiente hospitalar. Trata-se de uma revisão integrativa. Seguiram-se as etapas: identificação do tema; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos artigos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; síntese do

conhecimento. Formulou-se a questão norteadora: “Como a segurança do paciente idoso vem sendo abordada na literatura científica?” Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, de 2015 a 2018 e que abordem a temática segurança do paciente idoso. Os critérios de exclusão: artigos repetidos e que não abordssem a temática definida. O levantamento de referências ocorreu em: LILACS e SciELO. Foram utilizados os descritores: “segurança do paciente”, “idoso” e “risco” utilizando o operador booleano “AND”. Foram encontradas 29 publicações na LILACS e 02 na SciELO, totalizando 31. Destes, 03 estavam repetidos nas duas bases e 21 não atendiam aos critérios de inclusão. No total foram analisados 06 artigos. Em relação ao evento adverso aos quais os idosos estão mais vulneráveis no ambiente hospitalar 03 (50%) artigos destacaram o risco de queda, 2 (33,3%) falha nos procedimentos clínicos e 1 (16,7%) erro de medicação. A literatura demonstrou a importância da coparticipação do idoso no planejamento de seus cuidados de saúde e na implementação de programas de segurança que promovam cuidado seguro e de qualidade ao idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente, Idoso e Risco.

PATIENT SAFETY IN CARING FOR ELDERLY PEOPLE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Population aging is one of the most striking and challenging events in contemporary society. In this context, the aging process is a biological event and involves the loss of functionality necessary to carry out the activities of your daily life routine. Thus, the promotion of elderly patient safety has received global attention in recent years. General objective To identify the risks to which elderly patients are subjected in the hospital environment. This is an integrative review. The steps followed: identification of the theme; establishment of inclusion and exclusion criteria; definition of the information to be extracted from the articles; evaluation of studies; interpretation of results; synthesis of knowledge. The guiding question was formulated: “How has the safety of elderly patients been addressed in the scientific literature?” The inclusion criteria were: articles available in full, published in Portuguese, from 2015 to 2018 and addressing the theme of elderly patient safety. Exclusion criteria: repeated articles that did not address the defined theme. The survey of references took place in: LILACS and SciELO. The descriptors were used: “patient safety”, “elderly” and “risk” using the Boolean operator “AND”. 29 publications were found in LILACS and 02 in SciELO, totaling 31. Of these, 03 were repeated in both databases and 21 did not meet the inclusion criteria. In total, 06 articles were analyzed. Regarding the adverse event to which the elderly are most vulnerable in the hospital environment, 03 (50%) articles highlighted the risk of falling, 2 (33.3%) failure in clinical procedures and 1 (16.7%) medication errors. The literature demonstrated the importance of the elderly’s co-participation in the planning of their health care and in the implementation of safety programs that promote safe and quality care for the elderly.

KEYWORDS: Patient safety, Elderly and Risk.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos acontecimentos mais marcantes e desafiadores da sociedade contemporânea. Nesse contexto, o processo de envelhecer trata-se de um evento biológico e envolve a perda da funcionalidade necessária para realização das atividades de sua rotina diária de vida, logo o envelhecer da população não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. (PEREIRA, 2018).

Como num círculo, no qual não se pode identificar seu começo e seu fim, a demanda expressiva e crescente do contingente idoso e as necessidades de toda ordem deflagradas a partir desse fenômeno populacional geraram a necessidade de estudos, práticas e políticas que dessem conta desta realidade, devido, ao crescimento da população idosa, e a busca desses aos serviços de saúde logo, vê-se necessidade em ações que viabilizem a redução de danos a esses pacientes idosos, com programas e medidas protetivas na qualificação de profissionais por exemplo (MARTINS, *et al*, 2019).

Dessa forma, a promoção da segurança do paciente idoso tem recebido uma atenção global nos últimos anos.

2 | OBJETIVO

Identificar os riscos aos quais os pacientes idosos estão submetidos no ambiente hospitalar.

3 | MÉTODO

O estudo trata-se de uma revisão integrativa na qual seguiram-se as etapas: identificação do tema; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos artigos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento. Formulou-se a questão norteadora: “Como a segurança do paciente idoso vem sendo abordada na literatura científica?” Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, de 2015 a 2018 e que abordem a temática segurança do paciente idoso. Os critérios de exclusão: artigos repetidos e que não abordassem a temática definida. O levantamento de referências ocorreu em: LILACS e SciELO. Foram utilizados os descritores: “segurança do paciente”, “idoso” e “risco” utilizando o operador booleano “AND”.

4 | RESULTADOS

Foram encontradas 29 publicações na LILACS e 02 na SciELO, totalizando 31. Destes, 03 estavam repetidos nas duas bases e 21 não atendiam aos critérios de inclusão.

No total foram analisados 06 artigos. Em relação ao evento adverso aos quais os idosos estão mais vulneráveis no ambiente hospitalar 03 (50%) artigos destacaram o risco de queda.

Para Pereira (2018), a queda é o acidente doméstico mais frequente e perigoso para os idosos. Isso porque com o avançar da idade, as estruturas ósseas e muscular, bem como as articulações, ficam debilitadas e levam muito mais tempo para se recuperarem. Sendo assim, ter conhecimento sobre os principais fatores de risco para a queda em idosos é muito importante para que seja possível evitá-la e preservar ao máximo a saúde dos seus familiares.

Outros autores ainda complementam que esse tipo de acidente se torna muito frequente nos idosos por uma série de motivos. Alguns deles são inerentes ao estado de saúde do idoso, tais como o controle postural, o equilíbrio, a visão, a audição e até mesmo a força muscular que podem estar comprometidos (OLIVEIRA, 2017; ROCHA, 2018).

Já 2 artigos (33,3%) mostraram falhas nos procedimentos clínicos Toffoletto e Pinto (2016) trazem que os tipos de eventos adversos mais prevalentes estão relacionados a processos clínicos e procedimentos, acidentes com os pacientes e infecções, foram identificados problemas relacionados a intubação (retiradas não programadas de tubo endotraqueal), não realização de exames (glicemia capilar, exames sanguíneos) e cuidados de cateteres e drenos (retiradas não programadas, drenos mal posicionado e 1 (16,7%) aponta que erros de medicação são fatores predominantes em riscos a pacientes idosos. Isso deve-se ao fato que os pacientes idosos são os principais consumidores e os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna. Mais de 80% tomam no mínimo um medicamento diariamente, e este é o mais poderoso processo de intervenção para melhorar o estado de saúde dos idosos (VACCARI, *et al*, 2015).

5 | CONCLUSÃO

A literatura demonstrou a importância da coparticipação do idoso no planejamento de seus cuidados de saúde e na implementação de programas de segurança que promovam cuidado seguro e de qualidade ao idoso.

REFERÊNCIAS

MARTINS, J.J., *et al*. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, Dec. 2019.

OLIVEIRA, D.U., *et al*. **Avaliação de quedas em idosos hospitalizados**. Revista de Enfermagem da UFPE on line - ISSN: 1981-8963, [SI], v. 11, n. 11, p. 4589-4597, oct. 2017.

PEREIRA, E.S. **Intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados com risco de queda: um estudo de mapeamento**. 2018. 132 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2018.

PINTO, I.V.L.; CASTRO, M.S.; REIS, A.M.M. **Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 747-758, Dec. 2016.

ROCHA, V.M.; GASPAR, H.A.; OLIVEIRA, C.F. **Fracture risk assessment in home care patients using the FRAX® tool**. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 16, n. 3, eAO4236, 2018.

TOFFOLETTO, M.C., *et al*, **Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 69, n. 6, p. 1039-1045, Dec. 2016.

VACCARI, E., *et.al*. **Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados**. Rev. Saúde Pública. Curitiba, v.49, n.37, Jan. 2015.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 05/05/2020

Liane Bahú Machado

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Santiago, Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8686428369723369>

Sandra Ost Rodrigues

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Santiago, Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1042104084556576>

Silvana Carloto Andres

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Santiago, Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0947599906890140>

Claudete Moreschi

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Santiago, Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5839605930143163>

RESUMO: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada nos anos de 1990 como uma das maneiras de operacionalizar a Atenção Primária à Saúde (APS). A consulta em puericultura tem como propósito um acompanhamento minucioso do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, e envolve um conjunto de medidas de cuidados preventivos, com um olhar

holístico que não envolva somente a criança, mas também as circunstâncias em que a mãe e a família estão inseridas. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem sobre a importância da realização da consulta de enfermagem de puericultura na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no que tange a promoção de saúde da criança. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica do X Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões – Uri Santiago, a partir das aulas práticas referentes a disciplina de Estágio Supervisionado II. As práticas ocorreram em uma ESF localizada em um município de pequeno porte na região Centro Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, envolvendo crianças de 0 à 2 anos de idade e os familiares que os acompanhavam nos meses de agosto e setembro de 2019. **Desenvolvimento:** Foram desenvolvidas consultas às crianças da área de abrangência, com agendamento prévio e também as de livres demandas, durante as consultas foi realizado a anamnese, exame físico completo, medidas antropométricas, avaliação dos sinais vitais, avaliação dos reflexos primitivos e orientações que atendiam as demandas de cada faixa etária. **Conclusão:** Nessa perspectiva, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no que se diz respeito a promoção de saúde infantil. Isso se dá através da consulta de enfermagem de puericultura, a qual proporciona um acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento infantil. **PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Puericultura, Saúde da criança.

THE NURSE'S PERFORMANCE IN CHILD CARE CONSULTATIONS: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The Family Health Strategy (FHS) was implemented in the 1990s as one of the ways to operationalize Primary Health Care (PHC). The childcare consultation aims at a thorough monitoring of the child's growth and development by the health team, and involves a set of preventive care measures, with a holistic look that not only involves the child, but also the circumstances in which the mother and the family are inserted. **Objective:** The objective of this work is to report the experience of a nursing student on the importance of conducting a childcare nursing consultation in the Family Health Strategy (FHS) with regard to the promotion of child health. **Methodology:** This is an experience report by an academic from the 10th Semester of the Undergraduate Nursing Course at the Regional University of Alto Uruguai and Missões - Uri Santiago, based on practical classes related to the subject of Supervised Internship II. The practices took place in an FHS located in a small municipality in the Midwest region of the State of Rio Grande do Sul, involving children from 0 to 2 years of age and the family members who accompanied them in the months of August and September 2019. **Development:** Consultations were carried out with children in the coverage area, with previous scheduling and also those with free demands, during consultations, anamnesis, complete physical examination, anthropometric measurements, assessment of vital signs, assessment of primitive reflexes and guidelines that met the demands of each age group. **KEYWORDS:** Nursing. Childcare. Child health.

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada nos anos de 1990 como uma das maneiras de operacionalizar a Atenção Primária à Saúde (APS) e os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). (DA SILVA, 2016). Tendo em vista as mudanças demográficas e epidemiológicas vividas pelo país nas últimas décadas, com a progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, associada ao envelhecimento da população e ao vasto aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, foi necessária uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira. (BRASIL, 2012). A consulta em puericultura tem como propósito um acompanhamento minucioso do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, e envolve um conjunto de medidas de cuidados preventivos, com um olhar holístico que não envolva somente a criança, mas também as circunstâncias em que a mãe e a família estão inseridas, ajustando-se a consulta à realidade existente, procurando compreender as necessidades individuais. Esse acompanhamento é um importante instrumento para a promoção da saúde das crianças, a fim de garantir o crescimento e desenvolvimento adequados nos aspectos físico, emocional e social, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade infantil. (BRASIL, 2012; OLIVEIRA, et al., 2018). Assim, a consulta de enfermagem é uma oportunidade que possibilita conhecer de maneira individual cada criança em seu contexto familiar, ambiental e social e designa-se como

uma forma de defesa da saúde infantil propiciando a identificação de vulnerabilidades e a implementação das intervenções necessárias. (VERÍSSIMO, 2017).

2 | OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem diante da importância da realização da consulta de enfermagem de puericultura na Estratégia de Saúde da Família no que tange a promoção de saúde da criança.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica do X Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões – Uri Santiago, a partir das aulas práticas referentes a disciplina de Estágio Supervisionado II. As práticas ocorreram Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizado em um município de pequeno porte na região Centro Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, envolvendo crianças de 0 à 2 anos de idade e os familiares que os acompanhavam nos meses de agosto e setembro de 2019.

4 | DESENVOLVIMENTO

De acordo com a vivência durante as aulas práticas, identificou-se a importância da realização da consulta de puericultura pelo enfermeiro, na ESF, tendo em vista a promoção de saúde da criança ao proporcionar um acompanhamento adequado e de qualidade do crescimento e desenvolvimento infantil. Foram desenvolvidas consultas às crianças da área de abrangência, com agendamento prévio e também as de livres demandas, durante as consultas foi realizado a anamnese, exame físico completo, medidas antropométricas, avaliação dos sinais vitais, avaliação dos reflexos primitivos e orientações que atendiam as demandas de cada faixa etária. Durante as consultas, é possível sanar todas as dúvidas trazidas pelos familiares através de orientações durante o atendimento a criança, levando em consideração que o enfermeiro exerce o papel de educador na prevenção, promoção e reabilitação da saúde neste contexto. Haja vista a necessidade de um embasamento teórico prático atualizado, que faça a união da teoria e a prática com responsabilidade e resolutividade pelo profissional enfermeiro, pois durante as consultas de puericultura surgem diversas dúvidas e preocupações por parte dos familiares e é neste momento que o enfermeiro deve mostrar que está preparado para orientar e auxiliar os familiares nesse período. A assistência de enfermagem em puericultura é uma forma de realizar promoção e prevenção de agravos que venham influenciar no desenvolvimento físico, motor, cognitivo, psicossocial, acompanhando em cada etapa o desenvolvimento infantil. É o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento após o nascimento do neonato,

proporcionando um crescimento saudável, prevenindo e identificando fatores que venham interferir no decorrer da vida. Durante a consulta de puericultura é importante a realização da anamnese e exame físico bem como realizar o acompanhamento minucioso do crescimento e desenvolvimento. (OLIVEIRA, et.al., 2018). Os profissionais enfermeiros compreendem a puericultura como prática importante para efetivação de promoção da saúde e prevenção de agravos, a qual institui como fator essencial a educação em saúde no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, por meio da orientação quanto aos riscos e aos cuidados indispensáveis a essas crianças. A puericultura é uma maneira de cuidado e prevenção, que possibilita à criança um crescimento e desenvolvimento saudável. Tem como propósito acolher a todas as crianças, dando assistência de maneira integrada, realizando a vigilância do crescimento e desenvolvimento e monitorando os fatores de risco ao nascer e evolutivos; incentivando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado com alimentação da família, até os dois anos de vida; assegurando a aplicação das vacinas do esquema básico de imunização e, propiciando assim um atendimento de qualidade. (DA SILVA, et. al, 2017).

5 | CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no que se diz respeito a promoção de saúde infantil. Isso se dá através da consulta de enfermagem de puericultura, a qual proporciona um acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento infantil. Dessa maneira é de suma importância que o enfermeiro esteja sempre em busca de atualizações e especializações, conheça os manuais ofertados pelo Ministério da Saúde, e que execute todas as etapas salientadas. Também é imprescindível que o profissional ofereça um atendimento traçado pela integralidade e acolhimento, que proporcione a criação de um vínculo de segurança e confiança à essas famílias. Esta experiência proporcionou uma reflexão acerca da importância das ações do enfermeiro nas consultas de enfermagem de puericultura, tendo em vista os inúmeros benefícios para qualidade de vida das crianças e seus familiares que a mesma proporciona quando realizada pelo enfermeiro com responsabilidade, conhecimento teórico-prático, dedicação e resolutividade.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DA SILVA, D., M., DA SILVA, J., G., V., FIGUEIREDO, C., A., R. Assistência de enfermagem em puericultura: um estudo bibliográfico. *Rev. Saber Científico*, Porto Velho, v.6, n.1, p.48 – 60, jan/jun, 2017.

DA SILVA, S.A; FRACOLLI, L.A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 69, n. 1, p – 54-61, jan-fev, 2016.

OLIVEIRA, E., F. et. al., Consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: significados de mães quilombolas. **Rev. Escola Anna Nery**, Bahia, v. 22, n.1, 2018.

VERISSÍMO, M., D., L., R. Necessidades essenciais das crianças para o desenvolvimento: referencial para o cuidado em saúde. **Rev. Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 51, 2017.

ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 05/05/2020

Rafael Silvério de Moraes

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

<http://orcid.org/0000-0002-4526-4275>

<http://lattes.cnpq.br/1788739178106495>

Fernanda Camila de Moraes Silvério

Assis – SP

<http://orcid.org/0000-0002-4526-4275>

RESUMO: A enfermagem tem como particularidade o cuidado ao indivíduo, e a comunidade, realizando atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Portanto, a enfermagem assume o papel de promover cuidado, acolhimento, conforto e o bem-estar dos seres humanos em acordo com os preceitos legais e éticos. Método: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Foi realizado uma revisão bibliográfica no período de 02 a 25 de novembro de 2019 nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde (LILCAS) no período entre 2015 e 2019. Sendo definido com critério de inclusão: referências bibliográficas públicas nos últimos cinco anos e que respondessem ao objetivo do estudo. As palavras chaves utilizados foram: “Enfermeiro”, “Enfermeiro na Atenção Básica” e “Atenção Básica de Saúde”. Conclusão: Seguindo a premissa científica do estudo buscou-se apresentar a atribuição do enfermeiro na AB,

por meio de revisões bibliográficas foi possível alcançar o objetivo inicialmente proposto desse trabalho. Um ponto de relevância para o estudo foi o fato de observar as transformações ocorridas na atribuição de enfermeiros na AB durante os últimos anos conforme as citações abordadas no trabalho. Diante do exposto, faz-se a necessidade de repensar na atribuição de enfermeiros na AB, pois a atribuições deles pode ser influenciada diante das necessidades que existem nas instituições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro, Enfermeiro na Atenção Básica, Atenção Básica de Saúde.

NURSE’S ASSIGNMENT IN BASIC CARE

ABSTRACT: Nursing has the particularity of caring for the individual and the community, carrying out activities to promote, prevent and recover health. Therefore, nursing assumes the role of promoting care, reception, comfort and the well-being of human beings in accordance with legal and ethical precepts. Method: This is a bibliographic search. A bibliographic review was carried out from 02 to 25 November 2019 in the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILCAS) databases in the period between 2015 and 2019. Being defined with inclusion criteria: public bibliographic references in the last five years and that responded to the objective of the study. The keywords used were: “Nurse”, “Nurse in Primary Care” and “Primary Health Care”. Conclusion: Following the scientific premise of the study, it was sought to present the nurse’s assignment in AB, through bibliographic reviews it was possible

to achieve the initially proposed objective of this work. A relevant point for the study was the fact of observing the changes that occurred in the assignment of nurses in AB during the last years, according to the quotes addressed in the work. In view of the above, there is a need to rethink the assignment of nurses in AB, as their assignments can be influenced in view of the needs that exist in health institutions.

KEYWORDS: Nurse, Nurse in Primary Care, Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é notável como uma das maiores vitórias sociais importantes na Constituição de 1988, apresentando uma nova formulação em nosso país (BRASIL, 2000).

A Atenção Básica (AB) no Brasil é realizada por meio de um elevado nível de capilaridade e descentralização, acontecendo próximo da população, tendo como compromisso de ser a referência dos usuários, e principal porta de entrada e comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde (RAS), com objetivos de orientar os usuários quanto prevenção, promoção e recuperação da saúde, realizando resolutividade dos casos de agravos, e referenciando os casos agravantes para os níveis de maior complexidade (BRASIL, 2012; FIOCRUZ).

Sendo orientada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Constituído por diretrizes de reorganização e hierarquização, adstrição e territorialização, população adscrita, resolutividade, cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade do cuidado, coordenar o cuidado, ordenar as redes, e participação da comunidade, como orientações de organização para os municípios na oferta dos serviços oferecidos na AB (BRASIL, 2017).

A AB organiza o fluxo dos serviços de saúde na RAS, por meio de programas governamentais, como: Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS), o Programa Melhor em Casa com atendimento domiciliar, o Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS) com objetivo de alcançar melhorias na qualidade de saúde da população e comunidades, e o Programa Brasil Sorridente de saúde bucal (FIOCRUZ).

O indivíduo é visto em sua singularidade e inserção social pela AB, produzindo atenção completa, incorporando atividades de vigilância em saúde constituído por meio de um processo constante de coleta, análise, consolidação e disseminação dos dados em relação a eventualidades de saúde, além disto, propõe organização e elaboração de ações públicas para proteção da saúde dos indivíduos, o controle e a prevenção de riscos, doenças e agravos, da mesma forma promovendo saúde (BRASIL, 2017).

A enfermagem tem como particularidade o cuidado ao indivíduo, e a comunidade, realizando atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Portanto, a enfermagem assume o papel de promover cuidado, acolhimento, conforto e o bem-estar dos seres humanos em acordo com os preceitos legais e éticos (MORAES et al., 2019;

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2013).

No entanto, o enfermeiro desenvolve suas atividades em equipe de saúde, por meio de ações que promovam melhorias nas necessidades de saúde dos indivíduos em defesa das políticas públicas ambientais e de saúde, garantindo a universalidade, resolutividade, integralidade da assistência, preservação da autonomia dos indivíduos, participação popular, descentralização e hierarquização administrativas e políticas dos serviços de saúde (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2013).

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro estão presente na maior parte das ações realizadas na AB, prestando assistência em saúde de forma individual e coletiva, educação em saúde, gerenciamento das unidades, gestão de sistemas de saúde, auditoria, consultoria, e pesquisas científicas (BRASIL, 2002).

No entanto, o objetivo desse estudo constitui-se compreender as atribuições do enfermeiro na AB. A justificativa da escolha do tema proposto, dar-se por compreender a importância da inserção do enfermeiro na AB realizando atividades vigentes e legais de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Dentro desse contexto, surge a seguinte pergunta: Quais as atribuições do enfermeiro na AB?

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico. Constitui-se na busca de fundamentos para analisar materiais editados eletronicamente ou impressos, priorizando fontes originais, ou seja, escritos e documentos do autor pesquisado e o uso de fontes secundários, aquela em que um escreve sobre o outro, levando em consideração aquilo que a comunidade científica tem desenvolvido (SANTOS; CANDELORO, 2006).

Foi realizado uma revisão bibliográfica no período de 02 a 25 de novembro de 2019 nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde (LILCAS) no período entre 2012 e 2019. Sendo definido com critério de inclusão: referências bibliográficas públicas nos últimos sete anos e que respondessem ao objetivo do estudo. As palavras chaves utilizadas foram: “Enfermeiro”, “Enfermeiro na Atenção Básica” e “Atenção Básica de Saúde”.

Somando-se todas as bases, foram encontrados 28.367 resultados, das quais, 7.699 publicações estavam em língua portuguesa. Após a leitura dos títulos e resumos dos artigos, notou-se que alguns deles não preenchiam os critérios deste estudo, sendo selecionado para síntese 04 pesquisas que correspondiam ao objetivo dessa pesquisa.

3 I RESULTADOS E DESENVOLVIMENTO

A partir da análise das 4 referências bibliográficas selecionadas, construiu-se o quadro 1 que demonstra as informações relativas ao ano, título, autores e palavras-chave.

ANO DE REFERÊNCIA	TÍTULO	AUTORES	PALAVRAS-CHAVE
2012	Política nacional de atenção básica.	Ministério da Saúde	Serviços básicos de saúde; Política de saúde; Saúde Pública; Título; Série.
2014	Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica.	Sonia Acioli; Luciana Valadão Alves Kebian; Magda Guimarães de Araujo Faria; Patrícia Ferraccioli; Vanessa de Almeida Ferreira Correa.	Enfermagem em saúde pública; cuidados de enfermagem; prática de enfermagem; prática de saúde pública.
2016	Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review.	Rosangela Barbiani; Carlise Rigon Dalla Nora; Rafaela Schaefer.	Enfermagem; Atenção primária à saúde; Papel do profissional de enfermagem; cuidados de enfermagem
2019	Percepções de enfermeiras sobre a preparação para a atuação na estratégia saúde da família.	Rafael Silvério de Moraes; José Aparecido de Oliveira; Kesley de Oliveira Reticena; Maria Fernanda Pereira Gomes; Mariana Souza Santos; Lisilaine Aparecida Fraccolli.	Enfermeiras e enfermeiros; Estratégia saúde da família; Atenção Primária à Saúde.

Quadro 1. Características das referências bibliográficas da pesquisa, 2012 - 2019.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

AB no Brasil é desenvolvida por meio dos princípios da acessibilidade, da universalidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da equidade, da humanização, da participação social e do vínculo, sendo fortalecida e ordenada por Redes de Atenção (BRASIL, 2012).

Portanto, composta como porta de entrada dos indivíduos no SUS, tendo como atendimento inicial, com diversos programas governamentais que constituem a AB, como: ESF, UBS, dentre outros (BRASIL, 2012).

A enfermagem no Brasil demonstrou grandes avanços desde início da implantação de políticas que reorganizaram os trabalhos em saúde. Contudo, o enfermeiro tem como atribuições em realizar assistência em enfermagem aos indivíduos, famílias e comunidades cadastradas e quando necessário desenvolvido em espaços comunitários, respeitando todas as fases do desenvolvimento (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; BRASIL, 2012).

As leis que governam a atribuição do enfermeiro no âmbito da AB estão evidentemente

esclarecidas quanto as práticas que se esperam. No entanto, em conformidade com Decreto nº 94.406/87 que dispõe privativo ao enfermeiro a consulta de enfermagem, desenvolvida nos espaços institucionais na AB. A realização de procedimentos, atividades em grupos e normativas técnicas estabelecidas por protocolos pelos gestores das três esferas, como: solicitação de exames, encaminhamento e prescrever medicamentos (BARBIANI, et al, 2016; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987; BRASIL, 2012).

Tendo como papel primordial em avaliar, planejar e gerenciar as atividades desenvolvidas pelos membros da equipe de saúde e dos agentes comunitários de saúde (ACS), realizando atividades conforme às demandas espontâneas (BRASIL, 2012).

Desenvolver atividades de promoção, prevenção e de acesso ao SUS, executando práticas educativas na AB de forma estratégica, produzindo uma assistência em enfermagem que permita, a escuta, a clínica ampliada, a responsabilização, o vínculo, e o acolhimento (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

De acordo com alguns estudos, além da prestação da prática de cuidados, destaca-se a atuação do enfermeiro em diversas práticas, como: atividades assistenciais na realização de curativos, sala de imunização, aferição dos sinais vitais, o acolhimento, nas atividades administrativas em gerenciar reuniões, e na capacitação da equipe (ACIOLI et al., 2014).

Devemos destacar que o cuidado tem como objetivo primordial na atuação do enfermeiro, envolvendo diversos saberes, ou seja, arte do cuidar e o saber efetivo. Esse cuidado é desenvolvido no momento em que ocorre a assistência, demonstrados pela gentileza, solidariedade, interesse, atenção e o respeito. A Visita Domiciliar (VD) também é destacada como atividade do enfermeiro na AB, como forma de investigar as necessidades de saúde, planejando e avaliando a condição de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (ACIOLI et al., 2014).

Uma pesquisa demonstrou que os enfermeiros apresentam dificuldades devido à sobrecarga nas atividades da UBS, nas quais acabam consumindo o tempo e influenciam na realização das VD (ACIOLI et al., 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para enfermagem (DCN/ENF) no art. 5, descreve que a formação do enfermeiro precisa contemplar as necessidades de saúde, com destaque no SUS, garantindo acolhimento, humanização, e integralidade da atenção. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem demonstra a postura política, ética, operativa e técnica que estão articuladas aos princípios do SUS (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

As DCN/ENF recomenda uma formação generalista, por meio de profissionais preparados para atuarem em equipe, que sejam envolvidos com a integralidade da atenção à saúde e aptos para intervirem no processo saúde-doença, mediante de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, e na recuperação da saúde (MORAES et al., 2019).

Dessa forma, a necessidade de o enfermeiro buscar novas práticas educativas para implantar em sua atuação na AB, e vale ressaltar que esses profissionais encontram dificuldades em sua atuação devido à falta de recursos materiais e financeiros pelo SUS, e na oferta de instalações inapropriadas que prejudicam o desenvolvimento de suas atividades (MORAES et al., 2019).

4 | CONCLUSÃO

Seguindo a premissa científica do estudo buscou-se apresentar a atribuição do enfermeiro na AB, por meio de revisões bibliográficas foi possível alcançar o objetivo inicialmente proposto desse trabalho.

Um ponto de relevância para o estudo foi o fato de observar as transformações ocorridas na atribuição de enfermeiros na AB durante os últimos anos conforme as citações abordadas no trabalho.

Diante do exposto, faz-se a necessidade de repensar na atribuição de enfermeiros na AB, pois a atribuições deles pode ser influenciada diante das necessidades que existem nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. et al. **Práticas do Cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica**. Revista de Enfermagem UERJ, v. 22, n. 5, p. 637-42, 2014.

BARBIANI, R.; NORA, D. R. C.; SCHAEFER, R. **Práticas do Enfermeiro no Contexto da Atenção Básica: scoping review**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde: SUS e Princípios**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. **Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2. Acesso em 11 fev.2020, 12:22:21.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Decreto nº 94.406/87, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 21 fev.2020, 12:11:22.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Coren-RJ. **Código de Ética de Enfermagem**. 2013. Disponível em: <http://www.corenrj.org.br/pdfs/CodigoDeEticaAbril2013.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2020, 11:12:22.

FIOCRUZ. **Atenção Básica**. Brasil. Brasília, DF. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 25 mar. 2020, 12:12:25.

MORAES, S. R. et al. **Percepções de Enfermeiras sobre a Preparação para a Atuação na Estratégia Saúde da Família**. Revista Puc Minas Enfermagem, v. 22, n. 1, p. 56-67, 2019.

SANTOS, V. CANDELORO, J. R. **Trabalhos Acadêmicos: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre: AGE, 2006. cap. 3, p. 70.

VISITA DOMICILIÁRIA: PROMOVEDO SAÚDE À PACIENTE COM ESTOMIA

Data de aceite: 03/08/2020

Flávia Camef Dorneles

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Santiago, Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8539772480186590>

Leticia dos Santos Balboni

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Santiago, Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1289715496302775>

Paola Martins França

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Santiago, Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6556555191712950>

Sandra Ost Rodrigues

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Santiago, Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1042104084556576>

RESUMO: Introdução: As condições de saúde definem-se como circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente. Essas condições exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou consecutivas, fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, p.25, 2011). Frente a essas exigências, a visita domiciliária (VD) surge como uma modalidade de atenção que consiste em contato mais próximo

entre profissionais de saúde e as populações de risco, pacientes e seus familiares. Na VD são desenvolvidas ações de orientação, educação em saúde, levantamento de possíveis soluções de saúde a fim de promover a autonomia dos pacientes e torna-los independentes (GOMES, et al., 2015). **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) - Campus Santiago frente a visita domiciliária a paciente com estomia intestinal. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciada em um estágio obrigatório da disciplina de Saúde Coletiva I do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Uri Campus Santiago/ RS, no período de 14 de setembro a 03 de outubro de 2017. **Resultados e Discussões:** Foram planejados encontros com a paciente, previamente agendados e sujeitos a modificações. A paciente idosa faz uso de uma bolsa de colostomia, devido ao acometimento de um câncer intestinal durante uma de suas gestações. Foram realizadas quatro visitas domiciliárias uma vez por semana, onde se pode conhecer o contexto familiar da paciente, suas condições econômicas, bem como questões sociais e psíquicas. **Conclusão:** Por meio dessa experiência pode-se perceber a importância do enfermeiro frente à utilização da ferramenta de visita domiciliária como um meio de aproximação com o usuário do serviço e conhecimento do contexto familiar. Ressaltou-se ainda, a necessidade de atentar a questões psicossociais de pacientes com estomia.

PALAVRAS-CHAVE: Visita domiciliária,

HOME VISIT: PROMOTING HEALTH TO PATIENTS WITH STOMIA

ABSTRACT: Introduction: Health conditions are defined as circumstances in the health of people who present themselves more or less persistently. These conditions demand reactive or proactive social responses, occasional or consecutive, fragmented or integrated in the health care systems (MENDES, p.25, 2011). Faced with these requirements, home visits (HV) appear as a form of care that consists of closer contact between health professionals and at-risk populations, patients and their families. In the HV, guidance actions, health education, survey of possible health solutions are developed in order to promote patients' autonomy and make them independent (GOMES, et al., 2015). **Objective:** To report the experience of students of the course of Nursing at the Integrated Regional University of Alto Uruguai e das Missões (URI) - Campus Santiago in the face of home visits to patients with intestinal ostomy. **Methodology:** This is an account of the experience lived in a mandatory internship in the discipline of Collective Health I of the nursing course at the Integrated Regional University of Alto Uruguai and Missões - Uri Campus Santiago / RS, from September 14 to 03 October 2017. **Results and discussions:** Meetings with the patient were planned, previously scheduled and subject to changes. The elderly patient uses a colostomy bag, due to the involvement of intestinal cancer during one of her pregnancies. Four home visits were made once a week, where one can learn about the patient's family context, her economic conditions, as well as social and psychological issues. **Conclusion:** Through this experience, it is possible to perceive the importance of nurses regarding the use of the home visit tool as a means of approaching the service user and knowledge of the family context. The need to pay attention to the psychosocial issues of patients with ostomy was also emphasized.

KEYWORDS: Home visit, Nursing, Stoma.

1 | INTRODUÇÃO

As condições de saúde definem-se como circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente. Essas condições exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou consecutivas, fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, p.25, 2011). Concomitante a isso, o perfil populacional tem se modificado em decorrência do aumento da expectativa de vida. Aliados a fatores hereditários e causas ambientais, há o desenvolvimento de inúmeras condições crônicas que exigem uma assistência contínua (BARBA, et al., 2017).

Frente a este cenário, a Atenção Básica emerge como destaque por ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a qual tem como dever, ordenar as redes de atenção à saúde (BARBIANI; NORA & SCHAEFER, 2015). Visando a reorganização da Atenção Básica estabeleceu-se a Equipe Saúde da Família (ESF) que é considerada como um artifício de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, favorecendo a ampliação da resolutividade, permitindo uma reorientação do processo de trabalho, além

de impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2017).

Pacientes acometidos por câncer intestinal que resulte na necessidade de realização de uma colostomia, enfrentam diversas mudanças tanto no aspecto físico quanto emocional. Essas mudanças vão desde o padrão de eliminação, alterações na imagem corporal, nos hábitos alimentares e na higiene, além dos cuidados exigidos para manutenção da ostomia (BARBA, et al., 2017).

Dessa forma, o autocuidado surge como aliado aos pacientes que necessitam conviver com esta condição crônica. É caracterizado por ações que o indivíduo é capaz de realizar de forma responsável e com objetivo de manter sua saúde e autoestima (AGUIAR, et al., 2019). Como aliada nesse processo, tem-se a visita domiciliária (VD) caracterizada como uma modalidade de atenção que consiste em contato mais próximo entre profissionais de saúde e a população. Na VD são desenvolvidas ações de orientação, educação em saúde e levantamento de possíveis soluções de saúde a fim de promover a autonomia dos pacientes e torná-los independentes (GOMES, et al., 2015).

Dessa forma, o estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) - Campus Santiago frente à visita domiciliária a paciente com estomia intestinal.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciada em um estágio obrigatório da disciplina de Saúde Coletiva I do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Uri Campus Santiago/ RS, no período de 14 de setembro a 03 de outubro de 2017.

A universidade referida tem como missão desenvolver pessoas nos campos socioeconômico, educacional, cultural e político. Tornando isso possível por meio da promoção do conhecimento, além de ações que buscam empreender e inovar com caráter socialmente responsável e comprometido com o desenvolvimento humano e social (Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões 2019).

Destaca-se que a disciplina de Saúde Coletiva I está inserida no Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em Enfermagem no quarto semestre e possui carga horária total de 60 horas, sendo 30 horas de aulas teóricas e 30 horas de aulas práticas.

A disciplina tem como objetivo o desenvolvimento de habilidades para atuação do enfermeiro na Atenção Primária a Saúde. Sendo desenvolvida por meio da inserção dos acadêmicos nos espaços de formação para o Sistema Único de Saúde com atividades práticas que favoreçam uma formação humanista, interprofissional e que permita o exercício da reflexão e do pensamento crítico. (Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões 2019).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Num primeiro momento foram planejados os encontros e logo em seguida a paciente foi contatada para uma possível visita domiciliar. T.M.S., 60 anos, sexo feminino, reside sozinha numa cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Habita em condições humildes de moradia e limitações físicas. Há cerca de 30 anos foi diagnosticada com câncer (CA) de intestino, o qual surgiu concomitantemente a uma gestação. Não realizou tratamento da patologia durante a gravidez, pois prejudicaria o feto e poderia ocorrer a perda do mesmo, a qual relatou ser uma etapa bem complicada em sua vida.

Após o nascimento da filha, passou a realizar o tratamento da neoplasia, que já se apresentava bastante avançada, sendo necessária a retirada de parte do intestino. Segundo Medeiros, et al., (2017) estoma representa uma abertura originada de um processo cirúrgico, que permite a conexão de um órgão com o meio externo, com o intuito de eliminar resíduos que se depositam em uma bolsa coletora.

Foram realizadas quatro visitas domiciliares uma vez por semana, onde se pode conhecer o contexto familiar da paciente, suas condições econômicas, bem como questões sociais e psíquicas. A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) é um instrumento importante no mapeamento de risco, na identificação das necessidades de saúde e situações de vulnerabilidade da população (GOMES, et al., 2015)

Durante os encontros, percebeu-se que a paciente sentia-se bastante incomodada com sua condição de saúde, devido às mudanças sofridas em sua imagem corporal após a implantação da bolsa de colostomia. A confecção de um estoma tem como objetivo principal o de salvar a vida e reestabelecer a saúde de uma pessoa, no entanto, este pode gerar diversas alterações fisiológicas ao paciente ostomizado, dentre elas a falta de controle intestinal e perda involuntária de fezes e gases causando constrangimento e desconforto com repercussões físicas (RODRIGUES; BICALHO; OLIVEIRA, 2019).

Diante disso, foi realizada em um dos encontros uma oficina de beleza, a fim de resgatar sua autoestima. Segundo Melo et al (2017), alterações nos níveis da autoestima podem trazer problemas na adaptação e/ou recuperação de indivíduos, pois ela é fundamental ao indivíduo na capacidade de reagir de forma ativa e positiva às situações da vida.

Ao longo das visitas domiciliares, a paciente referiu sentir tristeza em relação à falta de apoio de seus filhos, mencionando que somente sua sobrinha a ajuda. Cardoso et al (2019), traz em seu estudo que em situações de condições crônicas, os familiares tornam-se um dos principais componentes da rede de apoio a este paciente, sendo dessa forma, necessária uma reorganização familiar.

Foi ainda realizada a avaliação do estoma da paciente a fim de identificar possíveis anormalidades, visto que a paciente queixava-se de dor. Dentre os principais cuidados de enfermagem prestados a paciente ostomizados, destacam-se, a inspeção para identificar a

presença ou não de sinais flogísticos; presença de gases ou acúmulo fecal dentro da bolsa; retirada, e higienização da mesma; data correta da troca da bolsa; e ainda a orientação sobre cuidados referentes à contaminação da mesma (RODRIGUES; BICALHO; OLIVEIRA, 2019).

Na VD pode-se perceber aspectos cotidianos da paciente, incluindo os recursos humanos e materiais disponíveis que desfavoreceriam ou favoreceriam a manutenção de seu autocuidado. Neste cenário os profissionais de saúde tornam-se indispensáveis no que tange a prestação de cuidado integral. Por meio do conhecimento técnico- científico, conseguem orientar e esclarecer dúvidas também de familiares, amigos e pessoas próximas que dessa forma poderão contribuir com o usuário (JKUPSKE; BISOGNIN; KRUG 2018).

Para finalização das visitas domiciliárias, foi proporcionado um lanche partilhado com a paciente, promovendo assim, um espaço de descontração e lazer a mesma, que relatou na oportunidade o quanto foram significativas as visitas realizadas a ela. Desta forma, mostra-se evidente que a VD contribui beneficentemente à família e ao indivíduo. Pois através dela é possível uma aproximação com a realidade familiar, além da possibilidade de uma escuta mais atenta, identificando os possíveis riscos no domicílio (GOMES, et al., 2015).

4 | CONCLUSÃO

Por meio dessa experiência pode-se perceber a importância do enfermeiro frente à utilização da ferramenta de visita domiciliar como um meio de aproximação com o usuário do serviço e conhecimento de seu contexto familiar. Ressaltou-se ainda, a necessidade de atentar a questões psicossociais de pacientes com estomia, visto que enfrentam um processo de mudança em sua imagem corporal, e necessitam de profissionais que os enxerguem além de sua condição de saúde.

Sendo assim, é notório a importância da rede de apoio à esses pacientes, principalmente quando pensa-se em um cuidado integral e uma melhor qualidade de vida. Diante disso, surge a necessidade de sensibilização de profissionais e familiares quanto a importância desta rede, a fim de promover um cuidado integral a estes pacientes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. A. S. de; JESUS, B. P. de; ROCHA, F. C; CRUZ, I. B; NETO, G. R. A; RIOS, B. R. M; PIRIS, A. P; ANDRADE, D. L. B. **Colostomia e autocuidado: significados por pacientes estomizados.** Rev enferm UFPE on line. Vol. 13; n.1; pp-p: 105-10, jan., Recife, 2019. Acesso em 24 de abril de 2020. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a236771p105-110-2019>

BARBA, P. D; BITENCOURTT, V.L. L; KOLANKIEWICZ, A. C. B; LORO, M. M. **Demandas de cuidados de pacientes oncológicos estomizados assistidos na atenção primária à saúde.** Rev enferm UFPE on line., Vol. 11; n.8; pp-p: 3122-9, ago., Recife, 2017. Acesso em 24 de abril de 2020. DOI: 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201717

BARBIANI, R; NORA, C. R. D; SCHAEFER, R; **Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review**. Rev. Latino-Am. Enfermagem; Vol. 24; n.:e2721, 2016. Acesso em 24 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília DF, 2017.

CARDOSO, A. C; NOGUEZ, P. T; OLIVEIRA, S. G; PORTO, A. R; PERBONI, J. S; FARIAS, T. A. **Rede de apoio e sustentação dos cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio**. Enferm. Foco; Vol.10; n. 3; pp-p: 70-75, 2019. Acesso em 24 de abril de 2020.

GOMES, M. F. P; FRACOLLI, L. A; MACHADO, B. C. **Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família**. O Mundo da Saúde. Vol. 39, n. 4, p. 470-475, São Paulo, 2015. Acesso em 10 de setembro de 2019; Acesso em 24 de abril de 2020. DOI: 10.15343/0104-7809.20153904470475.

JKUPSKE, W. J; BISOGNIN, E; KRUG, M. M. **Cuidado ao usuário ostomizado: uma abordagem multidisciplinar**. BIOMOTRIZ, v.12, n.3, p.78-85, Dez./2018. Acesso em 24 de abril de 2020. ISSN: 1679-8074.

MEDEIROS, L. P; SILVA, I. P; LUCENA, S. K.P; SENA, J. F; MESQUITA, E. K. S; OLIVEIRA, D. M. S; COSTA, I. K. F. **Atividades da intervenção de enfermagem “cuidados com a ostomia”**. Rev enferm UFPE on line. Vol. 11(Supl. 12). p. 5417-5426, Recife, 2017. Acesso em 10 de setembro de 2019; Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22899p5417-5426-2017>.

MELO, M. D. M; SILVA, I. P; OLIVEIRA, D. M. S; MEDEIROS, A. S. A; SOUZA, A. J. G; COSTA, I. K. F. **Associação das características sociodemográficas e clínicas com a autoestima das pessoas estomizadas**. REME – Rev Min Enferm. 2018. Acesso em 12 de setembro de 2019; DOI: 10.5935/1415-2762.20180006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ed. 2. 549 p. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Acesso em 24 de abril de 2020. ISBN: 978-85-7967-075-6.

RODRIGUES, H. A; BICALHO, E. A. G; OLIVEIRA, R. F. S. **Cuidados de enfermagem em pacientes ostomizados: uma revisão integrativa de literatura**. Rev. Psicol Saúde e Debate. Vol. 5; n.1; pp-p:110-120. Jul., 2019. Acesso em 24 de abril de 2020. DOI: 10.22289/2446-922X.V5N1A9

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES. 2019. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da URI**. *Online [Internet]*. Disponível em: <https://www.reitoria.uri.br/pt/cursos/graduacao/enfermagem>. Acesso em: 24 de abril de 2020

CENTRO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 02/05/2020

Gloria Cogo

Universidade Regional Integrada do Alto
Uruguai e das Missões- URI
Campus de Santiago
Santiago – RS
<http://lattes.cnpq.br/3446747802289705>

Pablo Marin da Rosa

Universidade Regional Integrada do Alto
Uruguai e das Missões- URI
Campus de Santiago
Santiago – RS
<http://lattes.cnpq.br/1945703460728545>

Télvio de Almeida Franco

Universidade Regional Integrada do Alto
Uruguai e das Missões- URI
Campus de Santiago
Santiago – RS
<http://lattes.cnpq.br/3195809431141836>

Sandra Ost Rodrigues

Universidade Regional Integrada do Alto
Uruguai e das Missões- URI
Campus de Santiago
Santiago – RS
<http://lattes.cnpq.br/1042104084556576>

RESUMO :O Centro de Cuidados de Enfermagem (CCE) trata-se de um estabelecimento de saúde vinculado à rede de serviços de saúde do Município de Santiago, é parte da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI

Santiago, e está localizado no Centro de Estágios e Práticas Profissionais (CEPP) no centro do município, que visa aprimorar a formação dos estudantes de Enfermagem e proporcionar aos usuários do Sistema Único de Saúde do município atividades educativas e assistências relacionadas à área de atuação do profissional enfermeiro. As atividades desenvolvidas no CCE são: acolhimento ao paciente, consulta de enfermagem (CE) em todos os ciclos vitais; atendimento a pessoas portadoras de doenças crônicas e estomas; cuidados, curativos e avaliação de feridas – principalmente as úlceras venosas, curativos em pós-operatórios, retirada de pontos, esterilização e preparo de materiais. O presente trabalho teve como objetivo relatar e refletir acerca de vivências acadêmicas no CCE. A metodologia utilizada foi Relato de experiência acadêmica experienciado no CCE da Uri campus Santiago por bolsistas voluntários no primeiro e segundo semestre do ano de 2019 do VI semestre do curso de enfermagem e bolsistas voluntários do CCE da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, campus Santiago, RS. Os acadêmicos do curso de Enfermagem podem participar nos cuidados dos pacientes que frequentam o CCE, através de estágio curricular das disciplinas e estágio voluntário. Podemos perceber que o Centro de Cuidados de Enfermagem é um espaço em que são ofertados diversos serviços à comunidade, os quais são relevantes para que o paciente apresente melhora em seu estado de saúde, são dadas orientações quanto ao autocuidado, com intuito da recuperação ser ainda mais eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Centro de Cuidados de

ABSTRACT: The Nursing Care Center (NCC) is a health establishment linked to the health services network of the Municipality of Santiago, is part of the Integrated Regional University of Alto Uruguai e das Missões - URI Santiago, and is located in the Centro of Internships and Professional Practices (CEPP) in the center of the city, which aims to improve the training of nursing students and provide users of the Unified Health System in the city with educational activities and assistance related to the area of work of the professional nurse. The activities developed at the NCC are: welcoming the patient, nursing consultation (EC) in all vital cycles; care for people with chronic diseases and stoma; care, dressings and evaluation of wounds - mainly venous ulcers, dressings in the postoperative period, removal of stitches, sterilization and preparation of materials. The present study aimed to report and reflect on academic experiences at NCC. The methodology used was an account of academic experience experienced at the NCC of the Uri campus Santiago by volunteer fellows in the first and second semesters of 2019 of the VI semester of the nursing course and volunteer fellows of the NCC of the Integrated Regional University of Alto Uruguai and Missões - URI, campus Santiago, RS. Nursing students can participate in the care of patients who attend the NCC, through the curricular internship of the subjects and voluntary internship. We can see that the Nursing Care Center is a space in which several services are offered to the community, which are relevant for the patient to show improvement in their health status, guidance is given on self-care, with the intention of recovery being even more efficient.

KEYWORDS: Nursing Care Center, health, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Centro de Cuidados de Enfermagem (CCE) trata-se de um estabelecimento de saúde vinculado à rede de serviços de saúde do Município de Santiago, é parte da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Santiago, e está localizado no Centro de Estágios e Práticas Profissionais (CEPP) no centro do município, que visa aprimorar a formação dos estudantes de Enfermagem e proporcionar aos usuários do Sistema Único de Saúde do município atividades educativas e assistências relacionadas à área de atuação do profissional enfermeiro. Assim o serviço busca promover espaço de discussão e reflexão acadêmica acerca de temas relevantes à prática assistencial, gerencial e educativa em saúde, de forma a contribuir na produção do conhecimento nessa área de atuação. Portanto tem como público alvo crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e trabalhadores do comércio. As atividades desenvolvidas no CCE são: acolhimento ao paciente, consulta de enfermagem (CE) em todos os ciclos vitais; atendimento a pessoas portadoras de doenças crônicas e estomas; cuidados, curativos e avaliação de feridas – principalmente as úlceras venosas, curativos em pós-operatórios, retirada de pontos, esterilização e preparo de materiais.

2 | OBJETIVO

O presente trabalho tem por objetivo relatar e refletir acerca de vivências acadêmicas no CCE.

3 | METODOLOGIA

Relato de experiência acadêmica experienciado no CCE da Uri campus Santiago por bolsistas voluntários no primeiro e segundo semestre do ano de 2019 do VI semestre do curso de enfermagem e bolsistas voluntários do CCE da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, campus Santiago, RS.

4 | DESENVOLVIMENTO

Os acadêmicos do curso de Enfermagem podem participar no cuidados dos pacientes que frequentam o CCE, através de estágio curricular das disciplinas e estágio voluntário, onde, na modalidade curricular os alunos são acompanhados pelo professor da disciplina e na voluntária, o aluno que obter interesse em realizar voluntariado, entra em contato com a coordenação do curso de Enfermagem e com o enfermeiro responsável pelo CCE, assina um termo de compromisso voluntário de acordo com o período em que deseja realizar o estágio e inicia suas atividades. Devemos levar em consideração que, para realizar estágio voluntariado o acadêmico deve ter cursado, no mínimo, o IV semestre da graduação. Sendo assim, destaca-se algumas ações: O acolhimento se trata das relações estabelecidas entre profissionais e pacientes, além disso, uma escuta de qualidade e humanizada; significa também o vínculo estabelecido entre a equipe e o usuário. A CE é considerada como estratégia eficiente para a identificação antecipada de agravos de saúde e acompanhamento de medidas estabelecidas, as quais estão relacionadas com o bem-estar dos indivíduos. Ela também viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao paciente, facilitando a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas. A consulta de enfermagem é composta de cinco etapas: 1. Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem; 2. Diagnóstico de Enfermagem; 3. Planejamento de Enfermagem; 4. Implementação e 5. Avaliação de enfermagem. (RODRIGUES, 2019). Geralmente é realizada durante o procedimento de curativo, mas também pode ser realizada de forma individualizada. Conforme afirma Silva (2018) “As doenças crônicas são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração” (Silva 2018, p.2.). Entendemos então, que os agravos crônicos podem fazer parte da vida dos pacientes por tempo indeterminado e necessitam de tratamentos e acompanhamento contínuos pelas equipes de saúde. Dentre os atendimentos principais no CCE, destaca-se o cuidado as pessoas com condição crônica de saúde, como pessoas com estomas intestinais.

Os estomas podem ser considerados aberturas feitas de forma intencional, através de um procedimento cirúrgico, com o intuito de permitir o acesso a determinados órgãos, auxiliando na administração de oxigênio, alimentos, bem como para drenar fluidos corpóreos. Além disso, o CCE também é considerado referência municipal em cuidados com lesões de pele, sendo que feridas são caracterizadas por interrupções nos tecidos do corpo, já as úlceras venosas são complicações provenientes da insuficiência venosa e podem ter origem por traumas ou espontaneamente. Geralmente a Úlcera Venosa (UV) acomete os membros inferiores e o risco de aparecimento da lesão aumenta em pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Além da troca de curativo da UV, são realizadas orientações ao portador da mesma aos seus familiares quanto ao autocuidado e aos cuidados que devem ser prestados em domicílio. As coberturas utilizadas são de acordo com as necessidades do paciente, com a extensão e o grau da UV. Os curativos no pós-operatório são realizados conforme orientação médica e do enfermeiro do CCE, considerando as técnicas assépticas. A retirada de pontos é realizada de forma asséptica geralmente após dez dias ou conforme prescrição médica, após a maturação da sutura. A esterilização dos materiais se constitui na total eliminação de vida microbológica dos que foram utilizados nos procedimentos, e o preparo destes materiais é realizada após a assepsia e antes da esterilização, com kits de pinças e tesoura, gazes, apósito e espátula (EDUCAÇÃO). A esterilização dos materiais é realizada em autoclave, onde os microrganismos são destruídos pelo vapor e pela pressão gerados.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos perceber que o Centro de Cuidados de Enfermagem é um espaço em que são ofertados diversos serviços à comunidade, os quais são relevantes para que o paciente apresente melhora em seu estado de saúde, são dadas orientações quanto ao autocuidado, com intuito da recuperação ser ainda mais eficaz. A oportunidade que os acadêmicos da Instituição têm de participar do CCE através dos estágios anteriormente já mencionados, são de suma importância para a vida acadêmica dos mesmos, devido à gama de conhecimentos que podem ser adquiridos e do vínculo que é criado com os pacientes, que permite uma atenção integral aos mesmos.

REFERÊNCIAS

EDUCAÇÃO, Portal da. Esterilização de materiais. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/esterilizacao-de-materiais/50938>>. Acesso em: 24 set. 2019.

RODRIGUES, Gloria. **O que é a sistematização da assistência de enfermagem (SAE)?** Disponível em: <<https://www.pixeon.com/blog/entenda-em-5-etapas-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

REIS, Diego Borges do et al. **CUIDADOS ÀS PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Revista Mineira de Enfermagem, Uberaba, v. 1, n. 17, p.102-107, jul. 2019.

SANT'ANA, Sílvia Maria Soares Carvalho, et al. **Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial.** Revista Brasileira de Enfermagem, Goiânia, v. 4, n. 65, p.637-644, jul. 2019.

SILVA, Maria Elizabete de Amorim; REICHERT, Altamira Pereira da Silva; SOUZA, Sérgio Augusto Freire de; PIMENTA, Erika Acioli Gomes; COLLET, Neusa. **DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: vínculos da família na rede de atenção à saúde. : VÍNCULOS DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.** Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 1-11, 3 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>.

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 01/05/2020

Renata Maria da Silva

Universidade Federal do Vale do Rio São
Francisco (UNIVASF)
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9900726872904041>

Luana Batista de Oliveira

Centro Universitário do Rio São Francisco
(UniRios)
Paulo Afonso - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1291610245339406>

Maria Luísa de Carvalho Correia

Centro Universitário do Rio São Francisco
(UniRios)
Paulo Afonso - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9381071436838388>

RESUMO: A Atenção Básica (AB) apresenta-se como a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), visando promover e manter a saúde da população brasileira. Esse tipo de unidade deve ser operacionalizado através do trabalho multiprofissional, por práticas do cuidado integral e contínuo e pela execução da gestão democrática e participativa. Para isso, é conduzida pelos princípios da universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Diante disso, o enfermeiro exerce inúmeras funções que

permeiam desde o cuidado direto ao paciente à coordenação da equipe, tornando a sua participação essencial. No entanto, apesar da amplitude de sua atuação na AB, alguns profissionais de enfermagem ainda fundamentam suas ações somente na doença em si, nos procedimentos técnicos e nas ações curativas. A assistência do cuidado prestado na AB deve ser realizada de forma articulada, através de uma escuta ativa e humanizada em todos os cenários da rede de atenção à saúde (RAS). Para tanto, o presente trabalho – por meio de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória – objetiva a explanação da atuação profissional do enfermeiro e a importância deste para o funcionamento da atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro, atenção básica, estratégia saúde da família.

THE ROLE OF NURSES IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Primary Care (AB) presents itself as the user's gateway into the Unified Health System (SUS), which aims to promote and maintain the health of the Brazilian population. This type of unit must be operationalized through multidisciplinary work, through practices of integral and continuous care and the execution of democratic and participative management. For that, it is guided by the principles of universality, accessibility and coordination of care, bonding and continuity, integrality, accountability, humanization, equity and social participation. That said, the nurse performs several functions that permeate from direct patient care to team coordination, making

their participation increasingly essential. However, despite the breadth of their work in AB, some nursing professionals still base their actions only on the disease itself, on technical procedures and on curative actions. The assistance provided in AB must be carried out in an articulated manner, through active and humanized listening in all scenarios of the Health Care Network (RAS). Therefore, the present work – through a literature review with a qualitative, descriptive and exploratory approach – aims at explaining the professional performance of nurses and the importance of this for the functioning of the primary care.

KEYWORDS: Nurse, primary care, family health strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, abrangendo aspectos que visam promover e manter a saúde, sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (FRACOLLI; CASTRO, 2012). Esse nível de atenção deve ser operacionalizado por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações adscritas, devendo utilizar tecnologias de cuidado que auxiliem no manejo das necessidades de saúde de maior frequência em seu território (GALAVOTE et al., 2016). Assim sendo, o enfermeiro tem na prática desenvolvida em unidades básicas de saúde (UBS) o desafio de implementar o cuidado em enfermagem na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito. No entanto, percebe-se uma tendência das práticas de enfermagem voltadas à doença, aos procedimentos técnicos e às ações curativas, pouco destacando o processo de cuidar do indivíduo como centro de atenção. Dessa forma, ainda que os estudos reconheçam a atuação do enfermeiro para além da dimensão técnica, percebe-se que o núcleo de competência e responsabilidade do enfermeiro, que é o cuidado, não é usualmente abordado (ACIOLI et al., 2014). O trabalho tem como objetivo descrever, através de uma revisão bibliográfica, o papel do enfermeiro na atenção básica à saúde.

2 | MÉTODO

Este trabalho tem uma abordagem qualitativa, do tipo descritiva, exploratória, realizado através de uma revisão literária, em busca de artigos que obtivessem o assunto em questão. A pesquisa bibliográfica visa conhecer, explicar, discutir e analisar conteúdos científicos sobre um determinado tema com base em referências teóricas publicadas anteriormente (NASCIMENTO, 2002). Para a realização deste estudo foram utilizados artigos nacionais, disponíveis na íntegra e em língua portuguesa, nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online). Foi utilizada também a Política Nacional de Atenção Básica. A seleção dos artigos foi orientada pelos

seguintes descritores: enfermeiro, atenção básica, estratégia saúde da família.

3 | REFERENCIAL TEÓRICO

O Ministério da Saúde implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF) com a finalidade de reorganizar as práticas de saúde na AB. Com isso, o enfermeiro passou a ganhar mais espaço e identidade no seu trabalho, visto que sua função vai além da assistência, pois é o profissional responsável pela coordenação da unidade. Nesse sentido, a assistência de enfermagem torna-se um fator essencial, necessitando superar obstáculos bastantes presentes na efetivação da atenção à saúde, como a difícil conexão entre os níveis primário, secundário e terciário (FREITAS; SANTOS, 2014).

De acordo com a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, são atribuições do enfermeiro: gerenciar os serviços e coordenar os programas de saúde, trabalhar em equipe multiprofissional, dar assistência à família nas diferentes fases da vida na unidade e na visita domiciliar, realizar o pré-natal e a puericultura, participar do planejamento familiar, dar atenção aos portadores de doenças crônicas e transtornos mentais, coordenar a educação em saúde com ênfase na prevenção de danos e promoção da saúde, assim como coordenar as equipes de enfermagem e de agentes comunitários de saúde. Dessa forma, a atuação do profissional de enfermagem ocorre em três seções (assistência/acolhimento, gerência e educação) que atuam interligadas.

Percebe-se que o trabalho do enfermeiro na ESF é plural e visa a continuidade da assistência do cuidado, de forma que todo o processo de atenção à saúde seja articulado e realizado com a escuta ativa e humanizada, tornando-se fundamental a criação de um vínculo de comunicação efetivo para com todos os envolvidos para que, dessa maneira, o cuidado seja realizado de maneira hábil e adequada, envolvendo todos os espaços em que o profissional de enfermagem transita (assistência, gerência e educação) (LIMA et al., 2013).

O processo de gestão também se apresenta como parte essencial do cuidado, visto que é onde ocorre a produção e transferência dos saberes em que o planejamento, a administração, o gerir, a decisão, a execução e a avaliação não se separam. Já em relação às competências necessárias pelo profissional de enfermagem, é essencial que este possua o conhecimento técnico-científico (saber-fazer) e o saber relacionar-se (saber-ser) com as famílias e com os membros da equipe, sendo essencial para a efetivação do cuidado integral, demonstrando comprometimento, envolvimento e postura ética (GALAVOTE et al., 2016).

4 | CONCLUSÃO

Depreende-se, portanto, que o papel do enfermeiro na atenção básica é essencial

para seu funcionamento, visto que este profissional está presente em todo o processo de cuidado ao usuário, desde a prevenção até o tratamento, devendo realizar uma escuta ativa e humanizada, vendo o paciente e seus familiares de forma integral e não somente focando na doença. Além disso, percebe-se que a importância desse profissional não refere-se somente ao cuidado direto, mas também na gestão, coordenação e administração da unidade de saúde, inclusive da equipe multiprofissional, uma vez que a efetivação do cuidado através da prevenção, promoção e tratamento é realizada de forma adequada e eficiente quando todas as partes da atenção primária interagem entre si (acolhimento/assistência, gestão e educação), e quando esta mesma interliga-se continuamente com os outros níveis de complexidade da rede de atenção à saúde, respeitando desde o início os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. et al. **Práticas de cuidado**: o papel do enfermeiro na atenção básica. Rio de Janeiro: Rev Enferm UERJ, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017.

FRACOLLI, L. A.; CASTRO, D. F. A. **Competência do enfermeiro na Atenção Básica**: em foco a humanização do processo de trabalho; São Paulo: O mundo da saúde, v. 36, n. 3, p. 427-432, 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/competencia_enfermeiro_atencao_basica_foco.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S.; **Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura**; Tocantins: Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 4, n. 2, p. 1194-1203, 2014. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/443>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

GALAVOTE, H. S. et al; **O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde**; Espírito Santo: Escola Anna Nery, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

LIMA, F.S. et al; **Atuação da enfermeira na atenção básica a saúde**: uma revisão integrativa; Salvador: Revista Baiana de Enfermagem, v. 27, n. 1, p. 82-92, 2013. Disponível em: < <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6917/6790>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

NASCIMENTO, D. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Forense, 2002.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES E NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 29/04/2020

Débora Maria de Souza Araújo

Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri
Diamantina - Minas Gerais.
<https://orcid.org/0000-0003-3486-7852>

Isabela Galvão Fernandes Alves

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais.
<http://lattes.cnpq.br/6474502390148544>
<https://orcid.org/0000-0003-0096-2739>

Izabella Luciana Castelão

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais.
<http://lattes.cnpq.br/5091077635712575>

Thalita Botelho Cutrim

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais.
<http://lattes.cnpq.br/8984694466501189>

Rosângela Durso Perillo

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0003-4791-2317>
<http://lattes.cnpq.br/1892433068341745>

RESUMO: Introdução: A hemodiálise é um tratamento invasivo usado na doença crônica renal e apresenta riscos de complicações, sendo de fundamental a presença da enfermagem. **Objetivo:** Descrever a importância do enfermeiro

nas Unidades Hospitalares de Hemodiálise na prevenção das complicações, frente à segurança e qualidade da assistência na hemodiálise.

Métodos: Revisão integrativa da literatura realizada no portal da Biblioteca virtual de Saúde. Usou-se como descritores hemodiálise, unidades hospitalares de hemodiálise, cuidados de enfermagem, complicações e segurança do paciente. Considerou-se artigos publicados nos idiomas Inglês e Português, que envolviam diálise renal, cuidados de enfermagem, insuficiência renal crônica o período de publicação de 2011 a 2017. Identificados 52 estudos e selecionadas 10 publicações. **Resultados:** Constatou-se que, cerca de 30% das sessões de hemodiálise há ocorrência de algum tipo de complicação. Dentre essas complicações, as mais abordadas foram: náuseas, vômitos, câibras, prurido, hipotensão, hipertensão e hipotermia. O papel do enfermeiro é essencial para evitar as complicações e atuar na segurança do paciente. **Considerações finais:** As ações dos enfermeiros irão culminar em um tratamento com menos chances de eventos adversos.

PALAVRAS-CHAVE: Hemodiálise, Unidades hospitalares de hemodiálise, Cuidados de enfermagem, Complicações, Segurança do paciente.

NURSING INTERVENTIONS IN COMPLICATIONS AND SAFETY OF PATIENTS IN HEMODIALYSIS: THE INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Hemodialysis is an invasive treatment used in chronic kidney disease

and presents risks of complications, the presence of nursing being fundamental. **Objective:** To describe the importance of nurses in Hemodialysis Hospital Units in the prevention of complications, in view of the safety and quality of care in hemodialysis. **Methods:** Integrative literature review carried out on the portal of the Virtual Health Library. Hemodialysis, hemodialysis hospital units, nursing care, complications and patient safety were used as descriptors. Articles published in English and Portuguese, involving renal dialysis, nursing care, chronic renal failure, were considered as the publication period from 2011 to 2017. 52 studies were identified and 10 publications were selected. **Results:** It was found that about 30% of hemodialysis sessions have some type of complication. Among these complications, the most addressed were: nausea, vomiting, cramps, itching, hypotension, hypertension and hypothermia. The nurse's role is essential to avoid complications and act in patient safety. **Final considerations:** Nurses' actions will culminate in treatment with less chance of adverse events.

KEYWORDS: Hemodialysis, Hemodialysis hospital units, Nursing care, Complications, Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é considerada uma doença de elevada morbidade e mortalidade, e sua incidência e prevalência em estágio avançado têm aumentado no Brasil e em todo mundo (LEHMKUHL; MAIA; MACHADO, 2009).

No Brasil, atinge dois milhões de brasileiros, no qual 60% não sabem que tem a doença. Aproximadamente 90 mil pacientes com insuficiência renal crônica estão em tratamento dialítico, de acordo com o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SESSO, 2011) e apenas 47% dos pacientes, em programa, estão na lista de espera por um transplante renal (IONTA et al., 2013).

Alguns pacientes apresentam suscetibilidade aumentada para DRC e são considerados grupos de risco. Como por exemplo, os hipertensos, os diabéticos, os idosos, os pacientes com doenças cardiovasculares, os familiares de pacientes portadores de DRC e os pacientes em uso de medicações nefrotóxicas (BASTOS et al., 2009).

O tratamento mais oferecido aos pacientes é a hemodiálise, a qual consiste em um processo de filtração e depuração do sangue de substâncias indesejáveis como a creatinina e a ureia que necessitam ser eliminadas da corrente sanguínea humana devido à deficiência no mecanismo de filtração nos pacientes portadores de IRC. Por ser um procedimento invasivo, são fundamentais medidas que assegurem o cliente durante todo o tratamento (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

Considerando a forma de tratamento a Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, a um mínimo aceitável (BRASIL, 2014).

No entanto, pacientes com doenças crônicas por necessitarem de hospitalização constante, estão mais expostos a riscos de incidentes desnecessários, pois dependem na

maioria dos casos, da máquina de hemodiálise como forma de tratamento durante toda a vida.

Para garantir a segurança e uma padronização de serviços, o Ministério da Saúde criou a RDC N°11, de 13 de março de 2014 que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise (BRASIL, 2014).

A padronização do POP em hospitais e clínicas especializadas em hemodiálise é de fundamental importância, pois garante a prática organizada do serviço de saúde, o qual regulamente a estruturação, composição da equipe e o funcionamento geral do serviço de enfermagem em toda a instituição. Além de prevenir danos aos beneficiários expostos aos riscos, através de ações estratégicas, visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, alta ou óbito do beneficiário no serviço. Favorece também a comunicação entre o cliente, equipe interdisciplinar, familiares e ao cuidador à cerca dos riscos identificados (SILVA, 2016).

As complicações que ocorrem durante a sessão de hemodiálise podem ser eventuais, mas algumas são extremamente graves e fatais. A equipe de enfermagem tem importância muito grande na observação contínua dos pacientes durante a sessão, podendo ajudar a salvar muitas vidas e evitar muitas complicações, ao fazer o diagnóstico precoce de tais intercorrências decorrentes da própria doença e do tratamento, e complementarmente desenvolver ações educativas de promoção, prevenção e tratamento. É de responsabilidade também do enfermeiro a educação em saúde tanto dos pacientes, como de seus familiares e da própria equipe de enfermagem (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

A ação educativa proporciona aos pacientes e à sua família melhor entendimento e aceitação a respeito dos procedimentos, assim como a confiança na equipe multiprofissional, ajudando-os a se adaptarem a esta nova realidade. A condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e insegurança, provoca limitações e alterações de grande impacto que repercutem em sua vida e nas vidas de seus familiares e amigos.

Para a equipe de enfermagem, esta ação educativa, permite a atualização dos seus conhecimentos e competências técnicas, assim como o domínio das boas práticas, o tratamento com qualidade e humanizado com maior segurança.

A alta especificidade do tratamento hemodialítico torna imprescindível que o enfermeiro esteja bem capacitado para garantir a segurança desses pacientes, principalmente por serem responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, encontra-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (BASTOS et al, 2009).

A relevância e justificativa do estudo, centram-se na grande incidência de pessoas com doença renal crônica (DRC) no Brasil e no mundo, juntamente com a dependência destes da hemodiálise. A DRC constitui importante problema de saúde pública, abrangendo várias dimensões e representando um desafio a ser enfrentado no dia a dia, tanto por

aqueles que vivenciam a situação quanto para a enfermagem, intimamente ligados ao cuidado destes.

Nessa perspectiva, têm-se diversas funções atribuídas ao enfermeiro diante o paciente que necessita do tratamento de hemodiálise. Atuar durante o processo aplicando as técnicas necessárias para a realização do procedimento tanto no cliente quanto nas máquinas, e saber lidar com as possíveis complicações que podem ocorrer. Além de estar no papel de promover a prevenção à IRC e prestar apoio ao paciente e a família, ensinando práticas que vão melhorar a qualidade de vida de ambos ao longo do tratamento.

Assim o objetivo deste estudo é descrever a importância do enfermeiro nas Unidades Hospitalares de Hemodiálise na prevenção das complicações, frente à segurança e qualidade da assistência na hemodiálise.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura a qual possibilita a identificação de tendências ou evidências que fundamentam o estudo proposto.

Foram utilizados os seguintes descritores: “hemodiálise”; “cuidados de enfermagem”; “Unidades Hospitalares de hemodiálise”; “Segurança do paciente”; “complicações”. Estes termos foram identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs).

A busca de publicações ocorreu no período de abril de 2018 no portal da BVS, considerando o período de publicação de 2011 a 2017, por essa plataforma integrar diversos índices bibliográficos. Foi utilizado a operação AND para o cruzamento dos seguintes descritores: “hemodiálise” AND “cuidados de enfermagem”, “hemodiálise” AND “cuidados de enfermagem” AND “segurança do paciente”, “unidades hospitalares de hemodiálise” AND “segurança do paciente”, “hemodiálise” AND “cuidados de enfermagem” AND “complicações”.

Foram incluídos os artigos que abordavam as ações de enfermagem nas complicações e a segurança do paciente em tratamento de hemodiálise. Os filtros utilizados foram: artigos disponíveis, nos idiomas Inglês e Português, que envolviam diálise renal, cuidados de enfermagem, insuficiência renal crônica, no período de 2011 a 2017. Sendo que no cruzamento “hemodiálise” AND “cuidados de enfermagem” foram acrescentados os filtros: Brasil e BDEF. Assim, considerando os critérios de inclusão e exclusão selecionou-se 10 artigos (Figura 1).

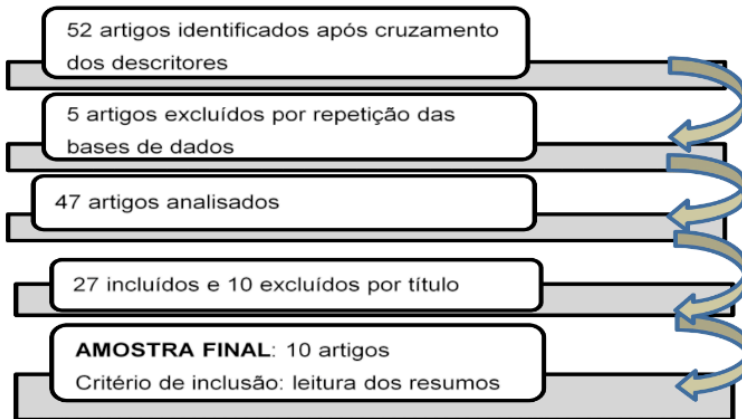


Figura 1 - Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos artigos na revisão a partir dos cruzamentos de descritores.

3 I APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os quadros a seguir trazem a síntese do método de análise temática e possibilitou agrupar os achados em três temas: principais complicações da hemodiálise; e o papel do enfermeiro no processo de hemodiálise; e a importância do enfermeiro nas Unidades Hospitalares de Hemodiálise na prevenção das complicações, frente à segurança e qualidade da assistência na hemodiálise.

Os tópicos foram extraídos dos 10 artigos selecionados após o cruzamento dos descritores e a eliminação feita pelos títulos, seguida da leitura dos resumos.

3.1 Principais complicações no processo de hemodiálise

No levantamento realizado o Quadro 1 mostra nos artigos selecionados as principais complicações na realização da hemodiálise e apresenta que em cerca de 30% das sessões há ocorrência de algum tipo de complicação (PEREIRA et al, 2016). Dentre essas complicações, as mais abordadas foram: náuseas, vômitos, cãibras, prurido, hipotensão, hipertensão e hipotermia (PEREIRA et al, 2016; COSTA et al., 2015).

Outra complicação descrita é o uso específico dos CDL (PEREIRA et al, 2016; GUIMARÃES et al., 2017). Esse equipamento oferece risco ao paciente quanto a possibilidade de infecção.

Nos Estados Unidos da América, 30% dos pacientes dependentes da hemodiálise o acesso vascular é feito por meio de cateter e 87% das infecções de corrente sanguínea sejam devidas a eles. No Brasil, a taxa global de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter é de 17,05/1000 dispositivos invasivos-dia, considerando-se um percentil de 95% (PEREIRA et al, 2016).

Essa situação traz prejuízos para sistema de saúde, uma vez que gera hospitalização,

maior custo no tratamento, e consequentemente, redução na qualidade de vida do paciente em hemodiálise.

Ainda abordando as complicações, uma questão muito relevante e que somente foi possível ser analisada pela revisão, foi subdiagnóstico de doenças de base que causam a IRC tais como, Nefroesclerose Hipertensiva, Diabete Mellitus, Hipertensão e Glomerulonefrite crônica as quais também são trazidas como forma de complicação (PEREIRA et al, 2016; DE SOUZA ARAÚJO et al., 2014; XAVIER et al., 2017).

A IRC, muitas vezes, se apresenta como uma condição silenciosa, uma vez que o paciente só começa a perceber que apresenta alguma alteração renal quando surgem os sintomas urêmicos, com uma perda da função renal em torno de 50% (DE SOUZA ARAÚJO et al., 2014).

Por último, algumas complicações foram descritas com ênfase na segurança do paciente, sendo elas: a falta de capacitação profissional, principalmente no manuseio das máquinas e também a falta de protocolos que ditem uma padronização de serviço.

Autores	Ano	Tipo de estudo	Principais complicações da hemodiálise
Pereira et al.	2015	Estudo descritivo-exploratório, retrospectivo e documental	As principais complicações abordadas foram a hipertensão, hipotensão, cefaleia, câimbras, e as infecções de CDL.
Xavier et al.	2014	Pesquisa analítica-descritiva com abordagem quantitativa	Principais complicações citadas foram a hipertensão, anemia, diabetes e o subdiagnóstico das doenças de base.
De Souza Araújo et al.	2014	Estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa.	Neste estudo evidencia-se a dificuldade na trajetória de diagnóstico da doença, bem como a aceitação do paciente mediante as mudanças fisiológicas.
Bridi, Louro, Silva.	2014	Estudo quantitativo observacional	Disserta sobre quais são as principais ocorrências que levam a uma falha na vigilância dos aparelhos que comprometem a segurança e sobrevida do paciente hemofílico.
Costa et al.	2015	Revisão Integrativa	Principais complicações analisadas a partir do início do tratamento: hipertensão, hipotensão, cefaleia, câimbras, náuseas, vômitos e outros.
Malik et al.	2015	Estudo descritivo qualitativo	Apresenta as complicações que podem ocorrer no preparo da fistula, bem como as infecções recorrentes devido à ausência da assepsia.
Alves et al.	2016	Revisão integrativa de literatura científica	Acarreta as complicações: estratégias técnicas obsoletas, a não promoção do cuidado integral e segurança ao cliente eficiente.
Aguiar et al.	2017	Pesquisa analítica-descritiva de abordagem qualitativa	As complicações encontradas se referem a falta de protocolos e padronizações nos hospitais e clínicas especializadas em hemodiálise, que garantam a segurança do paciente, assim como da equipe de enfermagem, de acordo com as Metas Internacionais da <i>Joint Commission International</i> .
Guimarães et al.	2017	Estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa	A utilização do Cateter de Duplo Lúmen (CDL) estão relacionadas as complicações ligadas a bacteremia e candidemia, apresentado alta taxas morbimortalidade e custos hospitalares elevados.
Xavier et al.	2017	Estudo de modelo teórico	As complicações são geradas por não haver uma assistência de qualidade ao paciente DRC. Qualificar a equipe multiprofissional quanto as possíveis complicações apresentadas pelo paciente.

Quadro 1: Principais complicações da hemodiálise descritas nos artigos selecionados.

3.2 O papel do enfermeiro no processo de hemodiálise

O Quadro 2 apresenta os artigos revisados que abordam o papel do enfermeiro no processo de hemodiálise, uma questão de extrema relevância para a efetividade do tratamento.

Entendendo esse tratamento e visto as complicações que podem ocorrer, o papel do profissional de enfermagem inicia desde uma orientação com o próprio paciente sobre as possíveis complicações que podem ocorrer (PEREIRA et al, 2016; DE SOUZA ARAÚJO et al., 2014) e até ao ensinamento de práticas de autocuidado, fazendo com que o cliente ajude no processo cuidando de si mesmo (Xavier et al., 2017).

A capacitação profissional (XAVIER et al., 2014; BRIDI, LOURO, SILVA, 2014) e a habilidade e conhecimentos técnicos (GUIMARÃES et al., 2017) são trazidos por autores revisados se confirma pela literatura prévia. Esse fato implica diretamente no tratamento, seja pela agilidade em detectar o início de complicações (COSTA et al., 2015) ou pelo papel fundamental do enfermeiro em realizar e fiscalizar as técnicas de assepsia (AGUIAR et al., 2017; GUIMARÃES et al., 2017) para garantir que não ocorra complicações advindas de infecções, fatos que se confirmaram na fundamentação prévia. Para também evitar infecções um autor somente cita a importância do enfermeiro em assegurar que haja o cumprimento de protocolos na hemodiálise BRIDI, LOURO, SILVA, 2014).

Os cuidados voltados à semiologia tais como monitorização dos sinais vitais²², observação das manifestações corporais, a atenção que o enfermeiro deve ter quanto a nutrição, hidratação e ainda ao psicológico do paciente são de suma importância da atuação de enfermagem (COSTA et al., 2015). Todos esses fatores auxiliam o profissional a manter a qualidade de vida do cliente (COSTA et al., 2015).

No tocante à busca pela assistência à saúde, após análise, foi percebido que a maioria dos indivíduos não realizava acompanhamento na atenção básica, e os que realizavam tal acompanhamento não era resolutivo (DE SOUZA ARAÚJO et al., 2014). Dessa forma, verifica-se uma atuação de enfermagem que ainda precisa ser ressaltada, a qual envolve o enfermeiro como sendo primordial na atenção primária, sendo capaz de diagnosticar e orientar os pacientes quanto o possível desencadeamento de uma IRC a partir das doenças que eles já apresentam. O tratamento inadequado das doenças de base, como também a ausência de diagnóstico precoce se torna uma condição que proporciona diversas complicações futuras para o paciente (DE SOUZA ARAÚJO et al., 2014).

Autor	Ano	Tipo de estudo	Papel do enfermeiro na hemodiálise
Pereira et al.	2015	Estudo descritivo-exploratório, retrospectivo e documental	Orientar sobre as complicações e como elas ocorrem.
Xavier et al.	2014	Pesquisa analítica-descritiva com abordagem quantitativa	Enfatizado quanto a promoção à saúde e principalmente sua capacitação profissional.
De Souza Araújo et al.	2014	Estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa.	Auxiliar e orientar o paciente aos cuidados necessários para que o tratamento seja efetivo, bem como direcioná-lo a aceitação por meio do diálogo e do cuidar.
Bridi, Louro, Silva.	2014	Estudo quantitativo observacional	Orientar a vigilância dos aparelhos. Importância de buscar qualificação profissional para que saiba identificar os sinais no momento certo para garantir a segurança do paciente, para evitar as complicações.
Costa et al.	2015	Revisão Integrativa	Procura manter a qualidade de vida, apoiado no plano de cuidado, avaliação e controle do estado de hidratação, de nutrição e psicológico, cuidados com acesso vascular e administração de medicamentos. Utilizar os conhecimentos próprios da profissão, com o intuito de aperfeiçoar o processo de cuidar. Deve rapidamente detectar os incidentes e ter agilidade para intervir com vistas a garantir a efetividade do procedimento e melhor estado de saúde do cliente.
Maik et al.	2015	Estudo descritivo qualitativo	Cumprimento dos protocolos de segurança para evitar complicações e infecções.
Alves et al.	2016	Revisão integrativa de literatura científica	
Aguiar et al.	2017	Pesquisa analítica-descritiva de abordagem qualitativa	Promover segurança e proteção ao paciente durante a sessão de hemodiálise. Devem usar técnica asséptica e prevenir a infecção ao cuidar desse paciente. Avaliar constantemente os resultados individuais dos pacientes. Monitorizar sinais vitais. Observar manifestações corporais como: dor, empatia, sorriso, afeto, atenção; avaliar a ultrafiltração. Atentar para sinais de intercorrências.

Quadro 2: O papel do enfermeiro na hemodiálise segundo os artigos selecionados.

3.3 A importância do enfermeiro nas Unidades Hospitalares de Hemodiálise na prevenção das complicações, frente à segurança e qualidade da assistência na hemodiálise

O Quadro 3 apresenta os achados relacionados ao papel do enfermeiro na prevenção das complicações decorrentes à hemodiálise.

Levando em consideração os eventos adversos na hemodiálise, algumas ações de enfermagem podem ser feitas para prevenção de complicações. Como por exemplo, o uso dos Equipamentos Proteção Individual (EPI) - luvas e aventais estéreis, campos, gorros, óculos de proteção e máscaras (PEREIRA et al, 2016). Afim de evitar infecções cruzadas entre o profissional e o paciente. A precisão técnica e total conhecimento sobre o procedimento e os riscos oferecidos também é de grande importância, visto que é de responsabilidade da equipe de enfermagem prevenir e controlar possíveis eventos adversos e reduzir o risco potencial à saúde do paciente, possibilitando mais segurança no tratamento.

Uma abordagem que foi levantada pela unicamente pela revisão foi relacionada aos equipamentos da unidade e falta de preparo do profissional para manuseá-la. Quando voltamos a atenção para o ambiente da diálise verifica-se que abrange grande quantidade de aparelhos que auxiliam no monitoramento dos pacientes hemofílicos, mas vale ressaltar que existem falhas presentes no manuseio e vigilância destes.

Segundo o autor Bridi, Louro, Silva (2014),

A falta de padronização nos sons dos alarmes, alerta de urgência apropriado, inadequação visual e auditiva das variáveis em alarme dos monitores também vêm sendo objeto de investigação em enfermagem. O atendimento e a solução aos alarmes dispendem tempo da equipe e causam interrupções e distrações no trabalho e nas tarefas, que levam a erros relacionados à falta de concentração, pelos lapsos na atenção. Em relação aos recursos humanos, estudos mostram falta de treinamento dos profissionais para o manuseio correto dos equipamentos, déficit de recursos humanos nas unidades, falta de aderência das equipes para programação e configuração dos alarmes e pouca confiança na sua urgência.

Além dos cuidados com os alarmes, para garantir mais segurança para o paciente a intervenção que foi descrita tanto para os autores em geral, quanto por autores estudados na revisão é quanto ao ensinamento de práticas de autocuidado. É abordado que o paciente tem autonomia para se cuidar em relação a questionar, indagar e observar os procedimentos realizados. Contudo, esse método é também aplicado no ambiente domiciliar, sendo primordial, na prevenção de infecções pelo acesso, na alimentação com o controle da glicose e pressão, cujo o descontrole influencia diretamente na funcionalidade do rim, essas e outras práticas estão diretamente ligadas ao êxito do tratamento. Métodos como esse deve ser mais abordado nas equipes multiprofissional da saúde, por ser de suma importância para o paciente (XAVIER; SANTOS; SILVA, 2017).

Todos os eventos de complicações estudados, estão ligados a outro aspecto fundamental para a garantia de qualidade do serviço de hemodiálise: os protocolos.

Dois estudos similares realizados em hospitais públicos brasileiros, do Norte de Minas Gerais²³ e de Fortaleza (AGUIAR et al., 2017), identificaram a necessidade de implementar protocolos e padronizações para a segurança do paciente e também das equipes, visto que as ocorrências de complicações apresentadas pelos pacientes renais durante as sessões de hemodiálise são frequentes. Assim, devem haver programas de controle de qualidade para minimizar possíveis intercorrências

O autor Aguiar et al. (2017), as normas internacionais selecionadas, foram da instituição que atua como acreditadora no Brasil: a Comissão Conjunta Internacional (Joint Commission International – JCI), uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde, garantindo a segurança do paciente, por meio da avaliação das Metas Internacionais:

“Identificar os Pacientes Corretamente; Melhorar a Comunicação Efetiva; Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância; Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto; Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas.”

As referências usadas nesse trabalho abordaram poucos dados relevantes a respeito do uso de protocolos e padronizações de procedimentos em hospitais e clínicas especializadas em hemodiálise. Dos dez artigos selecionados para revisão literária, apenas dois demonstravam a importância destes para evitar erros no tratamento. Assim, são necessárias mais referências que abordem os protocolos como medida de segurança do paciente, uma vez que esses procedimentos já foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde e ANVISA, através do Procedimento Operacional Padrão (POP), sendo que estes dispõem sobre os requisitos de boas práticas de enfermagem para os serviços de Diálise.

O Artigo 3º da Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal é definido De Souza Araújo et al. (2014) como:

É de responsabilidade da atenção básica realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças renais que possam ser realizadas nesse nível.

Autor	Ano	Tipo de estudo	Papel do enfermeiro na prevenção das complicações.
Pereira et al.	2015	Estudo descritivo-exploratório, retrospectivo e documental	Para prevenir as complicações o profissional deve inseri-las em programas de controle qualidade. Além de auxiliar na detecção de doenças de base, para evitar o subdiagnóstico da IRC.
Xavier, Santos, Silva.	2014	Pesquisa analítica-descritiva com abordagem quantitativa	A prevenção das complicações se dá pelo ensinamento de práticas de autocuidado, e a detecção de doenças como hipertensão e diabetes por precederem a DRC.
De Souza Araújo et al.	2014	Estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa.	Enfatiza o papel da enfermagem na atenção primária para a identificação precoce dos sintomas para evitar agravamentos. Tendo a prevenção direcionada para o encaminhamento ao especialista, para tratar das doenças e sintomas iniciais.
Bridi, Louro, Silva.	2014	Estudo quantitativo observacional	Necessidade do aprimoramento dos profissionais na atenção aos aparelhos hemodinâmicos, direcionando a prevenção para o acompanhamento contínuo de cada som e necessidade do paciente.
Costa et al.	2015	Revisão Integrativa	As intervenções de enfermagem para evitar complicações consistem na administração de medicamentos antiprurido, orientação quanto ao uso de produtos neutros para higiene corporal, manutenção das unhas curtas, evitar coçar, indicar o uso da palma da mão para esfregar a pele e aplicar frio para alívio da irritação
Malik et al.	2015	Estudo descritivo qualitativo	A prevenção envolve a atitude do paciente diante do tratamento, seus questionamentos aos profissionais de enfermagem, para promover segurança ao seu tratamento.
Alves et al.	2016	Revisão integrativa	A prevenção envolve a atitude da equipe de enfermagem, fundamentando a assistência ao paciente e conscientizar tal a importância de seguir "normas" para êxito do tratamento.
Aguiar et al.	2017	Pesquisa analítica-descritiva de abordagem qualitativa	As intercorrências e complicações podem ser minimizadas com a utilização da enfermagem das metas internacionais de segurança do paciente em serviço hospitalar de hemodiálise.

Quadro 3: Caracterização do papel do enfermeiro na prevenção das complicações do tratamento de hemodiálise.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificadas e discutidas algumas intervenções de enfermagem nas complicações e na segurança do paciente em tratamento de hemodiálise. Dentre elas as mais abordadas foram: o controle que começa na atenção básica na identificação de doenças que possuem grandes chances de progredirem para uma IRC, como uma forma de evitar uma complicação futura. Além disso, as medidas como a monitorização do cliente durante a hemodiálise, a fim de identificar precocemente as complicações e conseguir atuar rapidamente para solucioná-las.

A enfermagem ainda se mostra fundamental para controlar uma das maiores causas

de complicações dos tratamentos: o uso de CDL. Por apresentar um índice muito alto de infecções primárias na corrente sanguínea, o controle do uso desse material é essencial, com o uso adequado de EPI e conhecimento de técnicas corretas para manusear. A promoção da saúde com ênfase no autocuidado é analisada pelos autores estudados como uma forma de fazer com que o próprio paciente colabore para seu tratamento, com práticas que irão assegurar-lo de possíveis complicações.

A atuação de enfermagem também se caracteriza como um profissional que possibilita uma atenção holística, ou seja, consegue tratar o paciente em diversos âmbitos, tendo uma importância para o enfrentamento da doença. Por último, poucos artigos trazem a relevância da equipe trabalhar com um protocolo que ajude a controlar e padronizar o serviço como forma de garantir segurança para o paciente, sendo observada a falta de referências que abordem o uso dos Procedimentos Operacionais Padrões.

Esta revisão de literatura possibilitou entender que as ações dos enfermeiros irão culminar em um tratamento com menos chances de eventos adversos e, conseqüentemente, com uma garantia de maior seguridade para o cliente. Todas as práticas citadas confirmam como a centralidade do cuidado está intimamente ligada à Enfermagem. Além disso, é possível concluir que no tratamento de hemodiálise o Enfermeiro é um profissional essencial, tem ação protagonista na linha de frente do cuidado ao paciente, promovendo um processo de qualidade e segurança para o cliente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.L. et al. **Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise.** Cogitare Enferm., Fortaleza, mar./jul. 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/45609/pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

ALVES, L.O. et al. **As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência no foco da integralidade.** Revista online de pesquisa cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3907-3921, jan./mar. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v8.3945>.

BASTOS, M. G. et al. **Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável.** Revista da Associação Médica Brasileira, Juiz de Fora, set./nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2018.

BRASIL. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC N° 11, DE 13 DE MARÇO DE 2014. Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-11-de-13-de-marco-de-2014>

BRIDI, A.C.; LOURO, T.Q.; SILVA, R.C.L. **Alarmes clínicos em terapia intensiva: implicações da fadiga de alarmes para a segurança do paciente.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, [S.L], nov./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-01034.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2018. DOI: 10.1590/0104-1169.3488.2513

COSTA, R.H.S. et al. **Complicações em pacientes renais durante sessões hemodialíticas e intervenções de enfermagem.** Revista online de pesquisa: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 2137-2146, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/10409>

DE SOUZA ARAÚJO, R.C. et al. **Itinerário terapêutico de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico.** Revista de pesquisa cuidado é fundamental online, [S.L], abr./jun. 2014. Disponível em: redalyc.org/pdf/5057/505750622009.pdf

GUIMARÃES, G.D.L. et al. **Intervenções De Enfermagem No Paciente Em Hemodiálise Por Cateter Venoso Central.** Revista de enfermagem Ufpe online, Recife, v. 11, n. 3, p. :1127-35, mar. 2017. DOI: 10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201702.

IONTA, M. R. et al. **Análise do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que realizaram transplante renal em um hospital beneficente.** Revista Paraense de Medicina, Belém, v. 27, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2013/v27n4/a4080.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

KIRSZTAJN, G.M. et al. **Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina,** [S.L], p. 4, jun. 2011. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/doenca_renal_cronica_pre_terapia_renal_substitutiva_diagnostico.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.

LEHMKUHL, A.; MAIA, A.J.M.; MACHADO, M.O. **Estudo da prevalência de óbitos de pacientes com doença renal crônica associada à doença mineral óssea.** J. Bras. Nefrol. 2009; 31(1):10-7. Disponível em: <<http://jbn.org.br/export-pdf/4/31-01-04.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

MALIK, M.W.J. et al. **Patient safety in dialysis access: The Patient's Role in Patient Safety and the Importance of a Dedicated Vascular Access Team.** 184 ed. [S.L.]: Kager, 2015. 245-250 p.

NASCIMENTO, C.D.; MARQUES, I.R. **Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura.** Revista REVISÃO Brasileira de Enfermagem REBEn, [S.L], nov./dez. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600017&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000600017>.

PEREIRA, E. R. et al. **Análise Das Principais Complicações Durante A Terapia Hemodialítica Em Pacientes Com Insuficiência Renal Crônica.** Revista Mineira do Centro Oeste. 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/603>

SESSO, R.C.C. et al. **Diálise crônica no Brasil-relatório do censo brasileiro de diálise, 2011.** Brazilian Journal of Nephrology, v. 34, n. 3, p. 272-277, 2012. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>

SILVA, Roberta Afonso. **Admissão De Beneficiários No Centro De Tratamento Nefrológico. Procedimento Operacional Padrão,** MINAS GERAIS, v. 35, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

XAVIER, B. L. S. et al. **Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva.** Revista enfermagem uerj, Rio de janeiro, v. 23, n. 3, p. 314-320, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13683>

XAVIER, B.L.S.; SANTOS, I.; SILVA, F.V.C.E. **Promovendo autocuidado em clientes em hemodiálise: aplicação do diagrama de nola pender.** Revista online de pesquisa CUIDADO É FUNDAMENTAL, Rio de janeiro, v. 8, n. 2, p. 545-550, abr./jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5968>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NA CIDADE DE ILHÉUS-BA

Data de aceite: 03/08/2020

Vivian Andrade Gundim

<http://lattes.cnpq.br/3983051551743415>

Romulo Balbio de Melo

<http://lattes.cnpq.br/0503798068492418>

João Pedro Neves Pessoa

<http://lattes.cnpq.br/3014758350875345>
<https://orcid.org/0000-0001-5630-962X>

Marcelly Cardoso Vieira Cruz

<http://lattes.cnpq.br/3493471808317275>

Daniel Fraga de Rezende

<http://lattes.cnpq.br/3669718515285024>

Fernanda Andrade Vieira

<http://lattes.cnpq.br/5805796899958851>
<https://orcid.org/0000-0002-0792-0059>

Luísa Oliveira de Carvalho

<http://lattes.cnpq.br/9366422743470005>

Ana Carolina Santana Cardoso

<http://lattes.cnpq.br/5067575120268086>

Ana Luiza Machado Souza

<http://lattes.cnpq.br/4591078339910203>

Letycia Alves de Abreu

<http://lattes.cnpq.br/0106658417903891>

Carlos Vitório de Oliveira

<http://lattes.cnpq.br/5823796908918490>

Irany Santana Salomão

<http://lattes.cnpq.br/4471953930821073>

RESUMO: Os acidentes por animais peçonhentos são considerados um problema de saúde pública em países tropicais e, segundo o Ministério da Saúde, tiveram sua ocorrência aumentada no Brasil entre 2016 e 2018. O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos na cidade de Ilhéus-BA. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de dados das fichas de notificação obtidas no serviço de Vigilância Epidemiológica de Ilhéus-BA, entre janeiro e dezembro de 2018. Utilizaram-se as variáveis: sexo, idade, etnia, zona de ocorrência, tipo de acidente, região da picada, tempo de atendimento, tempo de coagulação, evolução e, para casos de acidentes ofídicos, frequência do uso de soroterapia. Foram notificados 39 casos de acidentes por animais peçonhentos em Ilhéus-BA no ano de 2018. Predominou o sexo masculino (56,41%), a faixa etária de 40 a 59 anos (56,41%) e a etnia parda (35,89%). A zona rural foi o local de 51% dos casos. A maior parte dos acidentes foi por serpentes (71,79%), especialmente pelo gênero *Bothrops* (41,02%), seguido por escorpiões (20,51%). A principal região acometida pela picada foi a região do pé (33,33%), seguida pela perna (15,38%). A maioria dos acidentes por animais peçonhentos obteve atendimento médico em até 3 horas (46,02%). Quanto ao tempo de coagulação, o resultado se mostrou normal em 25,60% dos casos e alterado em 28,20%. Evoluiu para cura 92,30% dos casos. Quanto à soroterapia em acidentes ofídicos, em 66,66% dos casos não houve administração. Os resultados obtidos permitem concluir que Ilhéus-

BA está, em geral, em concordância com o perfil epidemiológico de outras localidades, sendo necessário maior conhecimento acerca da importância do uso de equipamentos de proteção e da identificação do animal para tratamento adequado, além de melhores condições de atendimento e tratamento aos acidentados.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes ofídicos, epidemiologia, animais peçonhentos.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ACCIDENTS BY POISONY ANIMALS IN THE CITY OF ILHÉUS-BA

ABSTRACT: Accidents with venomous animals are considered a public health problem in tropical countries and, according to the Ministry of Health, their occurrence increased in Brazil between 2016 and 2018. The objective of this research was to identify the epidemiological profile of accidents by venomous animals in the city of Ilhéus-BA. This is a descriptive and retrospective study, with a quantitative approach, based on analysis of data from the notification sheets obtained in the Epidemiological Surveillance service of Ilhéus-BA, between January and December 2018. The variables used were sex, age, ethnicity, occurrence area, type of accident, bite site, service time, time for clotting, evolution and, for cases of snakebite accidents, frequency of use of serotherapy. 39 cases of accidents were reported by venomous animals in Ilhéus-BA in 2018. Male gender (56.41%), 40 to 59 years old (56.41%) and mixed race (35.89%) predominated. The rural area was the site of 51% of the cases. Most accidents were caused by snakes (71.79%), especially by the genus *Bothrops* (41.02%), followed by scorpions (20.51%). The main region affected by the bite was the foot region (33.33%), followed by the leg (15.38%). Most accidents involving venomous animals received medical care within 3 hours (46.02%). As for the clotting time, the result was normal in 25.60% of the cases and altered in 28.20%. 92.30% of the cases evolved to healing. Regarding the serotherapy in medical accidents, in 66.66% of cases there was no administration. The results obtained allow us to conclude that Ilhéus-BA is, in general, in agreement with the epidemiological profile of other locations, requiring more knowledge about the importance of using protective equipment and identifying the animal for proper treatment, in addition to better conditions assistance and treatment for the injured.

KEYWORDS: Snakebite accidents, epidemiology, venomous animals.

1 | INTRODUÇÃO

Os acidentes por animais peçonhentos são um problema de saúde pública especialmente em países tropicais e subtropicais. (LOPES et al.,2017). A epidemiologia dos acidentes ofídicos define um perfil mantido inalterado ao longo dos últimos 100 anos no Brasil, em que o principal acometido é o trabalhador rural (BREDT; LITCHTENKER, 2014). Segundo o Ministério da Saúde os dados de acidentes por animais peçonhentos no país aumentaram nos últimos anos de 173.850 em 2016 para 265.546 em 2018 (BRASIL, 2019). De acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), foram registrados no Brasil, 3.290 acidentes por serpentes; 6.220 por aranha e 11.943 por escorpiões, no ano de 2017 (BRASIL, 2017).

Animais peçonhentos são aqueles que produzem peçonha (veneno) e têm condições naturais para injetá-la em presas ou predadores. Essa condição é dada naturalmente por meio de dentes modificados, agulhão, ferrão, quelíceras, cerdas urticantes, nematocistos entre outros (LOPES et al., 2017). Os animais peçonhentos responsáveis pela maioria dos envenenamentos de importância médica são as cobras, escorpiões, aranhas, abelhas e lagartas (TAVARES et al., 2020).

No Brasil, há quatro gêneros de serpentes: *Bothrops* (jararacas). *Crotalus* (cascavéis); *Lachesis* (surucucus) e *Micrurus* (corais), dentre eles, o gênero *Bothrops* apresenta maior importância epidemiológica por ser responsável por cerca de 90% dos casos de acidentes ofídicos (BRASIL, 2001). Dentre as aranhas, os gêneros de maior índices de acidentes são *Loxosceles* (aranha marrom); *Phoneutria* (armadeira) e *Latrodectus* (viúva negra) (BREDT E LITCHTENKER, 2014). São quatro as espécies de escorpião do gênero *Tityus* que tem sido culpabilizadas pelos acidentes, são eles: *T. serrulatus* (escorpião amarelo); *T. bahiensis* (escorpião marrom); *T. stigmurus* (escorpião amarelo do Nordeste) e *T. paraensis* (escorpião preto), sendo o primeiro responsável por casos mais graves (RECKZIEGEL E PINTO, 2014).

A Coordenação Nacional de Controle de Zoonoses e Animais Peçonhentos (CNCZAP) adota o SINAN para consolidar os registros dos acidentes por animais peçonhentos. Esta deliberação gerou uma reação negativa por parte dos municípios e estados, que se mostraram resistentes à adoção do novo sistema. Essa reação levou a uma quebra de continuidade nos registros e na perda de qualidade dos dados, gerando subnotificações de casos de acidentes por animais peçonhentos. A deficiência na notificação dificulta a interpretação fidedigna dos dados. Comparado as regiões Sul e Sudeste, o Nordeste é a região onde há maior subnotificação (SARAIVA et al., 2012).

Sob tal ótica, em agosto de 2010 a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu os acidentes por animais peçonhentos na Lista de Notificação Compulsória (LNC) do Brasil devido ao alto número de notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2016). O Nordeste segue como a segunda região, do Brasil, com maior número de casos notificados de acidentes por animais peçonhentos, (91.884 casos) no ano de 2018. Sendo a Bahia o estado com maior percentual de casos notificados (27,14%) (BRASIL, 2019).

A ampla distribuição, associada à mobilidade humana, a urbanização e a crescente curiosidade em explorar a natureza, tornam os acidentes por animais peçonhentos cada vez mais frequente em região mais pobres, principalmente nos Continentes Africano e Asiático (Alirol E, et al, 2010). Acidentes peçonhentos matam mais que malária e a África subsahariana perde 2 milhões de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade/ano por envenenamentos ofídicos (SCHESKE; RUITENBERG; BISSUMBHAR, 2015).

Considerando que traçando um perfil epidemiológico é possível caracterizar casos de acidentados por animais peçonhentos, com destaque para as regiões com maior

incidência. Este estudo justifica-se pela notoriedade do conteúdo; gravidade dos acidentes e suas sequelas e a falta de abastecimento dos sistemas de informações como o SIS (sistema de Informação em Saúde) e SINAN. Portanto, é fundamental que sejam geradas estratégias para a melhora das condições de atendimento e tratamento. Ademais, urge que os profissionais da saúde alimentem os sistemas de informações para melhor monitorização desses casos. Isto posto, o objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos na cidade de Ilhéus-Ba.

2 | PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, realizado através de dados secundários oriundos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes a cidade de Ilhéus-BA, no período de janeiro a dezembro de 2018, em que buscou-se identificar o perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos na cidade de Ilhéus-BA. Dessa forma, utilizando-se das fichas de notificações de acidentes envolvendo animais peçonhentos da cidade, foi possível analisar as variáveis: sexo, idade, etnia, zona de ocorrência, tipo de acidente, tempo de atendimento, região da picada, tempo de coagulação, evolução e para os casos de acidentes ofídicos, analisou-se a frequência de uso de soroterapia.

A partir dos dados obtidos, foi realizado um estudo estatístico descritivo, utilizando-se a plataforma *Microsoft Excel* para organização de dados e priorização de achados de com maior relevância. Tendo em vista que os dados foram obtidos via fichas de notificação e plataformas virtuais de dados referentes a vigilância epidemiológica do município, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) descartou-se a necessidade de registro em comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram notificados 39 acidentes por animais peçonhentos em 2018 na cidade de Ilhéus – BA. A maioria dos acidentes envolveu o sexo masculino (56,4%), corroborando com os dados nacionais disponibilizados pelo DATASUS. Esse resultado pode ser justificado pela maior frequência com que homens realizam atividades braçais no campo, como plantio, caça e lavra da terra (Albuquerque et al., 2013). Já quanto a faixa etária, destacou-se a faixa de 40 a 59 anos (56,41%), contrapondo os dados da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) para o ano de 2018, que apontam maior ocorrência de casos na faixa de 15 a 49 anos, a mudança pode decorrer da presença de uma população economicamente ativa mesmo em idades mais avançadas na cidade.

No que se refere a etnia, 35,89% dos casos ocorreram com indivíduos da etnia parda, 17,94% da etnia preta e 10,25% da etnia branca. O ambiente onde ocorreram a maior parte dos casos foi o meio rural (51%). Quanto ao animal causador do acidente, as

serpentes representaram a maior parte das notificações (71,79%), seguido pelos escorpiões (20,51%), aranhas (5%) e abelhas (2%). Esse resultado contrapõe dados fornecidos pela SESAB (2019), em que se destaca a prevalência de acidentes escorpiônicos no estado da Bahia (76,8%) no ano de 2018.

Sexo	
Masculino	56,41%
Feminino	43,58%
Faixa etária	
0 a 9	2,83%
10 a 19	2,83%
20 a 39	23,06%
40 a 59	56,41%
>60	14,87%
Zona de Ocorrência	
Urbana	49%
Rural	51%
Tipo de acidente	
Serpente	71,79%
Escorpião	20,51%
Aranha	5%
Abelha	2%
Outros	1,7%

Tabela 1: Resultados sexo, faixa etária, etnia, localidade e animal peçonhento.

Em relação ao acidente ofídico, o gênero *Bothrops* foi o predominante (41%), seguido pelo *Lachesis* (5,1%). Essa grande diferença no número de casos pode ser atribuída aos diferentes hábitos das serpentes, já que o gênero botrópico está distribuído por todo território nacional, habitam principalmente zonas rurais e periferias de grandes

idades, preferindo ambientes úmidos como matas, áreas cultivadas e locais onde haja facilidade para proliferação de roedores (paióis, celeiros, depósitos de lenha). Além de possuírem hábitos predominantemente noturnos ou crepusculares, podendo apresentar comportamento agressivo quando se sentem ameaçadas (Brasil, 2017).

Vale ressaltar, ainda, que em 51,2% dos casos foi ignorado o gênero da serpente, fator imprescindível na conduta desses casos. Identificar o animal causador do acidente possibilita a dispensa imediata da maioria dos pacientes picados por serpentes não peçonhentas, viabiliza o reconhecimento das espécies de importância médica em âmbito regional e auxilia na indicação mais precisa do antiveneno a ser administrado. Apesar da importância do diagnóstico clínico, que orienta a conduta na grande maioria dos acidentes, o animal causador deve, na medida do possível, ser encaminhado para identificação por técnico treinado (Brasil, 2001).

Entretanto, o transporte e conservação do animal são elementos essenciais para essa identificação, que muitas vezes é de difícil realização, podendo interferir nessa porcentagem.

Em relação ao tempo decorrido para atendimento médico, verificou-se que, aproximadamente, 46% das vítimas foram socorridas em até 3 horas e 43,5% após 3 horas desde a ocorrência do acidente. Em estudo realizado por Furtado em 2019, obteve predominância do tempo entre a picada até o atendimento maior que 3 horas até 6 horas. Supõe-se que essa demora no atendimento de uma quantidade relevante de casos, seja atribuída ao número expressivo de acidentes ocorridos na zona rural, sendo a distância da unidade hospitalar e a dificuldade de deslocamento, fatores que influenciam nesse tempo de atendimento.

Um rápido atendimento médico, diminui a incidência de complicações, como necroses, irritações e choques, contribuindo para a ocorrência de casos leves e conseqüentemente diminuição da taxa de letalidade (LEMOS et al., 2009).

Referente ao local da picada, as extremidades foram as regiões mais acometidas com destaque para a área do pé que obteve percentual de 33,33%. Possivelmente por ser a primeira área a entrar em contato com o animal em casos de encontros acidentais com cobras em local de mata. No caso dos trabalhadores rurais há também o agravante do não uso de equipamentos para proteção como botas ou perneiras (DOS SANTOS, 2018). Os locais menos atingidos foram a cabeça e braço, ambos com percentual de 7,69% dos casos.

Espécie da serpente	
Botrópico	41,02%
Laquético	5,12%
Não peçonhenta	2,56%
Ignorado	51,28%
Tempo de atendimento	
24 + horas	12,82%%
6 a 12 horas	5,12%
3 a 6 horas	24,64%
1 a 3 horas	41,02%
0 a 1 horas	5,12%
Ign/branco	10,25%
Local da picada	
Cabeça	7,69%
Braço	7,69%
Mão	10,25%
Tronco	10,25%
Perna	15,38%
Pé	33,33%
Ignorado	15,41%

Tabela 2: Resultados espécie da serpente, tempo de atendimento e local da picada;

Quanto ao tempo de coagulação observou-se que em 25,60% dos casos manteve-se normal, 28,20% estava alterado, e em 46,10% não foi realizado. Dessa forma, visto que a maioria dos casos notificados na região ocorreu pelo gênero Bothrops, faz-se relevante incentivar a realização deste teste. O quadro hemorrágico é muito comum nos acidentes botrópicos e é atribuído à ação vasculotóxica das hemorraginas, que provocam ruptura capilar (CAMPLESI, 2017).

No que se refere à evolução, em 92,30% dos casos a vítima foi curada e em 7,70% o desfecho foi óbito. Deve-se considerar também que a taxa de letalidade pode aumentar devido à demora no atendimento, já que o menor tempo para o atendimento é de extrema importância para evitar complicações e sequelas, e pelo local de picada, uma vez que a proximidade da região atingida com os órgãos vitais pode condicionar a evoluções mais graves (DO NASCIMENTO, 2017).

Sabe-se que a soroterapia consiste na utilização de soro para neutralizar venenos inoculados após acidente por animal peçonhento. Nesse sentido, quanto à utilização da soroterapia, obteve-se que em 33,34% dos casos houve utilização e em 66,66% não houve a utilização. Lembrando que dentre os fatores que podem influenciar no não uso do soro tem-se em muitos casos a dificuldade na identificação do animal responsável pela inoculação (SANTANA; OLIVEIRA, 2020).

Porém ressalta-se que o reconhecimento da necessidade de administração do soro antibotrópico é fundamental para neutralizar as alterações hemostáticas que ocorrem nesse tipo de envenenamento e impedir o agravamento dos sinais sistêmicos e uma evolução desfavorável para o paciente (CAMPESI, 2017).

4 | CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos nessa pesquisa, foi possível identificar e analisar a situação epidemiológica dos acidentes por animais peçonhentos na cidade de Ilhéus-Ba. Assim como em outros estudos previamente realizados, o sexo masculino foi predominantemente mais acometido que o feminino em acidentes com animais peçonhentos, visto que a prevalência de homens trabalhando no campo é maior que a de mulheres.

Ademais, quanto aos animais causadores dessas lesões, destaca-se a serpente, do tipo Bothrops, por estar presente em todo o território nacional, principalmente na zona rural. Um fato relevante também foi sobre o gênero da serpente ter sido ignorado na maioria dos casos observados no estudo, fato esse que é problemático por interferir diretamente na conduta a ser realizada no paciente.

Quanto ao tempo de atendimento, a grande maioria ocorreu em até 3 horas após o acidente, diminuindo assim a probabilidade de complicações e, conseqüentemente, a taxa de letalidade. Além disso, a etnia mais acometida foi a parda e o local da picada mais frequente foi a área dos pés possivelmente por ser a área de primeiro contato com o animal, algo passível de prevenção por medidas simples, como o uso de botas e EPIs adequados.

Dessa forma, podemos concluir que se faz necessário o desenvolvimento de ações preventivas aos acidentes com animais peçonhentos, bem como a aplicação de estratégias que venham a diminuir o número de casos. Bem como, o uso de botas como equipamentos de proteção deve ser enfatizado entre trabalhadores rurais, recomendando-se que orientações adequadas sobre a necessidade de identificação do animal para tratamento adequado sejam realizadas. Por fim, suporte médico e/ou de transporte adequado na zona rural para minimizar o tempo de espera pelo tratamento adequado também seria uma estrutura de grande valia na região.

REFERÊNCIAS

ALIROL, E., SHARMA, S. K., BAWASKAR, H. S., KUCH, U., & CHAPPUIS, F. **Snake bite in South Asia: a review**. PLoS neglected tropical diseases, 4, 2010.

BOCHNER, Rosany; STRUCHINER, Claudio José. **Acidentes por animais peçonhentos e sistemas nacionais de informação**. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n. 3, p. 735-746, 2002.

BRASIL. **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos**. 2ª ed. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acidentes por animais peçonhentos – Serpentes**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ/SINITOX. Tabela 4 - **Casos registrados. SINAN: Sistema de Informação de Agravos e Notificação**. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ, **Intoxicação Humana, de Intoxicação Animal e de Solicitação de Informação por Agente Tóxico**. Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Série histórica de casos – Acidentes por animais peçonhentos**. Brasília: MS, 2019.

BREDT, Carla Sakuma; LITCHTENEKER, Karina. **Avaliação Clínica e Epidemiológica dos acidentes com animais peçonhentos atendidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná 2008-2012**. Revista do Médico Residente, v. 16, n. 1, 2014.

CAMPLESI, A.C. et al . **Associação de plasma sanguíneo ao tratamento de envenenamento botrópico em equino: relato de caso**. Arq. Bras. Med. Vet. Zootec., v. 69, n. 4, p. 815-820, Aug. 2017.

DO NASCIMENTO, Lucas Santana; JÚNIOR, Ubiraci Reis Carmo; BRAGA, Jacqueline Ramos Machado. **Perfil epidemiológico do ofidismo no estado da bahia–brasil (2010-2015)**. South American Journal of Basic Education, Technical and Technological, v. 4, n. 2, 2017.

DOS SANTOS, Bárbara Maria Rodrigues; SOUSA, Tainan Mourão; DE ARAUJO FILHO, Augusto Cesar Antunes. **Análise de casos de acidentes por animais peçonhentos no nordeste do brasil (2012-2016)**. In: Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde. 2018.

FURTADO, Marcelo Cley de Lima et al. Perfil clínico-epidemiológico de acidentes ofídicos registrados no Estado do Amapá e análise de similaridade com os demais Estados da Região Norte. 2019.

ALIROL, E., SHARMA, S. K., BAWASKAR, H. S., KUCH, U., & CHAPPUIS, F. **Snake bite in South Asia: a review**. PLoS neglected tropical diseases, 4, 2010.

LOPES, A. B.; OLIVEIRA, A. A.; DIAS, F. C. F.; SANTANA, V. M. X.; OLIVEIRA, V. de S.; LIBERATO, A. A. et al. **Perfil epidemiológico da coqueluche na região Norte do Brasil entre 2012 e 2015**. Revista de Patologia do Tocantins, 2017.

RECKZIEGEL, Guilherme Carneiro; PINTO, Vitor Laerte. **Scorpionism in Brazil in the years 2000 to 2012**. Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases, v. 20, n. 1, p. 46, 2014.

SANTANA, Caroline Rocha; OLIVEIRA, Márcio Galvão. **Avaliação do uso de soros antivenenos na emergência de um hospital público regional de Vitória da Conquista (BA), Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 869-878, 2020.

SARAIVA, Matheus Gurgel et al. **Perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos no Estado da Paraíba, Brasil, 2005 a 2010.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 3, p. 449-456, 2012.

SCHESKE, L., RUITENBERG, J., & BISSUMBHAR, B. **Needs and availability of snake antivenoms: relevance and application of international guidelines.** *International journal of health policy and management*, 4(7), 447, 2015.

SESAB. Acidentes por Animais peçonhentos na Bahia, 2018 e 2019.. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.** Toxicovigilância Centro Antiveneno da Bahia, v.1, 2019.

TAVARES, A. V., ARAÚJO, K. A. M. D., MARQUES, M. R. D. V., & LEITE, R. **Epidemiology of the injury with venomous animals in the state of Rio Grande do Norte, Northeast of Brazil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1967-1978, 2020.

HOMOAFETIVOS NA DOAÇÃO DE SANGUE: TABUS E DISCRIMINAÇÕES

Data de aceite: 03/08/2020

Diandra Ushli de Lima

Centro Universitário São Camilo
São Paulo- Brasil

Luiza Jorgetti de Barros

Centro Universitário São Camilo
São Paulo - Brasil

Ariany Azevedo Possebom

Centro Universitário São Camilo
São Paulo- Brasil

Victoria Maria Helena Ferreira

Centro Universitário São Camilo
São Bernardo do Campo - Brasil

RESUMO: No artigo pode-se abordar a discriminação presente, contra a comunidade LGBTQI+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, queer e intersexo) perante as doações de sangue, assim relatando os empecilho que os estereótipos e estigmas voltados para esta população causam no hemocentro. Para tanto, analisaram-se referências de revisão bibliográfico sobre o assunto. Constatou-se que indetidade de gênero não deve ser critério para seleção de doadores, entretanto casos de irregularidade por preconceitos sendo passível de crime por restringir o acesso por questões de orientação sexual, sendo assim, refletindo em defasagens e na fragilidade da saúde dessa minoria.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas. Discriminação. Homoafetivos.

ABSTRACT: In the article, it is possible to approach the present discrimination against the LGBTQI+ (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and intersex) community in the face of blood donations, reporting the obstacles that stereotypes and stigmas towards this population cause in the blood center. For this, references of bibliographic review on the subject were analyzed. It was concluded that gender identity should not be a criteria for donor selection, however, cases of irregularity due to prejudice might be considered crime for restricting access for reasons of sexual orientation, reflecting in lags and the fragility of the health of this minority.

KEYWORDS: Public policy. Discrimination. Homo-affective.

INTRODUÇÃO

A orientação sexual indica quais gêneros a pessoa sente-se atraída seja fisicamente, emocionalmente ou romanticamente (LGBT). Os estigmas são visões negativas sobre características opostas das culturas tradicionais da sociedade, com desaprovação coletiva das características apresentadas pelo indivíduo. A saúde desse grupo estigmatizado baseia-se na automedicação com baixa procura nos serviços de saúde pública e com restrições nas doações ou transfusões de sangue. A doação de sangue segundo a portaria nº 158 (2016) do Ministério da Saúde, no artigo 64 classifica como inapto por doze meses, “homens que teriam relações sexuais com outros homens ou as parceiras

sexuais destes”, porque considera como risco a transmissão de agentes infecciosos na transfusão de sangue.

OBJETIVOS

Abordar com foco na saúde pública do Brasil os desperdícios e as discriminações nas doações de sangue da população homoafetiva.

MÉTODO

Com a finalidade de reunir as informações e dados que serviram de base para a construção da investigação sobre o homoafetivo e a discriminação optou-se pela realização da revisão bibliográfica em artigos científicos sobre o tema proposto.

RESULTADOS

De acordo com a ANVISA (2011), “a identidade de gênero não deve ser usada como critério para seleção de doadores de sangue, por não constituir risco em si própria”, pois existem outras formas para selecionar, informar, investigar. Porém, em inúmeros casos as regulamentações não são aplicadas por preconceitos o que se constitui num crime, pois faz restrição ao acesso por questões de orientação sexual.

Segundo o IBGE (2019), “101 milhões de homens vivem no país e, do total, 10,5 milhões é homo ou bissexual. Levando em consideração que cada homem pode doar sangue até 4 vezes ao ano, ao restringir esta parcela da população são desperdiçados 18,9 milhões de litros de sangue ao ano”.

Portanto, nota-se a precariedade e a defasagem da saúde voltada aos transexuais decorrente dos estereótipos o qual estão submetidos, carecendo do combate à discriminação e atendimento seguro e humanizado.

A portaria 2712 define critérios para situações de risco e de saúde do doador que oferecem perigo à pessoa que receberá o sangue. Determina que o critério de seleção seja a prática sexual de risco e não a orientação sexual ou identidade de gênero.

Portanto, nota-se a precariedade e a defasagem da saúde voltada aos LGBTQI+ decorrente dos estereótipos o qual estão submetidos, carecendo do combate à discriminação e atendimento seguro e humanizado.

CONCLUSÃO

O grupo LGBT subsiste a inúmeros estigmas que estimula à discriminação e ocasiona a precariedade nas políticas de saúde para essa minoria, acarretando menor procura aos serviços de saúde, sendo notória a vulnerabilidade às infecções sexualmente

transmissíveis (IST'S) e quando existe a sua procura são obrigados a desistir, como no caso da doação de sangue, onde os estereótipos criados, como a feminização de homossexuais e masculinização de lésbicas acarretam em preconceitos no momento da doação por parte da população LGBTQI+.

Entretanto, esta população tem direitos a saúde e o profissional deve acolher e compreender a diversidade do indivíduo, tratando-o com universalidade e integralidade e adotando a concepção de que orientação sexual não é prejudicial para a transfusão e doação de sangue.

REFERÊNCIAS

GIUSTI, Iran. Regras contraditórias barram doação de sangue de gays. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://igay.ig.com.br/2013-06-14/resolucao-que-veta-homensgays-de-doar-sangue-faz-aniversario-hoje-14-de-junho.html>>. Acesso em 28 Agosto 2019.

ARAN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONCO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4, pp.1141-1149. ISSN 1413-8123. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400020&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 30 Agosto 2019.

BRITO, Jaime Rodrigues; JANINI, Tiago Cappi; OLIVEIRA, Moacyr Miguel de. Responsabilidade do estado. 1.ed. Jacarezinho, PR: UENP, 2018. (Anais do VIII Simpósio Internacional de Análise Crítica do Direito). Disponível em: <http://siacrid.com.br/repositorio/2018/responsabilidade-do-estado.pdf#page=20>>. Acesso em 26 Agosto 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Transexualidade e travestilidade na saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf>. Acesso em 31 Agosto 2019.

Transexualidade e saúde pública no Brasil. Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ. Brasil. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14n4/1141-1149/>>. Acesso em 29 Agosto 2019.

PROCESSO DE ENFERMAGEM – SAE ESTUDO DE CASO ALOPÉCIA AREATA UNIVERSAL

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 04/05/2020

Amanda Paulino Ferreira

Universidade Vale do Rio Verde – Campus Três
Corações
São Gonçalo do Sapucaí – MG
<http://lattes.cnpq.br/3464042742192846>

Caroline Oliveira de Almeida

Universidade Vale do Rio Verde – Campus Três
Corações
Varginha – MG
<http://lattes.cnpq.br/1017352153800875>

Karina Rezende do Prado

Universidade Vale do Rio Verde – Campus Três
Corações
Cruzília – MG
<http://lattes.cnpq.br/1808332299975433>

Suzana Santos Ribeiro

Universidade Vale do Rio Verde – Campus Três
Corações
Lambari – MG
<http://lattes.cnpq.br/4094336793394840>

Wagner Rufino dos Santos Filho

Universidade Vale do Rio Verde – Campus Três
Corações
Três Corações – MG
<http://lattes.cnpq.br/8958139484346053>

Susinaira Vilela Avelar Rosa

Universidade Vale do Rio Verde – Campus Três
Corações
Três Corações – MG
<http://lattes.cnpq.br/3823482232678631>

RESUMO: A pesquisa desenvolvida trata-se de um estudo de caso sobre Alopécia Areata Universal, embasado na SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e pesquisas bibliográficas. A SAE foi aplicada de forma individualizada, estimulando atitudes positivas no que tange à utilização do Diagnóstico de Enfermagem (DE), no âmbito acadêmico e profissional, com o objetivo de obtenção do cuidado de enfermagem adequado às exigências do caso, garantindo melhora do cliente. Foram utilizados para base de pesquisa o GOOGLE ACADÊMICO, SCIELO e referências bibliográficas, publicados entre os anos de 2002 a 2019. Os achados deste estudo permitiram identificar a qualidade no atendimento através da SAE, com o alcance de algumas das metas propostas para a melhor qualidade de vida da paciente. Observando que é requerido do profissional de enfermagem comprometimento com o conhecimento, além do aprimoramento, por intermédio da utilização de procedimentos científicos baseados em evidências e padronizados no NANDA, NIC e NOC garantindo, dessa forma, maior confiabilidade no processo de sistematização do atendimento de enfermagem e a satisfação dos dois principais atores envolvidos no processo: o enfermeiro e o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Alopécia Areata Universal, Processo de Enfermagem.

NURSING PROCESS – SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE CASE STUDY ALOPECIA AREATA UNIVERSAL

ABSTRACT: The research developed is a case study on Universal Alopecia Areata, based on (Nursing Care Systematization) and bibliographic research. The NCS was applied individually, stimulating positive attitudes regarding the use of the Nursing Diagnosis (ND), in the academic and professional scope, with the objective of obtaining the nursing care adequate to the requirements of the case, guaranteeing the improvement of the client. ACADEMIC GOOGLE, SCIELO and bibliographic references, published between 2002 and 2019, were used for the research base. The findings of this study allowed to identify the quality of care through NCS, with the achievement of some goals proposed for the best quality of life of the patient. Observing that the nursing professional is required to commit to knowledge, in addition to improvement, through the use of scientific procedures based on evidence and standardized in NANDA, NIC and NOC, thus ensuring greater reliability on the systematization process of nursing care and the satisfaction of two main actors involved in the process: the nurse and the patient.

KEYWORDS: Nursing, Systematization of Nursing Care, Alopecia Areata Universal, Nursing Process.

1 | INTRODUÇÃO

A evolução da enfermagem atrela-se às mudanças vivenciadas na sociedade, levando os seus profissionais a se questionarem e a refletirem sobre a sua situação prática. A partir daí, desenvolveu-se um método científico destinado a cuidar do ser humano de forma individualizada e sistematizada, denominado Processo de Enfermagem - PE, cujo objetivo é observar o paciente/cliente como um todo (MARINELLI; SILVA A.; SILVA D., 2016).

Para o profissional de enfermagem responsável pela equipe e pelo cuidado com o paciente, é imprescindível que tenha conhecimento sobre o modelo de saúde que será executado, bem como habilidades e competências necessárias às suas aplicações. Ele deverá observar minuciosamente os procedimentos realizados por sua equipe, para que não seja colocada em risco a prestação de serviço oferecida ao cliente/paciente. Além disso, incorporar a SAE é dotar a enfermagem de cientificidade, promovendo o cuidado e visando o holístico.

Assim sendo, esse estudo de caso teve como objetivo a aplicação prática da SAE, onde os alunos buscaram um paciente para aplicar os cinco passos para o PE (Processo de Enfermagem). Buscando ainda, especificamente, pesquisar alguns dados científicos que complementaram o conhecimento técnico-científico da realidade apresentada pelo paciente para auxílio completo deste, auxiliando-o em seu processo de evolução positiva ante ao seu quadro clínico apresentado.

2 | IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

Nome: L. M. F.

Idade: 21 anos.

Sexo: Feminino.

Cor: Branca.

Escolaridade: Superior incompleto.

Naturalidade: São Gonçalo do Sapucaí – MG.

Estado civil: Solteira.

Profissão: Estudante.

Ocupação: Líder Produção e Aux. Escritório.

Religião: Não declarada.

3 | QUEIXA PRINCIPAL

Tosse há mais de 11 meses, com falta de ar, dores no peito e irritação ocular e nasal, ressecamento e sangramento nasal frequente (epistaxe). Paciente também é portadora de Alopecia Areata Universal (forma mais grave de Alopecia).

4 | HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

Paciente relatou que o diagnóstico de Alopecia Areata Universal teve início com um ano e sete meses de vida. Começou com perda de cabelo até a perda total dos pêlos. Seu tratamento foi iniciado logo no princípio da percepção da doença e prolongou-se até 12 anos de idade, não trazendo resultados.

5 | HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL

5.1 História de vida

Paciente relatou que com um ano e sete meses teve perda total dos cabelos, logo em seguida descobrindo a Alopecia Areata Universal. Fez tratamento até 12 anos de idade onde pediu alta, pois não via resultados satisfatórios, após isso, nunca teve nenhum problema sério de saúde, mas sempre denotava algo relativamente “leve”.

5.2 Antecedentes fisiológicos e patológicos

Paciente informou eliminações fisiológicas normalmente presentes, fazer uso de bebidas alcoólicas socialmente, alimentar-se por via oral com dieta geral, praticar atividade física regularmente, sono normal, ingesta hídrica muito baixa e histórico vacinal em dia.

5.3 Antecedentes sociais

Trabalha numa empresa de artesanato, onde ocupa a função de líder de produção e auxiliar de escritório. Nas horas vagas gosta de fazer musculação, caminhar ou andar de bicicleta. Declara ter se adaptado bem à doença, e que ela não lhe atrapalha em seu convívio social, a mesma apresenta satisfação em sair para beber com amigos ou fazer algo mais caseiro.

6 | HISTÓRICO FAMILIAR

Paciente relata ter familiares com Diabetes Mellitus e problemas relacionados com Hipertensão Arterial Sistêmica e gastrite.

7 | DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

7.1 Alopecia Areata Universal

A Alopecia Areata (AA) é uma doença que acomete homens e mulheres, sobretudo jovens, sendo caracterizada pela perda de pêlos em uma ou várias áreas do couro cabeludo, podendo comprometer também a barba, os supercílios e o períneo. Como consequência, placas alopécicas tipicamente circulares constituídas de pele lisa sem sinais inflamatórios são formadas, podendo evoluir para quadros favoráveis de repilação espontânea, ou para quadros mais graves de alopecia total (progressão extensiva no couro cabeludo) ou alopecia universal (toda a superfície corporal). Acredita-se que a patogenia da AA esteja relacionada a fatores genéticos, autoimunes e ao estresse emocional (CARVALHO; D'ACRI, 2014).

Alopecia Areata é uma desordem comum que acomete 1 a 3% dos pacientes que visitam clínicas dermatológicas. É uma dermatose inflamatória cuja etiopatogenia envolve fatores imunológicos e genéticos, acometendo mais frequentemente o couro cabeludo, mas pode ocorrer também em outras áreas, como supercílios, cílios, barba e pelos pubianos. Pode manifestar-se como perda acentuada de cabelo, de forma circular, notada geralmente pelo cabeleireiro. Na forma limitada da AA, a lesão é caracterizada por ser bem circunscrita, redonda/oval, sendo bem delimitadas as fronteiras entre o couro cabeludo normal e o afetado. Às vezes, a área alopécica pode ter cor azulada devido ao fenômeno da “incontinência melanínica”, que se desenvolve em pessoas com pele escura (MANNE *et al.*, 2011).

7.2 Diagnóstico

Diversas são as manobras que envolvem o exame tricológico, dentre elas: estudo da densidade capilar, estudo da queda espontânea, teste de tração suave, tricograma e dermatoscopia. Para casos de dúvida diagnóstica, indica-se a realização de biópsia do couro cabeludo (CARVALHO; D'ACRI, 2014).

Em geral, os pacientes referem importante queda de cabelos e surgimento abrupto de uma ou mais áreas alopécicas. Caracteristicamente, a lesão da AA é uma placa alopécica lisa com coloração da pele normal localizada no couro cabeludo ou qualquer outra área pilosa. As lesões podem ser discretamente eritematosas e edematosas na fase aguda da doença. Nas formas em placa, deve-se diferenciar a AA da tinha do couro cabeludo, da pseudopelada de Brocq, do lúpus discoide do couro cabeludo, da tricotilomania e do líquen plano pilar localizado. Alopecia androgenética, eflúvio telógeno agudo e sífilis secundária entram no diagnóstico diferencial das formas difusas de AA. A clínica, juntamente com exames complementares, como sorologia para sífilis, tricograma e biópsia ajudarão na definição do quadro (RIVITTI, 2005).

7.3 Prognóstico

A AA é uma doença que apresenta curso dinâmico e imprevisível. Um paciente que apresenta alopecia unifocal pode progredir com perda de todo o cabelo no couro cabeludo, assim como de todo o corpo. A esse fato, só seria possível definir de maneira correta o prognóstico de um paciente depois de decorrido tempo suficiente para se observar a sua progressão inteira (CARVALHO; D'ACRI, 2014).

Segundo Carvalho e D'acri (2014), para melhor classificação clínica de AA devem-se estratificar os pacientes por grau de envolvimento (percentual de perda de cabelo), padrão de perda de cabelo (por exemplo, desigual, difusa, ofiásica, etc), localização anatômica (couro cabeludo, face ou corpo) e duração da doença. Fatores de risco para um pior prognóstico podem incluir início precoce da AA, história familiar, tipo de Antígeno leucocitário humano (HLA) e presença de atopia associada. Porém, devido ao curso variável da AA, continua sendo um desafio combinar de forma eficaz e ponderar as diferentes variáveis para um correto esquema de classificação e prognóstico.

7.4 Tratamento na paciente

Geralmente a escolha do tratamento depende da idade da paciente e da extensão da doença, e os melhores resultados ocorrem nos casos mais leves e moderados, pois a recuperação nos pacientes com alopecia universal ocorre em menos de 10% dos casos. Nos casos em que a queda de cabelo foi rápida, extensa e duradoura, os resultados são pobres. Se depois de seis meses não houver resposta, o tratamento pode ser interrompido. O tratamento não é obrigatório, porque não previne novas recidivas, mas costuma ser indicado porque a alopecia pode causar distúrbios psicológicos importantes (REY; BONAMIGO, 2006).

A paciente iniciou tratamento um ano após a queda de cabelos, no Hospital Dermatológico da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), onde fez diversos tratamentos até os 12 anos. As manchas que apresentava na pele tiveram melhora mas ainda assim não apresentou resultados muito satisfatórios, pois os pêlos e cabelos começavam a

crescer e mesmo com tratamento contínuo ou alterado, caíam novamente antes de atingir os níveis mínimos desejados. A paciente relata também reações extremamente incômodas às medicações como taquicardia severa, falta de ar e fraqueza, ou seja, os benefícios estavam sendo menores que os efeitos colaterais do tratamento, o que fez com que a paciente e família optassem por interrompê-lo.

8 I DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os seguintes diagnósticos tiveram embasamento bibliográfico do NANDA I (2018), com objetivo de padronizar a linguagem dos diagnósticos de enfermagem, de forma que os enfermeiros do mundo todo utilizem os mesmos termos e categorizações para o cuidado.

8.1 Proteção Ineficaz

- Domínio 1: Promoção de Saúde.
- Classe 2: Controle da saúde.

8.2 Risco de volume de líquidos deficiente

- Domínio 2: Nutrição.
- Classe 5: Hidratação.

8.3 - Padrão respiratório ineficaz

- Domínio 4: Atividade/repouso.
- Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares.

8.4 Conforto prejudicado

- Domínio 12: Conforto.
- Classe 1: Conforto físico.

9 I INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

As intervenções foram baseadas segundo a NIC (2016). Intervenções essas que os enfermeiros realizam para os pacientes, sejam elas independentes ou colaborativas, de cuidado direto e indireto dos pacientes.

9.1 Proteção Ineficaz

- Identificação de risco.

- Supervisão de Pele.
- Cuidados da pele: tratamentos tópicos

9.2 Risco de volume de líquidos deficiente

- Controle hídrico.

9.3 Padrão respiratório ineficaz

- Controle de alergia.
- Controle da anafilaxia.
- Administração de medicamentos.
- Administração de medicamentos via nasal.
- Supervisão.

9.4 Conforto prejudicado

- Supervisão.

10 | AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

As avaliações foram realizadas seguindo a tabela NOC (2016), a qual o enfermeiro faz uma descrição do resultado atual e escolha do resultado desejado (estado final).

10.1 Proteção Ineficaz

Integridade tissular: pele e mucosas	Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido	Meta
INDICADORES	1	2	3	4	5	
Crescimento de pelos na pele	07/11 09/11 11/11					2
Transpiração				07/11 09/11 11/11		5

Tabela 1 – Indicadores de Integridade Tissular

Fonte: Avaliação dos Resultados pelos Acadêmicos segundo a tabela NOC em 2019

10.2 Conforto prejudicado

<u>Estado de conforto:</u> <u>Graduação Geral</u>	Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido	Meta
INDICADORES	1	2	3	4	5	
Bem estar físico			09/11	07/11 11/11		5

Tabela 2 – Indicadores de Estado de Conforto.

Fonte: Avaliação dos Resultados pelos Acadêmicos segundo a tabela NOC em 2019

10.3 Risco de volume de líquidos deficiente

<u>Estado nutricional:</u> <u>Ingestão de alimentos e líquidos</u> <u>Graduação Geral</u>	Não adequado	Levemente adequado	Moderadamente adequado	Substancialmente adequado	Totalmente adequado	Meta
INDICADORES	1	2	3	4	5	
Ingestão oral de Líquidos	07/11	09/11	11/11			4

Tabela 3 – Indicadores de Estado Nutricional.

Fonte: Avaliação dos Resultados pelos Acadêmicos segundo a tabela NOC em 2019

10.4 Padrão respiratório ineficaz

<u>Estado respiratório</u> <u>Graduação Geral</u>	Desvio Grave da variação normal	Desvio Substancial da variação normal	Desvio moderado da variação normal	Desvio leve da variação normal	Nenhum desvio da variação	Meta
INDICADORES	1	2	3	4	5	
Frequência Respiratória			07/11 09/11	11/11		5
Ausculta dos sons respiratórios			07/11	09/11 11/11		5
Sons respiratórios adventícios			07/11 09/11	11/11		5

Tosse			07/11 09/11	11/11		4
Inquietação			07/11 09/11	11/11		4

Tabela 4 – Indicadores de Estado Respiratório.

Fonte: Avaliação dos Resultados pelos Acadêmicos segundo a tabela NOC em 2019

11 | EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM

Data	Evolução
09/11/19 17h	Paciente queixando-se de tosse e um pouco de falta de ar, nariz ressecado e olho irritado. Informa ter tido epistaxe nasal no dia anterior e ainda estar tentando melhorar a ingesta hídrica, mas que ainda está bebendo pouca água, eliminações fisiológicas normais, alimentação por via oral com dieta normal, mas não comeu nada no café da manhã por nariz estar entupido. Apresenta-se lúcida, consciente, orientada comunicativa, afebril, normopneica, dicção normal, respiração em ar ambiente. Ao exame físico direcionado: estado geral bom, ECG= 15, PA= 110 x 60 mmHg, FR= 21 irpm, FC= 72 bpm, TAX= 36,5° C. Cabeça: Boca hidratada, olhos vermelhos irritados, nariz com ressecamento e vestígios de sangramento. Tórax: expansividade simétrica, percussão do som timpânico no ápice e maciço à esquerda próximo ao coração. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes e ruídos adventícios de sibilos em ápice à direita.
11/11/19 20:40h	Paciente queixando-se de tosse persistente e nariz ressecado. Informa ter tido epistaxe nasal pela manhã e ainda estar tentando melhorar a ingesta hídrica, mas que ainda está bebendo pouca água, embora um pouco melhor que no início das consultas, eliminações fisiológicas normais, alimentação por via oral com dieta geral, refeições realizadas normalmente. Apresenta-se lúcida, consciente, orientada comunicativa, afebril, normopneica, dicção normal, respiração em ar ambiente. Ao exame físico direcionado: estado geral bom, ECG=15, PA= 120x60 mmHg, FR= 17 irpm, FC= 81bpm, TAX= 36,2° C. Cabeça: Boca hidratada, nariz com ressecamento e vestígios de sangramento. Tórax: expansividade simétrica, percussão do som timpânico no ápice e maciço à esquerda próximo ao coração. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes sem presença de ruídos adventícios.

Tabela 5 – Evoluções de Enfermagem.

Fonte: Elaborada pelos autores em 2019.

12 | CONCLUSÃO

No que se relaciona ao efetivo exercício da profissão, o enfermeiro, ao sistematizar suas ações, por intermédio do Diagnóstico de Enfermagem, mantém-se alinhado com os procedimentos internacionalmente reconhecidos e transmite para o paciente maior grau de profissionalismo que, sem dúvidas, lhe transmite maior confiabilidade.

Com o avanço da tecnologia da informação e o uso de seus recursos, há que se

observar a padronização da linguagem da área de enfermagem, pois essa especificidade é que consolida uma ciência. Por isso, torna-se relevante estimular as atitudes positivas no que tange à utilização do Diagnóstico de Enfermagem, no âmbito acadêmico e profissional. Sob esse enfoque, convém frisar a importância do instrumento que possa mensurar a percepção dos alunos e enfermeiros frente à utilização do preconizado na NANDA (2018). Conseqüentemente, percebemos que a sistematização existente na SAE com suas cinco fases tem como etapa principal o Diagnóstico de Enfermagem.

Sendo assim, com a SAE implantada à patologia Alopecia Areata Universal, uma dermatose inflamatória que leva à queda dos pêlos de todo o corpo, avaliada no presente projeto, concluiu-se que o profissional requer comprometimento com o conhecimento, além do aprimoramento profissional, por intermédio da utilização de procedimentos padronizados, garantindo resultados satisfatórios, se responsabilizando por evitar frustrações, atingindo metas utilizando de recursos técnico-científicos e a satisfação dos dois principais atores envolvidos no processo: o enfermeiro e o paciente.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Lara Trindade; D'ACRI, Antonio Macedo. **Alopecia Areata: Revisão Bibliográfica e Relato de Caso**. Cad Bras Med XXVII (3): 1-58, 2014.

MANE M, Nath AK, Thappa DM et al. **Utility of dermoscopy in alopecia areata**. Indian J Dermatol. 2011;56:407-11.

MARINELLI, Natália Pereira; SILVA, Allynne Rosane Almeida; SILVA, Déborah Nayane Oliveira. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, 2016.

NANDA- I DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO. 11^a Edição. Porto Alegre, Editora Artmed, 2018.

NIC: Classificação Das Intervenções de Enfermagem. 6^a Edição. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan, 2016.

NOC: Classificação Dos Resultados de Enfermagem. 5^a Edição. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan, 2016.

REY, MCW; BONAMIGO, RR. **Tratamento da Alopecia Areata**. Rv Med Cutan Iber Lat Am 2006;34-(2):49-56.

RIVITTI EA. **Alopecia areata: revisão e atualização**. An. Bras. Dermatol. 2005;80(1):57-68.

CAPÍTULO 20

PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NO CUIDADO AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 04/05/2020

Cristina da Silva Fernandes

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE
<http://orcid.org/0000-0002-4514-3107>

Dariane Verissimo de Araújo

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE
<https://orcid.org/0000-0001-5459-9678>

Magda Milleyde de Sousa Lima

Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza, CE
<https://orcid.org/0000-0001-5763-8791>

Natasha Marques Frota

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Redenção, CE
<http://orcid.org/0000-0001-8307-6542>

Nelson Miguel Galindo Neto

Instituto Federal do Pernambuco (IFPE)
Pesqueira, PE
<http://orcid.org/0000-0002-7003-165x>

Joselany Áfio Caetano

Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza, CE
<http://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

Lívia Moreira Barros

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Redenção, CE
<http://orcid.org/0000-0002-0174-2255>

RESUMO: Objetivo: analisar as evidências disponíveis na literatura sobre práticas de enfermeiros no cuidado aos pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE). **Método:** revisão integrativa realizada em sete bases de dados relevantes na área da saúde, sendo a amostra composta por 20 pesquisas, as quais foram agrupadas em três categorias de cuidados: gerenciais, assistenciais e educacionais. **Resultados:** O principal cuidado identificado na dimensão gerencial foi: coordenação do cuidado; assistencial: triagem de disfagia; educacional: orientação quanto a realização de exames. **Conclusão:** A síntese do conhecimento gerado pode auxiliar os enfermeiros na tomada de decisão, uma vez que a enfermagem tem potencial para ser protagonista no planejamento e na implementação de melhores práticas em prol da reabilitação do paciente.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem em neurociência, Acidente Vascular Encefálico, Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: Objective: To analyze the evidence available in the literature on the practices of nurses in the care of patients with stroke. **Method:** Integrative review carried out in seven relevant databases in the health area, and the sample comprised 20 surveys, which were grouped into three categories of care: managerial, care and educational. **Results:** The main care identified in the managerial dimension was: care coordination; assistance: dysphagia screening; educational: exam guidance. **Conclusion:** The synthesis of the generated knowledge can help the nurses in

the decision making, once the nursing has potential to be protagonist in the planning and implementation of better practices in favor of the patient's rehabilitation.

KEYWORDS: Neuroscience nursing, Brain stroke, Nursing care.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo (FEIGIN *et al.*, 2014). No Brasil, apesar do decaimento nas taxas de mortalidade, o AVE ainda é a principal causa de morte. A incidência desta doença dobra a cada década após os 55 anos de idade, afetando em especial a população idosa. A prevalência mundial na população geral é estimada em 0,5% a 0,7%. Além de sua elevada incidência, o AVE tem sido o principal motivo de internações hospitalares e incapacidades, resultando em sérias consequências, tais como: sequelas de ordem física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras (SILVA *et al.*, 2018).

Pacientes admitidos em unidades de AVE organizadas possuem maior probabilidade de sobrevivência. Há evidência de um esforço multidisciplinar nos cuidados direcionados a esses pacientes e, nessa equipe, encontra-se o enfermeiro descrito como um membro significativo da equipe de reabilitação. No entanto, o papel desse profissional tem sido difícil de descrever (LOFT *et al.*, 2017).

Estudos anteriores apontam que a contribuição da enfermagem é descrita como vaga e pouco clara pelos enfermeiros, profissionais colaboradores, pacientes e familiares. Algumas fontes afirmam que os enfermeiros acreditam que a reabilitação é algo distinto do cuidado. A falta de um papel claramente definido pode causar desafios à colaboração interdisciplinar (JOHNSON, 2015).

Além disso, os cuidados direcionados aos pacientes diagnosticados com AVE são diversos e mutáveis de acordo com a estrutura da unidade de atendimento. Dessa forma, diferentes intervenções são aplicadas conforme a necessidade, cultura e capacidade de adesão dos clientes, em diversas partes do mundo. Ainda assim, o fazer da enfermagem precisa estar claro diante de sua prática, o que evitará possíveis vieses de cuidado e erros assistenciais.

Assim, para alcançar melhora no quadro clínico dos pacientes, os enfermeiros precisam pensar criticamente com base no conhecimento científico e em um modelo comum no processo de enfermagem, que inclui a linguagem padronizada dos sistemas e estratégias de cuidado a serem adotadas. Esses sistemas consistem em ferramentas para auxiliar e qualificar o cuidado, porque subsidiam o diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem, contribuindo para uma comunicação e documentação mais eficazes e implementação da prática clínica (NONNENMACHER *et al.*, 2017).

Dessa forma, o estudo se justifica pela necessidade de organização na descrição dos

cuidados realizados pelos enfermeiros durante a hospitalização do paciente diagnosticado com AVE. Além disso, visa trazer benefícios para a prática clínica, bem como fomentar as evidências científicas na neuro-enfermagem.

Portanto, com o propósito de sintetizar evidências que possam auxiliar a tomada de decisão do enfermeiro no cuidado ao paciente neurocrítico, o objetivo da presente revisão integrativa foi analisar as evidências disponíveis na literatura sobre práticas de enfermeiros no cuidado aos pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE).

MÉTODOS

O método de síntese do conhecimento adotado foi o de revisão integrativa, cuja realização se deu no período de agosto a setembro de 2019. Para condução dessa investigação, percorreram-se cinco etapas: elaboração da questão norteadora (identificação do problema), busca dos estudos na literatura, avaliação dos estudos, análise dos dados e apresentação da revisão (SOARES *et al.*, 2014).

A questão norteadora da pesquisa foi “Quais são as evidências científicas disponíveis na literatura sobre as práticas de enfermagem aos pacientes diagnosticados com Acidente Vascular Encefálico?”. Para a construção da questão a estratégia PICO foi utilizada, sendo P de população, paciente ou problema (pacientes com AVE), I de intervenção ou área de interesse (práticas de enfermagem) e para o elemento O (desfecho) foram empregados práticas de enfermagem que impactam de maneira positiva no quadro clínico do cliente com AVE. Enfatiza-se que o elemento C, de comparação entre intervenção ou grupo, não foi empregado devido ao tipo de revisão.

Para a busca dos estudos, foram selecionadas as bases de dados Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Scopus, Web of Science acessadas pelo Portal Periódicos Capes; Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) ingressada pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) acessada pela Pubmed; portal Scielo e biblioteca Cochrane.

Em cada base de dados, os descritores controlados foram delimitados pelo Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e MeSH (Medical Subject Headings). Foi empregado o cruzamento: (“Acidente Vascular Cerebral” OR “Acidente Cerebrovascular” OR “Stroke”) AND (“Cuidados” OR “Empatía” OR “Empathy”) AND (“Enfermagem” OR “Enfermería” OR “Nursing”).

Os critérios de seleção delimitados foram estudos que abordavam os cuidados realizados pela equipe de enfermagem, pesquisas cujos autores investigaram as estratégias utilizadas para a melhora do quadro clínico do paciente diagnosticado com AVE, disponíveis gratuitamente na íntegra, publicados em inglês, português e espanhol, no período de setembro de 2014 a setembro de 2019. A delimitação desse período é justificada para

assegurar quantitativo adequado de estudos, uma vez que a inclusão de volume elevado de pesquisas pode inviabilizar a condução de revisão integrativa ou introduzir vieses nas etapas seguintes do método.

Foram excluídas publicações repetidas, teses, dissertações, monografias e editoriais. Na avaliação dos estudos, a nomenclatura relativa ao tipo de estudo indicada pelos autores foi mantida. Quando o tipo de estudo não foi descrito de forma clara pelos pesquisadores, a análise foi fundamentada nos conceitos sobre metodologia científica de pesquisadores da enfermagem (POLIT; BECK, 2012).

Segundo a questão clínica do estudo, pesquisadores propuseram hierarquias de evidências, que foram adotadas na presente revisão para classificar a força de evidência. Dessa forma, a questão clínica do estudo pode ser de Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico. A força da evidência pode ser classificada em sete níveis, nos quais o mais forte (nível 1) às evidências de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes. Quando a questão clínica de Prognóstico/Predição ou Etiologia, a força da evidência pode ser classificada em cinco níveis, nos quais o mais forte (nível I) consiste nas evidências de síntese de estudos de coorte ou de caso-controle. Com relação à questão clínica sobre Significado, a força da evidência pode ser classificada em cinco níveis, sendo o mais forte (nível I) as evidências de metassíntese de estudos qualitativos (TOSTES; GALVÃO, 2019).

A extração dos dados dos estudos foi executada com o auxílio de instrumento adaptado de Ursi (2005), o qual foi validado em sua dissertação sobre prevenção de lesões de pele no perioperatório. A análise dos dados da revisão integrativa foi elaborada na forma descritiva. Para cada estudo incluído, elaborou-se um quadro-síntese contendo as seguintes informações: título do artigo, autor(es), periódico, ano de publicação, objetivo(s), detalhamento amostral, tipo de estudo, principais resultados e conclusões, o qual permitiu a comparação das diferenças e similaridades entre as pesquisas, a organização dos dados.

Os aspectos éticos e legais foram respeitados, tendo em vista que os estudos encontrados em periódicos nacionais e internacionais que foram incluídos na pesquisa tiveram os nomes dos seus autores referenciados sempre após a citação de suas contribuições.

RESULTADOS

Na busca nas bases de dados, identificaram-se 2080 publicações potencialmente elegíveis (Medline=1548; Lilacs=93; Scopus=257; Cinahl=8; Web of Science=7; Cochrane=129; Scielo=38). Após a leitura do título e resumo de cada publicação, 34 eram duplicadas e foram excluídas. Do total restante (n=2046), após aplicação dos critérios de seleção, foram excluídas 514 publicações que não se relacionavam com o objeto de estudo ou não descreviam de forma clara o delineamento do estudo. Assim, a amostra da revisão

integrativa foi composta de 20 estudos, conforme Figura 1.

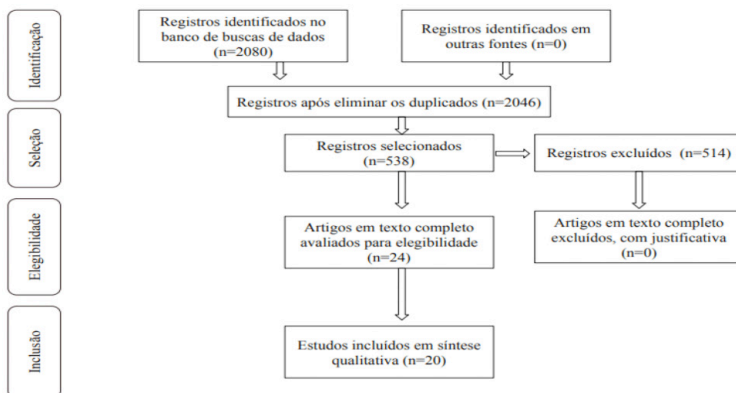


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)

Dos 20 estudos selecionados, seis foram classificados com tipo de questão clínica de Prognóstico/Predição ou Etiologia, sendo todos com nível de evidência IV; nove foram classificados com tipo de questão clínica de Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico, sendo três com nível de evidência I, dois com nível de evidência III e quatro nível IV. Dos quatro estudos classificados com questão clínica de Significado, todos eram nível de evidência II.

No quadro 1, apresenta-se a caracterização dos estudos selecionados na amostra final da revisão (n=20).

Autor (es)	Ano	Tipo de estudo	Questão clínica/nível de evidência
Tulek <i>et al</i>	2017	Estudo descritivo	Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/ Teste diagnóstico/IV*
Rosbergen <i>et al</i>	2017	Estudo descritivo	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico/ IV*
Loft <i>et al</i>	2017	Estudo descritivo	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico/ IV*
Burau <i>et al</i>	2017	Estudo de caso	Prognóstico/Predição ou Etiologia/IV§
Palli <i>et al</i>	2017	Estudo de caso-controle	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico/III*
Poulsen <i>et al</i>	2017	Estudo descritivo	Prognóstico/Predição ou Etiologia/IV*
Case	2017	Estudo quase-experimental	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico/III*
Nonnenmacher <i>et al</i>	2017	Estudo descritivo	Prognóstico/Predição ou Etiologia/IV*

Theofani-dis <i>et al</i>	2016	Revisão sistemática	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico/I*
Liu <i>et al</i>	2016	Estudo descritivo	Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/ Teste diagnóstico/IV*
Hines <i>et al</i>	2016	Revisão sistemática	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico/I*
Brito-Brito <i>et al</i>	2015	Estudo de caso	Prognóstico/Predição ou Etiologia/IV§
Klinke <i>et al</i>	2015	Revisão sistemática	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico/I*
Clarke <i>et al</i>	2015	Estudo exploratório	Prognóstico/Predição ou Etiologia/IV§
Souza <i>et al</i>	2014	Estudo de coorte	Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste diagnóstico/†IV
Nunes <i>et al</i>	2017	Revisão integrativa	Significado/†II
Fontes <i>et al</i>	2017	Revisão integrativa	Significado/†II
Araújo <i>et al</i>	2015	Estudo descritivo	Prognóstico/Predição ou Etiologia/IV§
Morais <i>et al</i>	2015	Revisão integrativa	Significado/†II
Cavalcante <i>et al</i>	2018	Revisão integrativa	Significado/†II

*I- evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; †II- evidências de um único estudo qualitativo; *III- estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; *IV -evidências de um único estudo qualitativo ou descritivo; §IV - estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; †IV- evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos, segundo autor(es), ano de publicação, tipo de estudo, questão clínica e nível de evidência, (n=20), Sobral, Ceará, Brasil, 2019.

A partir da leitura completa dos artigos que compuseram a amostra final da revisão, foram elencadas três categorias, a primeira descreve atividades gerenciais, nelas o enfermeiro tem a possibilidade de organizar o processo de trabalho, com o objetivo de torná-lo mais qualificado; a segunda discorre sobre cuidados assistenciais, neles o profissional desempenha papéis fundamentais para a reabilitação do paciente; a terceira enuncia práticas educacionais, as quais proporcionam aplicação de estratégias úteis para a recuperação do cliente. As categorias são apresentadas, respectivamente, nos quadros 2, 3 e 4.

Atividades gerenciais	Artigo (n=8)
Plano de cuidado individualizado	Bureau <i>et al.</i> , 2017; Loft <i>et al.</i> , 2017
Coordenar as ações de cuidados	Araújo <i>et al.</i> , 2015; Case, 2017; Poulsen <i>et al.</i> , 2017
Prevenção de quedas	Cavalcante <i>et al.</i> , 2018
Planos de assistência individual para prevenção secundária do AVE	Cavalcante <i>et al.</i> , 2018; Tulek <i>et al.</i> , 2017
Acompanhamento dos resultados e controle quanto aos objetivos do tratamento serem atingidos	Morais <i>et al.</i> , 2015; Tulek <i>et al.</i> , 2017

Quadro 2 – Caracterização das atividades gerenciais do enfermeiro direcionadas ao paciente com AVE, (n=8). Sobral, Ceará, Brasil, 2019.

Dentre as cinco atividades gerenciais identificadas, a que mais prevaleceu foi a coordenação das ações de cuidado. O enfermeiro além de líder e protagonista principal da equipe de enfermagem, cabe a ele o gerenciamento de recursos físicos, materiais e humanos, o que requer conhecimentos e habilidades técnico-científicas para desenvolvimento da assistência qualificada. Para tal, o enfermeiro deve ter o papel de solucionar problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação e desenvolver estratégias para garantir a aplicação do cuidado.

Cuidados assistenciais	Artigo (n=17)
Estimulação quanto a realização de atividades recreativas	Fontes <i>et al.</i> , 2017; Klinke <i>et al.</i> , 2015; Rosbergen <i>et al.</i> , 2017
Incentivo a autonomia	Loft <i>et al.</i> , 2017; Morais <i>et al.</i> , 2015
Avaliação da capacidade de eliminação intestinal e vesical	Theofanidis <i>et al.</i> , 2016
Estímulo a realização de exercícios motores	Clarke <i>et al.</i> , 2015; Klinke <i>et al.</i> , 2015
Redução da ansiedade da família e do paciente	Fontes <i>et al.</i> , 2017
Avaliação do nível de consciência	Fontes <i>et al.</i> , 2017; Nonnenmacher <i>et al.</i> , 2017; Theofanidis <i>et al.</i> , 2016; Tulek <i>et al.</i> , 2017
Balanço hídrico	Tulek <i>et al.</i> , 2017
Avaliação da capacidade de deglutição	Hines <i>et al.</i> , 2016; Liu <i>et al.</i> , 2016; Loft <i>et al.</i> , 2017; Palli <i>et al.</i> , 2017; Theofanidis <i>et al.</i> , 2016; Tulek <i>et al.</i> , 2017
Mudança de decúbito a cada duas horas	Theofanidis <i>et al.</i> , 2016; Tulek <i>et al.</i> , 2017
Cuidado emocional	Brito-Brito <i>et al.</i> , 2015; Cavalcante <i>et al.</i> , 2018; Nunes <i>et al.</i> , 2017; Theofanidis <i>et al.</i> , 2016; Tulek <i>et al.</i> , 2017
Verificação de sinais vitais	Nonnenmacher <i>et al.</i> , 2017; Theofanidis <i>et al.</i> , 2016

Avaliação sensorial	Nonnenmacher <i>et al.</i> , 2017
Preparação e administração de medicamentos	Araújo <i>et al.</i> , 2015; Nonnenmacher <i>et al.</i> , 2017; Fontes <i>et al.</i> , 2017
Monitoramento hemodinâmico não invasivo	Nonnenmacher <i>et al.</i> , 2017
Cuidados com o acesso venoso periférico	Nonnenmacher <i>et al.</i> , 2017
Observação dos efeitos colaterais das medicações	Fontes <i>et al.</i> , 2017; Nonnenmacher <i>et al.</i> , 2017
Manutenção do paciente com cabeceira elevada	Cavalcante <i>et al.</i> , 2018; Theofanidis <i>et al.</i> , 2016
Cuidados com a pele	Cavalcante <i>et al.</i> , 2018; Fontes <i>et al.</i> , 2017
Cuidado bucal	Cavalcante <i>et al.</i> , 2018

Quadro 3 – Cuidados assistenciais desenvolvidos pelo enfermeiro direcionadas ao paciente com AVE, (n=17). Sobral, Ceará, Brasil, 2019.

Dos vinte e nove cuidados assistenciais elencados, destaca-se a avaliação da capacidade de deglutição, associada a uma das sequelas do AVE. Assim, faz-se necessário realizar triagem de disfagia, com o objetivo de prevenir complicações como a broncoaspiração e pneumonia aspirativa.

Práticas educacionais	Artigo (n=7)
Educação do paciente e da família sobre rotinas e cuidados durante a hospitalização	Nonnenmacher <i>et al.</i> , 2017
Educação em saúde	Tulek <i>et al.</i> , 2017
Aconselhamento sobre fatores de risco e mudança de hábitos	Tulek <i>et al.</i> , 2017
Orientação quanto aos cuidados pós-AVE	Rosbergen <i>et al.</i> , 2017
Orientação quanto a realização de exames	Fontes <i>et al.</i> , 2017; Morais <i>et al.</i> , 2015
Orientações quanto a prevenção de quedas	Cavalcante <i>et al.</i> , 2018
Orientações quanto ao cuidado bucal	Cavalcante <i>et al.</i> , 2018
Orientação sobre o uso das medicações prescritas na alta	Burau <i>et al.</i> , 2017

Quadro 4 – Práticas educacionais desenvolvidas pelo enfermeiro direcionadas ao paciente com AVE, (n=7). Sobral, Ceará, Brasil, 2020

Em relação às oito práticas educacionais listadas, destacou-se a orientação quanto a realização de exames. A investigação por neuroimagem é umas das etapas de confirmação diagnóstica do AVE, nela o enfermeiro possui o papel fundamental de orientar o motivo do exame e os cuidados durante sua realização.

DISCUSSÃO

As atividades gerenciais enquadram-se em uma das dimensões de cuidado ao paciente com AVE desenvolvidas pelo enfermeiro. Estudo observacional realizado com enfermeiros na Dinamarca, anunciou que o trabalho desses profissionais é complexo e fluido. Por outro lado, os enfermeiros claramente se vêem como coordenador do processo de cuidado (POULSEN *et al.*, 2017). Ainda nesse contexto, pesquisa exploratória realizada no sul de Minas Gerais - Brasil, inferiu que o enfermeiro no contexto hospitalar realiza atividades que permite-lhe interferir na tomada de decisões dentro da organização (SOARES *et al.*, 2016). Nesse sentido, as inferências correlacionam-se à principal atividade gerencial identificada nesta pesquisa, ou seja, a coordenação do cuidado.

Ressalta-se ainda, o desenvolvimento de planos de cuidado individualizados, descrito como outra atividade gerencial necessária. Estudo transversal, quantitativo realizado no nordeste do Brasil constatou que além da otimização da prática, o plano de cuidados deve trabalhar em prol das necessidades humanas básicas, caracterizadas pelos aspectos ligados ao alimento, à água, à segurança, ao amor, necessários à sobrevivência e à saúde (SOUZA NETO *et al.*, 2017). Assim, a implementação do plano de cuidados, alicerçado em um referencial teórico e planejado de forma individualizada, guia e aprimora a prática, dirigindo a observação dos fenômenos, a intervenção de enfermagem e os resultados esperados.

Em relação aos cuidados assistenciais, pode-se destacar a avaliação do nível de consciência. Estudo de desenvolvimento metodológico publicado em 2019 afirma que a prática da avaliação do nível de consciência é fundamental para monitorização, execução de intervenções e decisão de diagnósticos de enfermagem e médico, sendo prática diária na assistência de pacientes graves. Além disso, a avaliação do nível sensorial, também, se faz necessária (BARROS *et al.*, 2019).

No entanto, muitas vezes, essa avaliação é feita por julgamentos que possuem conceitos definidos de forma imprecisa e por isso estão condicionados a uma avaliação subjetiva. A demora em detectar sinais de alteração do nível de consciência pode induzir a erros de diagnóstico e ter consequências adversas, como o término prematuro do tratamento e a perda da oportunidade clínica para a continuação do tratamento (BARROS *et al.*, 2019).

Outro cuidado assistencial realizado é a verificação dos sinais vitais, o qual é recomendado pelas diretrizes americanas para tratamento agudo do AVE. Atenção especial deve ser dada a monitorização da Pressão Arterial (PA). Estudo observacional realizado em São Paulo - Brasil demonstrou que existe associação entre alterações de PA e a ocorrência de eventos adversos, tais como parada cardíaca, internação não planejada em Unidade de Terapia Intensiva e aumento da mortalidade (DANIEL *et al.*, 2017). Ademais, estudo realizado nos Estados Unidos, em 2011, demonstrou que existe diferença significativa

entre a frequência de registros da PA e os níveis de classificação de risco dos pacientes (MILTNER *et al.*, 2014). Portanto, atenção qualificada à supervisão e controle de PA poderá alterar a ocorrência de prognóstico indesejável.

Outro cuidado relacionado à verificação de sinais vitais é a monitorização não invasiva. Revisão integrativa sobre os aspectos epidemiológicos, clínicos e assistenciais da monitorização não invasiva mostrou que esse cuidado é caracterizado como um dos mais importantes no atendimento de pacientes neurocríticos. Atualmente, é possível detectar e analisar uma grande variedade de sinais fisiológicos através de diferentes técnicas, invasivas e não invasivas (SILVA *et al.*, 2019). O enfermeiro deve ser capaz de selecionar e executar o método de monitorização mais apropriado de acordo com as necessidades individuais do paciente, considerando a relação risco-benefício da técnica.

Identificou-se ainda os cuidados com Acessos Venosos Periféricos (AVP) e medicações. Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* e a *Infusion Nurses Society (INS)*, são realizadas, anualmente, milhões de AVPs, podendo sua prática originar complicações. Desse modo, destacam-se as falhas relacionadas à manutenção de cateteres, podendo resultar em infecções relacionadas à assistência à saúde. Sendo observado ainda a incidência de iatrogenias relacionadas a administração de medicações (LANZA *et al.*, 2019).

De acordo com estudo realizado em Sergipe, no Brasil, os profissionais de enfermagem representam a categoria profissional com maior envolvimento na manipulação dos acessos vasculares e, conseqüentemente, apresentam maior possibilidade de atuação na prevenção de complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Nesse sentido, a orientação quanto ao uso de medicações é um cuidado que transcende às intervenções hospitalares e deve ser realizado, também, durante o planejamento de alta hospitalar.

Outra intervenção necessária é a avaliação da capacidade de eliminação. Resultados de uma revisão sistemática da literatura revelou que as funções da bexiga e do intestino encontram-se prejudicada pelo AVE e pode afetar metade de todos os sobreviventes dessa enfermidade, além de aumentar o tempo de reabilitação. A avaliação completa das vias urinárias deve incluir o entendimento de padrões pré-mórbidos, monitoramento rigoroso e registro preciso das eliminações, pois a retenção é um dos principais fatores que contribuem para infecções do trato urinário (THEOFANIDIS; GIBBON, 2016). Desse modo, é revelada a importância do balanço hídrico realizado pelos enfermeiros durante os cuidados no AVE e avaliação da capacidade de eliminação durante o planejamento de alta hospitalar.

Foi constatado, também, a avaliação da capacidade de deglutição. Segundo Bray *et al* (2017), a triagem para disfagia antes da primeira ingestão oral de líquidos ou sólidos após o AVE pode reduzir a aspiração/pneumonia e é recomendado de acordo com as diretrizes clínicas, independentemente da gravidade inicial do AVE. Dessa forma, esse cuidado deve ser prioritário do enfermeiro, uma vez que ele é o profissional que se encontra 24 horas à beira do leito do paciente, seja cuidando de forma direta ou coordenando às intervenções

prestadas aos clientes.

Nessa perspectiva, outro cuidado que possui o mesmo objetivo da triagem para disfagia é a manutenção da cabeceira elevada, em pelo menos 45° graus. Além disso, esses cuidados anteriormente descritos devem ser realizados também no planejamento de alta hospitalar.

Outro cuidado relacionado a mobilidade é a mudança de decúbito. Estudo descritivo realizado no Mato Grosso do Sul, mostrou que dentre as ações de enfermagem, a mudança de decúbito foi a mais encontrada em 82,7% das prescrições, com maior associação à ausência de Lesão por Pressão (LP). O reposicionamento dos indivíduos promove a redistribuição da pressão, principalmente em áreas de proeminências ósseas (MENDONÇA *et al.*, 2018). Esse cuidado deve ser realizado ou supervisionado pelo enfermeiro, para todos os clientes, com o registro feito como garantia do cuidado prestado e respaldo para a equipe de enfermagem, bem como, os demais cuidados com a pele, quando necessário.

Outra intervenção descrita foi o apoio psicológico. Estudo do tipo revisão integrativa mostrou que o cuidado emocional envolve ações tomadas para aliviar a dor e sofrimento psicológico fornecendo apoio e reconhecimento das dificuldades dos indivíduos afetados e família. Um aspecto observado foi ouvindo o paciente como uma intervenção muito apreciado pelos indivíduos frágeis (NUNES *et al.*, 2017).

Outro estudo constatou que intervenções em habilidades funcionais e emocionais e estratégias de enfrentamento, como terapia de solução de problemas, reduziu os sentimentos de impotência dos pacientes, o que contribui com a melhora da qualidade de vida (CAVALCANTE *et al.*, 2018). Assim é relevante a prática grupal com paciente e familiares, bem como o incentivo à realização de atividades recreativas, realização de atividade física, o que contribuirá, também, para a redução da ansiedade dos familiares e pacientes.

Outra prática realizada pelo enfermeiro, é educação em saúde. De acordo com um estudo do tipo pesquisa-ação, a educação em saúde é um campo de conhecimento e de prática que busca promover a saúde e prevenir as doenças e agravos nos diversos níveis de complexidade do processo de saúde-doença (RAMOS *et al.*, 2018). Assim dentre os cuidados identificados dentro da educação em saúde ao paciente com AVE e seus familiares, destaca-se a orientação quanto a rotina hospitalar, a prevenção de quedas, o cuidado bucal, a prevenção secundária da enfermidade, o aconselhamento sobre fatores de risco e os cuidados gerais pós-AVE.

A realização de exames, também, foi reconhecida como relevante. Revisão integrativa da literatura indicou que a tomografia computadorizada é um dos exames realizados pelo paciente com AVE, com o objetivo de confirmação diagnóstica e avaliação da evolução da enfermidade, a mesma deve ser realizada em tempo hábil para viabilizar, por exemplo, o uso adequado e seguro do trombolítico dentro das quatro primeiras horas e meia do início do evento, além disso, ações como orientação e aconselhamento quanto

ao exame, precisam ser realizados durante a hospitalização do cliente com AVE (FONTES *et al.*, 2017).

Quanto às limitações da presente revisão, salienta-se que a literatura cinzenta não foi incluída, bem como houve restrição de idiomas. A análise dos dados foi realizada na forma descritiva. Assim, a combinação de dados de diferentes tipos de estudos (abordagem metodológica quantitativa e qualitativa) é um processo complexo que pode acarretar viés na elaboração dos resultados da revisão.

CONCLUSÃO

Diante disso, pode-se afirmar que os enfermeiros durante a hospitalização do paciente com AVE, desde a triagem até a alta, têm um papel vital em cuidar e tratar desses pacientes. Eles também ajudam suas famílias a entender o curso da condição, suas limitações e fornecer uma trajetória realista de melhoria e recuperação. Assim, é possível estabelecer que especialistas em cuidados com AVE salvam vidas, reduzem incapacidades, diminuem a duração da estadia, e geralmente têm sido associados a melhores resultados do paciente.

A contribuição da enfermagem especializada é de suma importância para alcançar os melhores resultados dos pacientes e alta qualidade de atendimento interdisciplinar, fornecendo uma abordagem abrangente, interativa e holística para o AVE-A e durante o processo de planejamento da alta hospitalar.

Os enfermeiros podem utilizar os resultados desta revisão para a tomada de decisão na seleção e implementação de estratégias adequadas para o cuidado ao paciente com AVE, uma vez que a enfermagem tem potencial para ser protagonista no planejamento e implementação das melhores práticas em prol do cuidado ao paciente neurocrítico. Sugere-se novos estudos que descrevam detalhadamente os cuidados de acordo com o nível técnico de superior da equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.R.C; PAULA, E.P; CESTARI, V.R.F; BARBOSA, I.V; CARVALHO, Z.M.F. Classificação da dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Cogitare Enferm**, v.20, n.3, p.581-588, 2015.

BARROS, W.C.T.S; SASSO, G.T.M.D; ALVAREZ, A.G; RAMOS, S.F; MARTINS, S.R. Aplicativo para avaliação do nível de consciência em adultos: produção tecnológica em enfermagem. **Cogitare enferm**. v.24, e60338, 2019. doi.10.5380/ce.v24i0.60338

BRAY, B.D; SMITH, C.J; CLOUD, G.C; ENDERBY, P; JAMES, M; PALEY, L, et al; Colaboração SSNAP. A associação entre atrasos na triagem de avaliação da disfagia após AVC agudo e do risco de acidente vascular cerebral pneumonia associada. **J Neurol Neurocirurgia Psiquiatria**. v. 88, p.25–30, 2017. doi:10.1136/jnnp-2016-313356

BRITO-BRITO, P.R; FERNANDEZ-GUTIERREZ, D.A; SMITH, H. Case Study: Community Nursing Care Plan for a Man With Functional and Psychosocial Problems Following a Stroke. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 27, n.3, 2015. doi.org/10.1111/2047-3095.12084

BURAU, V; CARSTENSEN, K; LOU, S; KUHLMANN, E. Professional groups driving change toward patient-centred care: interprofessional working in stroke rehabilitation in Denmark. **BMC Health Services Research**, 2017.

CASE, C.A. Promoting evidence-based practice at a primary stroke center: a nurse education strategy. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v.36, n.4, 2017. DOI. 10.1097/DCC.0000000000000251

CAVALCANTE, T.F; NEMER, A.P.L; MOREIRA, R.P; FERREIRA, J.E.S.M. Intervenções de enfermagem ao paciente com acidente cerebrovascular em reabilitação. **J Nurs UFPE online**, v.12, n.5, p.1430-436, 2018. doi. 10.5205/1981-8963-v12i5a230533p1430-1436-2018

CLARKE, D; HOLT, J. Understanding nursing practice in stroke units: a Q-methodological study. **Journal Disability and Rehabilitation**, v.37, n.20, p.1870-1880, 2015. doi: 10.3109/09638288.2014.986588

DANIEL, A. C. Q. G.; MACHADO, J. P.; VEIGA, E. V. Blood pressure documentation in the emergency department. **Einstein (São Paulo)**, v. 15, n. 1, p. 29-33, 2017. doi: 10.1016 / S0140-6736 (13) 61953-4

FEIGIN, V.L; FOROUZANFAR, M.H; KRISHNAMURTHI, R; MENSAH, G.A; CONNOR, M; BENNETT, D.A; MURRAY, C. Carga global e regional de acidente vascular cerebral durante 1990-2010: conclusões do estudo do ônus da doença 2010. **Lancet**, p.245-254, 2014

FONTES, W.S; NUNES, D.L.S; LIMA, M.A. Cuidado de enfermagem ao paciente vítima de Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.21, n.1, p.87-96, 2017. doi.10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n1.24003

HINES, S; KYNOCH, K; MUNDAY, J. Nursing Interventions for Identifying and Managing Acute Dysphagia are Effective for Improving Patient Outcomes: A Systematic Review Update. **Journal of Neuroscience Nursing**, 2016. doi: 10.1097/JNN.0000000000000200

JOHNSON, J. Colaboração da equipe interprofissional em cuidados com sobreviventes de AVC: Uma revisão da literatura. **Perspectivas: o Diário da Enfermagem Gerontológica Association**, v.38, n.2, p.20-24, 2015.

KLINKE, M.E; HAFSTEINSDÓTTIR, T.B; HJALTASON, H; JÓNSDÓTTIR, H. Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: A systematic literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v.52, n.8, p.1375-1403, 2015. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.04.004

LIU, H; SHI, Y; SHI; HU, R; JIANG, H. Nursing management of post-stroke dysphagia in a tertiary hospital: a best practice implementation project. **JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**. v.14, n.7, p.266-274, 2016. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002971

LOFT, M.I; MARTINSEN, B; ESBENSEN, B.A; MATHIESEN, L.L; IVERSEN, H.K; POULSEN, I. Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation: developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, 12:sup2, 1392218, 2017.

MENDONÇA, P.K; LOUREIRO, M.D.L; FROTA, O.P; SOUZA, A.S. Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.4, e4610017, 2018. doi.10.1590/0104-07072018004610017

MILTNER, R. S.; JOHNSON, K. D.; DEIERHOI, R. Exploring the frequency of blood pressure documentation in emergency departments. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 46, n. 2, p. 98-105, 2014.

MORAIS, H.C.C; GONZAGA, N.C; AQUINO, P.S; ARAÚJO, T.L. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.1, p.136-143, 2015. doi: 10.1590/S0080-623420150000100018

NONNENMACHER, C.L; ÁVILA, C.W; MANTOVANI, V.M; VARGAS, M.A.O; ECHER, I.C; LUCENA, A.F. Cross Mapping Between the Priority Nursing Care for Stroke Patients Treated With Thrombolytic Therapy and the Nursing Interventions Classification (NIC). **International Journal of Nursing Knowledge**, v.28, n.4, p.171-177, 2017 doi: 10.1111/2047-3095.12147

NUNES H.J.M; QUEIRÓS P.J.P. Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.70, n.2, p.415-23, 2017, doi: 10.1590/0034-7167-2016-0166

OLIVEIRA J.K.A; LLAPA-RODRIGUEZ, E.O; LOBO, I.M.F; SILVA, L.S.L; GODOY, S; SILVA, G.G. Patient safety in nursing care during medication administration. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.26, e3017, 2018. doi. 10.1590/1518-8345.2350.3017

PALLI, C. et al. Early dysphagia screening by trained nurses reduces pneumonia rate in stroke patients: a clinical intervention study. **Stroke**, v.48, n.9, 2017. doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018157

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice**. 9 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 822p, 2012.

POULSEN, I; LOFT, M.I; ESBENSEN, B.A; MATHIESEN, L.L; IVERSEN, H.K. Nurses and nurse assistants beliefs, attitudes, and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit - A qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, v.26, 2017. doi.10.1111 / jocn.13972

RAMOS, C.F.V; ARARUNA, R.C; LIMA, C.M.F; SANTANA, C.L.A; TANAKA, L.H. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**. v.71, n.3, p.1144-1151, 2018. doi. 10.1590/0034-7167-2017-0284

ROSBERGEN I.C.M; BRAUER S.G; FITZHENRY S, et al. Qualitative investigation of the perceptions and experiences of nursing and allied health professionals involved in the implementation of an enriched environment in an Australian acute stroke unit. **BMJ Open**; e018226, 2017

SILVA, P.L.N et al. Aspectos epidemiológicos, clínicos e assistenciais da monitorização hemodinâmica invasiva: uma revisão bibliográfica. **J Manag Prim Health Care**, v.10, e:1, 2019. doi. 10.14295/jmphc.v10i0.334

SOARES, C.B; HOGA, L.A.K; PEDUZZI, M; SANGALETI, C; YONEKURA, T; SILVA, D.R.A.D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p. 335-345, 2014.

SOARES, M.I; CAMELO, S.H.H. RESCK, Z.M.R; TERRA, F.S. Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. **Rev Bras Enferm.** v.69, n.4, p.:631-637, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>

SOUZA NETO, V.L; SILVA, R.A.R; SILVA, C.C; NEGREIROS, R.V; ROCHA, C.C.T; NÓBREGA, M.M.L. Proposal of nursing care plan in people hospitalized with AIDS. **Rev Esc Enferm USP**, v.51, e03204, 2017. doi.10.1590/S1980-220X2016027203204

SOUZA, R.C.S; ARCURI, E.A.M. Estratégias de comunicação da Equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p.292-298, 2014. doi: 10.1590/S0080-623420140000200014

THEOFANIDIS, D; GIBBON, B. Nursing interventions in stroke care delivery: an evidence-based clinical review. **Journal of Vascular Nursing**, v.34, n.4, 2016. doi: 10.1016/j.jvn.2016.07.001.

TIBAEEK, M; DEHLENDORFF, C; JORGENSEN, H.S; FORCHHAMMER, H.B; JOHNSEN, S.P; KAMMERSGAARD, L.P. Aumento da incidência de hospitalização por acidente vascular cerebral e ataque isquêmico transitório em adultos jovens: um estudo baseado em registro, **Journal of the American Heart Association**, v.5, n.5, e003158, 2016. doi. 10.1161 / JAHA.115.003158

TOSTES, M.F.P; GALVÃO, C.M. Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.27:e3104, 2019.

TULEK, Z; POULSEN, I; GILLIS, K; JONSSON, A. Nursing care for stroke patients: A survey of current practice in eleven European countries. **Journal of Clinical Nursing**, v.27, 2017.

CAPÍTULO 21

A ESPIRITUALIDADE COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 04/06/2020

Ingrid Kelly Morais Oliveira

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1536-7289>

Francisco Marcelo Leandro Cavalcante

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6143-1558>

Manoelise Linhares Ferreira Gomes

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Sobral, CE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1639-684X>

Natasha Marques Frota

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Redenção, CE, Brasil
<http://orcid.org/0000-0001-8307-6542>

Marianna Carvalho e Souza Leão Cavalcanti

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Redenção, CE, Brasil
<http://orcid.org/0000-0002-7959-0140>

Nelson Miguel Galindo Neto

Instituto Federal do Pernambuco (IFPE)
Pesqueira, PE, Brasil
<http://orcid.org/0000-0002-7003-165x>

Joselany Áfio Caetano

Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza, CE, Brasil
<http://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

Livia Moreira Barros

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Redenção, CE, Brasil
<http://orcid.org/0000-0002-0174-2255>

RESUMO: Objetivo: analisar publicações que abordam a espiritualidade como intervenção no tratamento de pacientes adultos hospitalizados **Método:** revisão integrativa realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados e Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) e US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), com uma amostra de 6 pesquisas. **Resultados:** a intervenção mais utilizada foi a promoção da espiritualidade, não delimitando a uma prática específica, mas a tentativa de adequar cada prática conforme o paciente e suas necessidades de forma diferenciada. Havendo grande eficácia na aplicação da prece, seja através da escuta de um salmo seja pela oração de intercessão realizada pessoalmente, diante dos resultados obtidos nos estudos. **Conclusão:** o cuidado de enfermagem deve ultrapassar a enfermidade físico-biológica, deve ir de encontro a totalidade do ser humano enfermo, proporcionando cuidados com uma abordagem integral que considere seus aspectos espirituais.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem, Espiritualidade, Cura pela fé.

SPIRITUALITY AS A TOOL FOR NURSING CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To analyze publications that address spirituality as an intervention in the treatment of hospitalized adult patients **Method:** Integrative review conducted in the databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Database and Nursing (BDENF), Spanish Bibliographic Index in Health Sciences (IBECs) and US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), with a sample of 6 researches. **Results:** The most used intervention was the promotion of spirituality, not delimiting a specific practice, but the attempt to adapt each practice according to the patient and his needs differently. With great effectiveness in the application of the prayer, either by listening to a psalm or by intercessory prayer performed in person, in view of the results obtained in the studies. **Conclusion:** Nursing care must overcome physical-biological illness, it must meet the totality of the sick human being, providing care with an integral approach that considers its spiritual aspects.

KEYWORDS: Nursing care, Spirituality, Faith healing.

1 | INTRODUÇÃO

O ser humano é definido como complexo, podendo ser compreendido em sua totalidade como um ser biopsicossocioespiritual, ou seja, é um todo composto de diversas características biológicas, psicológicas, socioculturais, emocionais e espirituais. Destarte, a consideração dessas dimensões humanas por parte dos profissionais é fundamental para prestar um cuidado integral ao paciente, que vai além da enfermidade (VILELA, 2017).

Neste contexto, a Teoria Holística de Myra E. Levine propõe que é preciso olhar o paciente como um sistema integrante dentro do organismo que interage com as mudanças ambientais, isto é, o paciente é um todo dinâmico em contínua relação com o meio em que vive. Desta forma, tudo o que está intrínseco e extrínseco a ele influencia no seu bem-estar, o que mostra a importância de todos os aspectos que podem, de forma direta ou indireta, contribuir para o tratamento e autocuidado do paciente, como a religiosidade e a espiritualidade, por exemplo. Assim, cabe aos profissionais promoverem um cuidado holístico que oportunize (FAGUNDES, 1983).

Entre esses exemplos, um se destaca tanto pela sua eficácia como pela dificuldade que ainda existe em aplicá-la na prática: trata-se da espiritualidade. Esta é rodeada de diversos valores e crenças que muitas vezes não condizem com a do profissional, o que traz uma limitação por parte dos enfermeiros para atuarem de forma mais ativa com esse princípio de vida. Embora sua importância e relevância sejam conhecidas, os enfermeiros sentem-se despreparados para atuarem, seja pela falha de formação, seja pela fragilidade e limitação enfrentadas e sua rotina de trabalho (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Primeiramente, é preciso entender a diferença entre espiritualidade e religiosidade: a espiritualidade é definida como uma busca interior de respostas sobre o significado e sentido da vida e o relacionamento com o sagrado ou com o transcendente, podendo ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas, está relacionado aos valores íntimos

com a completude interior, harmonia e conexão com os outros, trata-se de algo individual, envolvendo valores e conceitos particulares de cada pessoa (BRASILEIRO *et al.*, 2017).

Já a religiosidade é definida como extensão da crença do indivíduo, a forma como ele a pratica e se participa de uma organização religiosa ou não se referindo ao grau de envolvimento religioso e em como isso influencia nos hábitos e atividades diárias, aqui já existem práticas realizadas de forma coletiva, existindo crenças, dogmas e práticas preestabelecidas (BRASILEIRO *et al.*, 2017).

O processo de adoecimento e hospitalização afeta o paciente como um todo, muitas vezes levando-o a questionar-se sobre as razões de existir, deixando-o duvidoso sobre si mesmo, colocando em risco todo seu processo de reabilitação e a eficácia do tratamento. Por isso, é comum que o indivíduo busque reencontrar algum sentido na vida por meio de alguma experiência com sua espiritualidade, como forma reencontrar a sensação de bem-estar, diminuindo, assim, seus medos e ansiedade (SOUSA *et al.*, 2017).

Deste modo, é importante destacar a importância da espiritualidade no contexto da assistência à saúde. Muitos estudos vêm sendo desenvolvidos abordando a correlação da espiritualidade com o conforto do ser humano, sendo esta metodologia uma ferramenta para reabilitar e promover saúde. Portanto, torna-se indispensável à implementação da espiritualidade na assistência, o que exige novos estudos que forneçam mais evidências científicas sobre sua efetividade e aplicabilidade desta na prestação de cuidados em saúde.

Diante do exposto, a relevância desta revisão encontra-se na necessidade de fomentar a espiritualidade como metodologia eficaz no tratamento de pacientes. Assim, este estudo teve como objetivo analisar publicações que abordam a espiritualidade como intervenção no tratamento de pacientes adultos hospitalizados.

2 | MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada durante os meses de maio a junho de 2019. Para elaborar esta revisão, foi seguido o percurso metodológico subdividido em seis etapas: elaboração da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e da busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (EVANGELISTA *et al.*, 2016). A pergunta norteadora foi: “O que tem sido produzido na literatura nacional e internacional acerca da utilização da espiritualidade como intervenção em tratamento de adultos hospitalizados?”

Realizou-se levantamento bibliográfico através da busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados e Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) e US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED). Foram utilizados os descritores controlados: “Cura Pela Fé”, “Cuidados de Enfermagem” e

“Espiritualidade” retirados do DECS e cruzados com o operador booleano AND entre os termos.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão dos artigos: artigo original e artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise, publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol, entre os anos de 2015 e 2019. Foram excluídos os estudos que não abordavam diretamente a temática proposta, teses, dissertações, editoriais, artigos de revisão e estudos repetidos.

Inicialmente foi realizada a leitura dos títulos e resumos de todas as publicações encontradas, posteriormente foi realizada a análise completa dos artigos selecionados que atendiam aos critérios de inclusão. A amostra final foi composta de sete artigos, cujos dados foram distribuídos em quadros e elucidados com base na literatura (Figura 1).

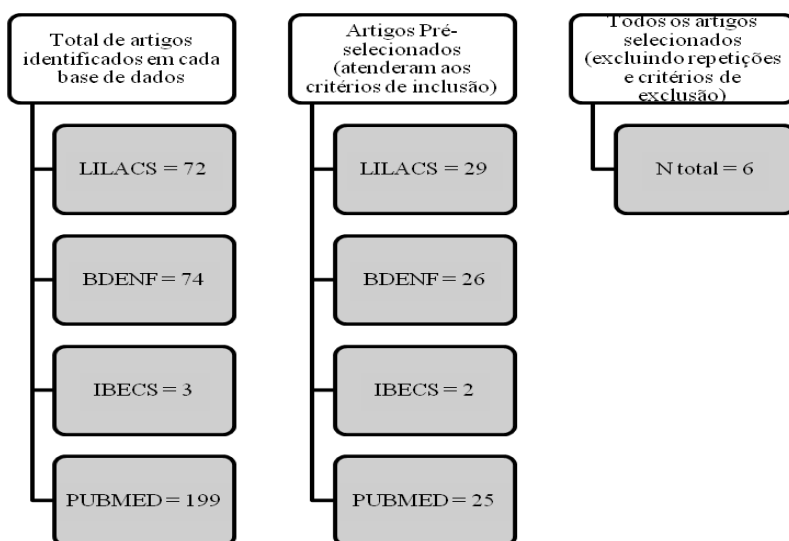


FIGURA 1 - Fluxograma da identificação, análise e seleção dos artigos.

3 | RESULTADOS

Foram encontradas 348 publicações relativas à temática em questão. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 6 artigos foram selecionados para constituir a amostra final. A base de dados em que mais se concentraram os estudos foi a PUBMED (57,1%). A maioria dos artigos envolveu pesquisas com pacientes oncológicos (50%).

Foi observada a incidência da utilização de intervenções que tivessem como foco a manutenção ou a promoção da espiritualidade dos pacientes por parte dos profissionais da saúde. O Quadro 1 traz a descrição dos artigos selecionados para esta revisão.

Título	Autores/Ano	Objetivo	Intervenções Espirituais
Efeitos da prece nos parâmetros vitais de pacientes com insuficiência renal crônica: ensaio clínico randomizado	BRASILEIRO et al./2016	Avaliar o efeito da prece sobre a pressão arterial e sobre os parâmetros de frequência cardíaca e respiratória nos pacientes com IRC durante o tratamento hemodialítico.	Escuta de prece (Salmo 138).
A Condição Da Espiritualidade Na Assistência De Enfermagem Oncológica	MACIEL et al./2018	Analisar aspectos referentes à espiritualidade em profissionais de Enfermagem que prestam assistência a pacientes em regime de cuidados paliativos	Prevenção e alívio do sofrimento, do tratamento da dor e da valorização da cultura, da espiritualidade, dos costumes e valores, promoção da espiritualidade.
Atitudes dos enfermeiros diante dos cuidados espirituais e religiosos em um hospital geral	MARTÍN, M.S.M; GONZALEZ-SERNA, J.M.G; PEÑA, F.L./2017	Descrever em nosso meio o grau de conhecimento sobre o construto aceito internacionalmente pela profissão de enfermeiro sobre espiritualidade e religiosidade, bem como atitudes frente à prática do cuidado espiritual e religioso.	Facilitar prática de tradições e rituais religiosos; ajudar o paciente a orar; encaminhar o orientador espiritual/religioso.
Oração intercessória sobre sofrimento espiritual, enfrentamento espiritual, ansiedade, depressão e amilase salivar em pacientes com câncer de mama durante a radioterapia: ensaio clínico randomizado	MIRANDA et al./2019	Avaliar o efeito da oração de intercessão no sofrimento espiritual, enfrentamento espiritual, morbidade psicológica (ansiedade e depressão) e amilase salivar durante a radioterapia do câncer de mama.	Realizar oração de intercessão nos pacientes.
Os Institutos Nacionais de Saúde medem a Experiência Curativa de Todos os Estressores da Vida (NIH-HEALS): Análise e validação de fatores	AMELI et al./2018	Descrever os processos recomendados para uma medida recém-desenvolvida e a análise fatorial exploratória, análise de componentes principais, confiabilidade, validade convergente e divergente do NIH-HEALS e análise fatorial confirmatória.	Promover práticas espirituais; realizar atividades religiosas; comunicação efetiva com o paciente.
Espiritualidade: uma panaceia para pacientes que lidam com a insuficiência cardíaca	SHAHBABAKI et al./2017	Explorar o enfrentamento religioso a partir da perspectiva de pacientes com insuficiência cardíaca.	Permitir a participação em rituais religiosos; orações de súplica (prece); promover a espiritualidade.

QUADRO 1 – Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com título, ano, autores, objetivo e intervenções utilizadas.

4 | DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos, observou-se que os estudos relatam o quanto esta temática é atual e vem sendo desenvolvida em todo o mundo devido à grande eficácia observada em pesquisas anteriores (AMELI *et al.*, 2018).

Nas publicações encontradas, observou-se que os estudos envolviam pacientes oncológicos ou com doenças crônicas, que constituem situações complexas nas quais os pacientes encontram-se ainda mais desacreditados devido ao grau em que a doença afeta a sua qualidade de vida, resultando em falta de esperança, dificuldades de enfrentamento de sua condição, estresse e sofrimento espiritual, sendo necessários cuidados humanizados e espiritualizado, de forma sinérgica com os sentimentos do paciente, que de forma direta e indireta colaboram com o bem-estar físico e emocional. (MACIEL *et al.*, 2018)

Quanto às intervenções citadas nos estudos, houve destaque para promoção da espiritualidade, não delimitando a uma prática específica, mas a tentativa de adequar cada prática conforme paciente e suas necessidades de forma diferenciada. Para tanto, primeiramente, é preciso conhecer a cultura e as crenças deste e, a partir disto, traçar cuidados que respeitem e se adequem ao paciente, objetivando cuidar de forma integral (MIRANDA *et al.*, 2019). Isso mostra a importância da comunicação efetiva entre profissional e paciente, facilitando a formação de vínculo e confiança tornando possível conseguir o consenso e colaboração do mesmo para a realização da intervenção e oportunizando a obtenção de resultados eficazes (AMELI *et al.*, 2018).

Observou-se grande eficácia na aplicação da prece, seja através da escuta de um salmo seja pela oração de intercessão realizada pessoalmente, diante dos resultados obtidos nos estudos. Notou-se uma diminuição no sofrimento espiritual, na redução da permanência do paciente no hospital, nos conflitos existenciais, assim como promoveu força e segurança aos mesmos contribuindo para um melhor enfrentamento. Deste modo, a oração é um recurso potente que visa a promoção do conforto do usuário, colaborando no processo de adaptação e tratamento (BRASILEIRO *et al.*, 2016).

Rezar é uma intervenção de enfermagem, presente pela Classificação das Intervenções em Enfermagem (NIC), que proporciona alívio da ansiedade, do medo e da solidão, empecilhos comuns em pacientes hospitalizados. Assim, inferiu-se que, com a utilização desta intervenção, os pacientes sentiram-se mais tranquilos, apresentando uma melhora quanto ao enfrentamento da situação de doença em que se encontravam, colaborando na tolerância ao estresse, aumentando a adesão ao tratamento e às recomendações médicas, mostrando a relevância da utilização da oração como uma eficiente terapêutica (SHAHRBABAKI *et al.*, 2017).

Um aspecto que os artigos apresentam em comum é a relação entre a insegurança dos profissionais da saúde em realizar o cuidado espiritual dos enfermos e a falta de formação na graduação relacionada à abordagem espiritual dos pacientes, uma vez que não há capacitação durante a graduação, fato que dificulta a prática voltadas a essas dimensões humanas, já que muitos profissionais não se sentem capazes de intervir no cuidado espiritual do indivíduo por não saberem inseri-lo no plano de cuidados, respeitando seus valores pessoais e princípio da ética profissional. Além disso, há a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho e a falta de motivação por parte da equipe que também dificultam a

promoção desse cuidado (MARTIN *et al.*, 2017).

Portanto, através desta reflexão, evidencia-se a impacto significativo de práticas alternativas no processo saúde-doença-cura dos pacientes, sendo necessário que haja o devido preparo dos profissionais durante a graduação para que desenvolvam as competências necessárias à implementação dessas práticas no plano de cuidados dos pacientes nas diversas situações de saúde.

5 | CONCLUSÃO

O cuidado de enfermagem deve ultrapassar a enfermidade físico-biológica, deve ir de encontro a totalidade do ser humano enfermo, proporcionando cuidados com uma abordagem integral que considere seus aspectos espirituais, objetivando, desta forma, a eficácia do tratamento farmacológico e não farmacológico junto as intervenções espirituais sendo esta uma prática suplementar.

A análise dos estudos sobre a utilização de intervenções espirituais no cuidado a pacientes hospitalizados mostrou o quanto se faz necessário investir nesta prática dentro da assistência, uma vez que há benefícios tanto o paciente como para o profissional. Assim, para as intervenções sejam eficazes é preciso que os profissionais de saúde possuam uma capacitação adequada durante a graduação para que tenham potencial para ofertar uma assistência espiritual de qualidade assim como busquem a comunicação efetiva com o paciente.

O estudo foi limitado devido à reduzida base de dados e também a escassez de publicações acerca da utilização de intervenções espirituais, assim se faz necessário que mais estudos sejam feitos buscando avaliar a efetividade do uso destas durante o tratamento de pacientes, não só oncológicos ou em cuidados paliativos, mas todos os pacientes hospitalizados já que o ambiente hospitalar é um fator agravante para o processo saúde-doença do usuário.

Espera-se incentivar os enfermeiros a incorporarem em sua prática o cuidado holístico que considere espiritualidade do paciente e ajude-o a fortalecê-la como ferramenta para alcançar melhores respostas ao tratamento.

REFERÊNCIAS

AMELI, R.; SINAI, N.; LUNA, M.J; CHERINGAL, J.; GRIL, B.; BERGER, A. (2018) **Os Institutos Nacionais de Saúde medem a Experiência Curativa de Todos os Estressores da Vida (NIH-HEALS): Análise fatorial e validação.** PLoS ONE 13 (12): e0207820. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207820>. Acesso em: 22 jul.2019

BRASILEIRO, T.O.Z.; PRADO, A.A.O.; ASSIS, B.B.; NOGUEIRA, D.A.; LIMA, R.S.; CHAVES, E.C.L.; **Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial.** Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03236. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024603236>. Acesso em: 22 jul.2019

BRASILEIRO, T.O.Z.; SOUZA, V.H.S.; PRADO, A.A.O.; LIMA, R.S.; NOGUEIRA, D.A.; CHAVES, E.C.L. **Bem-estar espiritual e coping religioso/espiritual em pessoas com insuficiência renal crônica.** Av. Enferm. Bogotá, v. 35, n. 2, p. 159-170, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200159&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jun.2019.

Classificação das Intervenções em Enfermagem (NIC) / Glória M. Bulechhek ... [ET. AL.]; [tradução de Denise Costa Rodrigues]. -6. Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020/ NANDA International; tradução: Regina Machado Garcez – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

EVANGELISTA, C.B.; LOPES, M.E.L.; COSTA, S.F.G.; BATISTA, P.S.S.; BATISTA, J.B.V.; OLIVEIRA, A.M.M. **Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 69, n. 3, p. 591-601, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300591&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 jun.2019.

FAGUNDES, N.C. **O processo de enfermagem em saúde comunitária a partir da teoria de Myra Levine.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 36, n. 3-4, p. 265-273, dez. 1983. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671983000400007&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 07 mai.2019.

MACIEL, A.M.S.B.; ALEXANDRE, A.C.S.; FERREIRA, D.M.B.; SILVA, F.C. **A Condição Da Espiritualidade Na Assistência De Enfermagem Oncológica.** Rev enferm UFPE on line. Recife, v. 12, n. 11, p. 3024-3029, nov., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234609/30497>. Acesso em: 22 mai.2019.

MARTÍN, M.S.M; GONZALEZ-SERNA, J.M.G; PEÑA, F.L. **Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General.** Index Enferm, Granada , v. 26, n. 3, p. 152-156, sept. 2017 . Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 23 jul. 2019.

MIRANDA, T.P.S.; CALDEIRA, S.; OLIVEIRA, H.F. et al. **Intercessory Prayer on Spiritual Distress, Spiritual Coping, Anxiety, Depression and Salivary Amylase in Breast Cancer Patients During Radiotherapy: Randomized Clinical Trial.** J Relig Health (2019). <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00827-5>. Acesso em 22 jul. 2019.

RAHNAMA, M.; KHOSHKNAB, M.F; MADDAH, S.S.B; AHMADI, F.; ARBABISARJOU, A. **Religião como um fator de alívio em pacientes com câncer iraniano: um estudo qualitativo.** Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 16, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.18.8519>. Acesso em 22 jul.2019

SIQUEIRA, H.C.H.; CECAGNO, D.; MEDEIROS, A.C.; SAMPAIO, A.D.; RANGEL, R.F. **Espiritualidade no Processo Saúde-Doença-Cuidado do Usuário Oncológico: Olhar do Enfermeiro.** Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 11, n. 8, p. 2996-3004, ago., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110202/22099>. Acesso em: 18 jun.2019

SOUSA, F.F.P.R.D.; FREITAS, S.M.F.M.; FARIAS, A.G.S.; CUNHA, M.C.S.O.; ARAUJO, M.F.M.; VERAS, V.S. **Enfrentamento Religioso/Espiritual Em Pessoas Com Câncer Em Quimioterapia: Revisão Integrativa Da Literatura.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. v. 13, n 1, p. 45-51, jan.-mar. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 jun. 2019

VILELA, R.P.B. **Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem: Uma Análise Crítica.** CuidArte, Enferm. V. 11, n. 1, p. 147-149, jan.-jun., 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/20%20ARTIGO%20Resenha%20Espiritualidade.pdf>. Acesso em: 18 jun.2019

PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE E AS PRÁTICAS COLABORATIVAS EM SAÚDE COMO FERRAMENTAS DE APROXIMAÇÃO E MEDIAÇÃO DE CONFLITOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 23/05/2020

Heloisa Schatz Kwiatkowski

Universidade Federal da Fronteira Sul -
Campus Chapecó
Chapecó - Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/2587788984101996>

Angela Makeli Kososki Dalagnol

Universidade Federal da Fronteira Sul -
Campus Chapecó
Chapecó - Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/6404035832276938>

Matheus Pelinski da Silveira

Universidade Federal da Fronteira Sul -
Campus Chapecó
Chapecó - Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/8686552508883529>

Karla Rackell Fialho Cunha

Universidade Federal da Fronteira Sul -
Campus Chapecó
Chapecó - Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/1435532773667122>

Débora Tavares de Resende e Silva

Universidade Federal da Fronteira Sul -
Campus Chapecó
Chapecó - Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/6093255618062496>

RESUMO: Com o intuito de otimizar a assistência à saúde com enfoque em um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), a

integralidade do cuidado, vem se estudando o impacto da interprofissionalidade e da Educação Interprofissional para a melhoria dos serviços de saúde. Entende-se que para efetivar a integralidade do cuidado é necessário que a equipe exerça práticas colaborativas no trabalho, a fim de promover o trabalho em equipe e a interprofissionalidade, que marcadamente têm influência direta na qualidade da assistência. Para tanto, é necessário proporcionar à equipe uma base de conhecimentos interprofissionais, pautadas na Educação Interprofissional (EIP), que por si só já propicia um cenário favorável à realização de práticas colaborativas. Nesse contexto, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade, lançado pelo Ministério da Saúde em 2018, que dentre seus objetivos principais, destaca o desenvolvimento de ações de interprofissionalidade na rede de saúde, integrando ensino-serviço-comunidade. Assim, compondo este projeto de extensão, um dos subgrupos, responsável pelo Centro de Saúde da Família (CSF) Chico Mendes, organizou e implementou ações que buscavam a melhoria do ambiente de trabalho, aprimorando as relações entre os profissionais e possibilitando o desenvolvimento de práticas colaborativas pautadas na interprofissionalidade. Destarte, foi possível observar que as atividades realizadas exerceram efeito positivo nos profissionais participantes, evidenciado através de relatos, contribuindo para a melhora na atuação interprofissional e, conseqüentemente, na assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino em saúde,

PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE AND COLLABORATIVE PRACTICES IN HEALTH AS TOOLS FOR APPROACHING AND MEDIATING CONFLICTS IN A FAMILY HEALTH CENTER

ABSTRACT: In order to optimize health care with a focus on one of the pillars of the Sistema Único de Saúde (SUS), comprehensive care, the impact of interprofessionality and Interprofessional Education for the improvement of health services has been studied. It is understood that in order to carry out comprehensive care, it is necessary for the team to exercise collaborative practices at work, in order to promote teamwork and interprofessionality, which have a direct influence on the quality of care. Therefore, it is necessary to provide the team with an interprofessional knowledge base, based on Interprofessional Education (IPE), which in itself already provides a favorable scenario for carrying out collaborative practices. In this context, we highlight the Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade, launched by the Ministério da Saúde in 2018, which among its main objectives, highlights the development of interprofessionality actions in the health network, integrating teaching-service-community. Thus, composing this extension project, one of the subgroups, responsible for the Centro de Saúde da Família (CSF) Chico Mendes, organized and implemented actions that sought to improve the work environment, improving relations between professionals and enabling the development of practices collaborative activities based on interprofessionality. This way, it was possible to observe that the activities performed had a positive effect on the participating professionals, evidenced by reports, contributing to the improvement in interprofessional performance and, consequently, in health care.

KEYWORDS: Health education, Intersectoral collaboration, Health services.

AS PRÁTICAS COLABORATIVAS COMO FERRAMENTAS NA INTERPROFISSIONALIDADE

De acordo com D'Amour e Oandasan (2005), a interprofissionalidade é definida como “o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas”, que envolve refletir e operar um trabalho capaz de responder às necessidades da comunidade. Dessa maneira, tende-se a substituir barreiras à prática centrada na pessoa, como a competição entre os profissionais de saúde pela cooperação e parceria; e os desequilíbrios de poder por compromisso com a igualdade e responsabilidade coletiva (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; KHALILI; HALL; DELUCA, 2014).

Destarte, a interprofissionalidade se difere dos termos multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, pois tem caráter mais distinto no que tange às probabilidades de ação integrada entre profissionais. Isto é, diz respeito diretamente à ações que estejam entrelaçadas entre si, realizadas, por sua vez, por profissionais, no exercício formal de uma ocupação. Para tanto, uma colaboração efetiva entre os membros de uma equipe de profissionais da saúde exige educação dos mesmos com base na Educação Interprofissional

(EIP). De acordo com a OMS, a EIP se dá quando acadêmicos de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, viabilizando as práticas colaborativas (CECCIM, 2018; MIKAEL, CASSIANI; SILVA, 2017).

O trabalho em equipe, por sua vez, consiste em uma modalidade de trabalho que se desenvolve no cotidiano de encontros e diálogos que buscam as articulações necessárias para se integrar as ações no ato de cuidar. Tal perspectiva tem sido vislumbrada em nossas políticas públicas de saúde que vem buscando reorientar a formação em distintos níveis, para que os novos profissionais possam melhor atender as necessidades de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; KHALILI; HALL; DELUCA, 2014).

Através e por causa disto, a interprofissionalidade cria um meio propício para um cenário com práticas colaborativas, onde profissionais discutem e debatem juntos em prol dos pacientes, havendo troca de saberes, comunicação e reflexão para a resolução de problemas. Assim, as práticas colaborativas agrupam elementos de colaboração interprofissional implementados nos cenários de prática, oriundos de trabalho em equipe, simbolizando a interdependência do trabalho conjunto (LAVÔR *et al.*, 2019; MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015).

O PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE UFFS/UDESC/UNOESC/SESAU COMO INFLUENCIADOR NA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

O descompasso entre a formação em saúde e as práticas vem sendo alvo de críticas intensas desde a década de 1970. A formação organizada em formato disciplinar com enfoque nos processos patológicos e práticas em centros de alta complexidade intensifica a inquietação frente ao meio em que o Sistema Único de Saúde (SUS) busca o tratamento do indivíduo, formato esse que salienta que a Atenção Primária em Saúde (APS) deve solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde nacional. Desta forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sua linha de serviço estabelecida conforme as necessidades identificadas no território adscrito (FONSÊCA; VENDRUSCOLO; TOMBINI; SILVA-FILHO; LARENTES, 2019).

Devido a esses fatores, diversas ações vêm sendo desenvolvidas com o intuito de gerar melhorias no atendimento e na formação em saúde, bem como de aproximar o ensino e o serviço. Frente a isso, no ano de 2008 iniciou-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), com caráter de ensino, pesquisa e extensão, com enfoque no trabalho direcionado para a Atenção Primária em Saúde. Destarte, no ano de 2018, o edital nº 10, de 23 de julho, viabilizado pelo Ministério da Saúde (MS), abordou a interprofissionalidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade como dinâmica do ensino-serviço (FONSÊCA; VENDRUSCOLO; TOMBINI; SILVA-FILHO; LARENTES, 2019).

Frente a isso, três instituições de ensino superior, a Universidade Federal da

Fronteira Sul (UFFS), a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e a Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) uniram-se e adequaram-se às normas do programa e, juntamente com a Secretaria de Saúde de Chapecó (SESAU), redigiram a proposta interinstitucional de caráter único dentro do programa. Diante disto, integraram diversos acadêmicos, servidores e tutores, com vistas a promover também no projeto a interprofissionalidade, inserindo diferentes cursos da área da saúde: Enfermagem, Psicologia, Medicina e Educação Física (PRECI; ALVES; TABALIPA; VENDRUSCOLO; CARDOSO, 2019).

A partir da formação do grupo do PET-Saúde/Interprofissionalidade, os integrantes foram divididos em subgrupos e designados para os Centros de Saúde da Família (CSF) em que iriam atuar durante os dois anos de vigência do projeto. Nesta divisão originaram-se 5 subgrupos, que dentre os seus integrantes, apresentava acadêmicos dos diversos cursos citados anteriormente, um coordenador docente, preceptores e tutores (profissionais atuantes na própria rede de serviços). Neste capítulo, são abordadas atividades de um dos subgrupos, que tem como cenário de práticas o CSF Chico Mendes (PRECI; ALVES; TABALIPA; VENDRUSCOLO; CARDOSO, 2019).

Diante desses aspectos e buscando atender a demanda dos próprios funcionários do CSF Chico Mendes, localizado no bairro Presidente Médici no município de Chapecó, estado de Santa Catarina, os integrantes do PET desenvolveram diversas atividades durante os meses de novembro e dezembro de 2019, com o intuito de estimular o diálogo e as práticas colaborativas entre os profissionais daquela equipe. Primeiramente, durante o período de 18 a 29 de novembro foi desenvolvida a atividade “Caixa de Mensagens” (Fotografia 1). Nesta, cada um dos profissionais do CSF foi convidado a deixar uma mensagem anônima a um colega em uma caixa, para que esta mensagem seja entregue ao final da semana. A atividade foi dividida em dois momentos, cada um em uma semana.

Na primeira semana, de 18 a 22 de novembro, a atividade teve como tema “Elogio a um colega de trabalho”. Ela foi explicada por 3 integrantes do PET aos profissionais do CSF na segunda-feira, quando a Caixa de Mensagens foi deixada próximo ao ponto eletrônico. Durante a semana, a equipe se mobilizou para deixar mensagens aos colegas elogiando e incentivando o trabalho. Na segunda-feira consecutiva (25) foi feita a entrega das mensagens a cada profissional, realizada por outros 3 integrantes do PET. Foram feitas diversas mensagens, totalizando mais de 20, e tendo cada profissional recebido pelo menos uma. No momento da entrega das mensagens, as Agentes Comunitárias de Saúde estavam animadas e ansiosas com as mensagens. Eram mensagens todas carinhosas e de respeito ao colega, motivando a atuação conjunta da equipe. Os demais profissionais, como estavam em momento de atendimento, tiveram suas mensagens entregues em outro momento.

Na segunda semana, de 25 a 29 de novembro, a atividade teve como tema “O que poderia sugerir de melhora para o colega”. Diferente da primeira semana, ao final da

semana (29) não houve nenhuma mensagem com sugestão de melhora a nenhum colega. Em conversa com o grupo que fez a entrega das mensagens, foi levantada a possibilidade de que, mesmo que anonimamente, os profissionais não se sentiram confortáveis para apontar coisas a serem melhoradas no outro, talvez pela possibilidade de causar um desconforto no ambiente de trabalho.



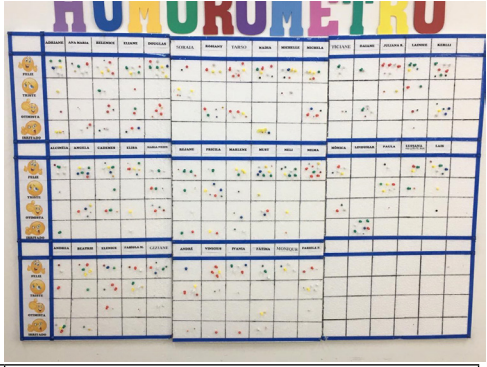
Fotografia 1: Caixa de Mensagens do CSF - Chico Mendes.

Vinculada com a segunda semana da “Caixa de mensagens”, desenvolveu-se a atividade do humorômetro, em que cada setor da Unidade, em um dia previamente estabelecido durante a semana, deveria avaliar o humor de todos os demais profissionais da unidade. Para tal foi montado um humorômetro constituído de isopor, fitas coloridas, imagens ilustrativas e tachas para demarcação, na sala de reuniões da Unidade (Fotografia 2).

A cada dia, integrantes de cada setor realizaram a avaliação do humor dos demais profissionais da equipe, cujos nomes estavam alocados no humorômetro confeccionado. Foram então delimitados quatro humores: feliz, triste, otimista e irritado, sendo que cada profissional teria apenas um humor assinalado a cada dia. As orientações para condução da atividade foram enviadas no grupo de WhatsApp da Unidade e contaram com uma mensagem, um vídeo demonstrativo e uma escala com as datas e setores para realização da ação. No final da semana o humorômetro foi recolhido, tendo a devolutiva da atividade sido realizada no mês de janeiro de 2020.



Fotografia 2: Humorômetro confeccionado pelos acadêmicos do PET.



Fotografia 3: Humorômetro após realização da atividade.

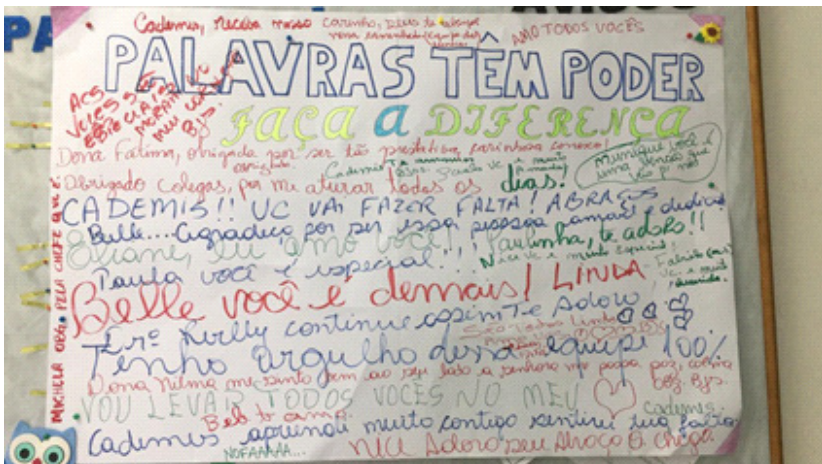
Assim, observou-se que a atividade do humorômetro deteve um impacto positivo ao estimular a empatia, o cuidado entre os profissionais do CSF e permitindo uma autoavaliação das condutas individuais. Através da avaliação do humor do colega de trabalho, cada profissional exercitou a capacidade de observar o colega, como ele se apresentava naquele dia e se de alguma maneira ele poderia colaborar com esse, caso observasse que o mesmo não estivesse feliz e otimista, por exemplo. Ademais, constituiu uma oportunidade para que cada um realizasse uma autoanálise sobre como a equipe de alguma forma o visualizava e como ele poderia rever suas atitudes e ações perante os demais profissionais, de forma a melhorar o ambiente de trabalho.

Juntamente com a atividade acima desenvolveu-se um mural de recados (Fotografia 3), em que os integrantes da equipe poderiam deixar mensagens de incentivo, elogio, agradecimento ou mesmo divertidas para os outros profissionais. Para a atividade, utilizou-se apenas cartolinas que foram fixadas no mural de recados da unidade e pincéis para escrita. É possível afirmar que a atividade do mural de mensagens teve um impacto positivo na equipe, pois através dela foi possível estimular a valorização do profissional, a maior integração da equipe, o diálogo e a manutenção de boas relações.



Fotografia 3: Cartaz posicionado no mural de recados pelos integrantes do PET.

Observou-se que os profissionais, tanto os que descreviam no mural os elogios, quanto aqueles para quem era destinadas as palavras, se sentiam acolhidos e valorizados. Nos foi relatado que diariamente diversas pessoas iam até o mural ler os novos recados e que sempre havia um momento de confraternização e diálogo entre a equipe após cada nova mensagem escrita, tendo assim constituído tal ação um meio para maior aproximação da equipe, que como diversas outras convivem com a alta rotatividade de profissionais (Fotografia 4).



Fotografia 4: Cartaz com as mensagens escritas pelos profissionais do CSF.

Assim, ao envolver discentes das IES, docentes e profissionais dos serviços, as atividades realizadas promoveram e qualificaram a integração entre ensino-serviço-comunidade, desenvolvendo ações de interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade na rede, objetivos centrais do PET-Saúde/Interprofissionalidade (PRECI; ALVES; TABALIPA; VENDRUSCOLO; CARDOSO, 2019). Além disso, observou-se que tais atividades também exerceram efeito positivo para os profissionais do CSF, evidenciado por relatos dos mesmos sobre a melhoria do ambiente de trabalho e das relações entre a equipe, quesitos fundamentais para promover um ambiente propício às práticas colaborativas.

REFERÊNCIAS

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ficse/2018.v22suppl2/1739-1749/>>. Acesso em: 19 mai 2020.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 8-20, 2005. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500081604>>. Acesso em: 17 mai 2020.

FONSÊCA, G. S.; VENDRUSCOLO, C.; TOMBINI, L. H.; SILVA-FILHO, C. C. da; LARENTES, G. de F. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde): desafios e potencialidades da construção interinstitucional e interprofissional em Chapecó/SC**. In: 37º Seminário de Extensão Universitária da Região Sul, ed. 37, 2019, Chapecó. Anais, Chapecó: editora da UFSC, 2019, p. 1-6.

KHALILI, H.; HALL, J.; DELUCA, S. Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. **Journal of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 92-97, 2014. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2013.869197>>. Acesso em: 17 mai 2020.

LAVÔR, T. B. de S. L. *et al.* Práticas colaborativas e interprofissional na Terapia Intensiva: Conhecimentos, Reflexos e Limitações. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 8, n. 1, p. 11-27, 2019. Disponível em: <<http://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1430/944>>. Acesso em: 19 mai 2020.

MIKAEL, S. de S. E.; CASSIANI, S. H. de B.; SILVA, F. A. M. da. A Rede Regional de Educação Interprofissional em Saúde da OPAS/OMS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2866, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&HYPERLINK=http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100202&lng=en&nrm=iso>

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25862411>>. Acesso em: 19 mai 2020.

PRECI, D. P.; ALVES, P. L.; TABALIPA, R.; VENDRUSCOLO, C.; CARDOSO, A. M. **Reconhecimento de ações interprofissionais em um Centro de Saúde do oeste catarinense: um diagnóstico do por meio do programa PET-Saúde/Interprofissionalidade.** In: SEMEA UFFS - III Seminário Integrador e IV Mostra de Extensão e Cultura, ed. 3 , 2019, Chapecó. Anais, Chapecó: editora da UFFS, 2019, p. 1-3.

O QUE PENSAM OS USUÁRIOS SOBRE A SAÚDE EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO BAIXO MADEIRA: ANÁLISE ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 15/07/2020

Luana Michele da Silva Vilas Bôas

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-
UERJ
Rio de Janeiro-RJ

Denize Cristina de Oliveira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro-RJ

RESUMO: Este estudo objetivou identificar e analisar as representações sociais acerca da saúde e da doença dos moradores de comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira. Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem quantiqualitativa, orientado pela Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central. Os cenários do estudo foram três distritos da zona rural fluvial do município de Porto Velho-RO, entre os meses de julho e agosto de 2014. O estudo contou com a participação de 120 moradores de ambos os sexos, que responderam às questões de evocações livres. Os dados lexicais gerados foram analisados posteriormente, a partir do quadro de quatro casas, com o auxílio do *software* EVOC 2005, para a compreensão dos elementos centrais, intermediários, contrastes e periféricos. Os resultados indicam que os conteúdos representacionais dos participantes sobre a saúde e doença envolveram descrições e atitudes acerca dos objetos pesquisados e assumem as funções pragmática e afetiva das

representações. A estrutura representacional apresentada pelos sujeitos reflete sentimentos e avaliações distintas acerca dos objetos e revela as mesmas dimensões em ambos os termos analisados. Além disso, estão ancoradas na estrutura de saúde local existente. O núcleo central das representações sociais do termo saúde é formado pelos léxicos *amor, paz e atendimento* e o de doença por *desespero, medo e atendimento*. Conclui-se que os ribeirinhos revelam uma representação positiva da saúde e negativa do sistema de saúde e do objeto doença, significando-as com base no modelo biomédico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, doença, representações sociais, comunidades ribeirinhas.

WHAT USERS THINK ABOUT HEALTH IN RIVERSIDE COMMUNITIES IN BAIXO MADEIRA: A STRUCTURAL ANALYSIS OF SOCIAL REPRESENTATIONS

ABSTRACT: This study aimed to identify and analyze the social representations about the health and illness of the inhabitants of riverside communities in Baixo Madeira. It is a descriptive study with a quantitative and qualitative approach, guided by the Theory of Social Representations in its structural approach or Theory of the Central Nucleus. The study scenarios were three districts of the rural fluvial zone of the municipality of Porto Velho-RO, between the months of July and August 2014. The study was attended by 120 residents of both genders, who answered the questions of free evocations. The lexical data generated were analyzed later, from the table of four houses, with the help of the EVOC

2005 software, to understand the central, intermediate, contrasts and peripheral elements. The results indicate that the participants' representational content about health and disease involved descriptions and attitudes about the researched objects and assume the pragmatic and affective functions of the representations. The representational structure presented by the subjects reflects different feelings and assessments about the objects and reveals the same dimensions in both terms analyzed. In addition, they are anchored in the existing local health structure. The central core of the social representations of the term health is formed by the lexicons love, peace and care and that of illness due to despair, fear and care. It is concluded that riverside dwellers reveal a positive representation of health and a negative representation of the health system and the disease object, meaning them based on the biomedical model.

KEYWORDS: Health, disease, social representations, riverine communities.

INTRODUÇÃO

Por meio de um recorte mais recente do cenário geopolítico brasileiro, a ocupação mais recente da Amazônia se deu ao longo de seus principais rios, em meio à floresta; neste processo, se estabeleceram as comunidades rurais/ribeirinhas (Nascimento, 1996). A construção do modo de vida dessas comunidades é influenciada pela estreita relação com o ambiente natural, seus recursos e o conhecimento aprofundado de seus ciclos naturais (Diegues, 2000). A floresta amazônica é, sobretudo, diversidade de saberes, animais, plantas, tradições, cores dos rios, tipos de terras. Assim, habitar esse espaço é um desafio por si só, configurando um dos saberes que as populações das florestas têm a oferecer e a dialogar com outras culturas e formas de conhecimentos. Ademais, os chamados ribeirinhos, moradores das florestas e das margens dos rios possuem um aperfeiçoado conhecimento do ambiente local e, criam com ele, uma grande diversidade de narrativas míticas voltadas principalmente para relação homem/natureza (Loureiro, 1995).

De acordo com Loureiro (1995), o caboclo ribeirinho cria a sua própria cultura, em que está à imensidão do rio e da floresta, fonte de sua sobrevivência, e ao mesmo tempo de riscos para si próprio através das distâncias e das agruras do espaço. Ele tem o contato direto com a natureza desde o seu meio de locomoção até a sua alimentação, ele consegue perceber a beleza poética contida na floresta amazônica, como a mãe natureza.

Por outro lado, o cenário ribeirinho enfrenta dificuldades relacionadas à precariedade de ações das políticas públicas, incluindo a falta de acesso aos serviços públicos essenciais, como educação e saúde. Na Amazônia brasileira, por exemplo, a falta de equidade condiciona deficiências maiores na prestação de serviços, contribuindo para uma cobertura de saúde limitada, em torno de 20%, a mais baixa comparada às demais regiões do país. As deficiências são generalizadas, distribuídas principalmente na malha hidrográfica do interior que continua a sofrer fortes restrições de desenvolvimento humano, afetando principalmente o homem da área rural. Um dos fatores seria reflexo da ineficácia das políticas sanitárias na região que conduz a uma maior prevalência de enfermidades (Brasil, 2004).

Diante do exposto, o interesse em trabalhar com populações ribeirinhas existentes às margens do rio Madeira, localizadas na zona rural fluvial do município de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, nasceu no período da graduação em Psicologia, na iniciação científica, por meio de estudos desenvolvidos em comunidades tradicionais ribeirinhas, cujo principal meio de acesso é o barco. Nos estudos exploratórios prévios observou-se indícios de dificuldades na oferta e infraestrutura dos serviços de saúde, e no diálogo entre o saber científico e o saber popular realizado nessas comunidades, em razão das especificidades de saúde vivenciadas no cotidiano do ribeirinho, não correspondentes ao modelo normatizador vigente.

Este relato de experiência se deu a partir da investigação centrada em apreender as representações sociais de saúde e doença e sua relação com as práticas de cuidados de saúde em comunidades ribeirinhas. Sua intenção é favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde e os ribeirinhos, a partir do entendimento das representações sociais das populações ribeirinhas. Pensa-se que as formas representativas de saúde e doença que orientam as práticas populares de saúde, vão além da relação profissional de saúde-paciente e estejam inscritas nas atividades cotidianas do povoado, em uma dinâmica que, segundo Moscovici (2011), envolve dois universos: o consensual e o reificado. Portanto, adotou-se para a orientação do estudo uma perspectiva psicossocial, sob a ótica da Teoria das Representações Sociais (TRS), conforme constituída por Moscovici (1976), complementado pela abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central (Abric, 1998).

A orientação do estudo com base na TRS contribui para uma maior aproximação à realidade social, promovendo um diálogo entre os diferentes saberes reificados com o saber popular, privilegiando o senso comum produzido no grupo e o conhecimento tácito da situação cotidiana de saúde. Trata-se de um conhecimento que converge à prática, sustentado pela comunicação, construído e reconstruído coletivamente, que gera comportamentos, atitudes e imagens, mais ou menos comuns entre os ribeirinhos. A abordagem estrutural esclarece duas características das representações sociais, a saber: “as representações sociais são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis” e “as representações sociais são ao mesmo tempo consensuais, mas também marcadas por fortes diferenças interindividuais” (Sá, 2002, p. 72).

A ideia fundamental da Teoria do Núcleo Central é que toda representação social se organiza em dois sistemas, central e periférico, com funções e características distintas, porém complementares. O núcleo central gera o sentido básico das representações, determina sua significação e a organização interna, os elementos cognitivos que compõe este sistema estão ligados à memória coletiva e a história do grupo, é estável, resistentes a mudança e se apresentam como consensuais ao grupo, enquanto elementos mais homogêneos são menos sucessíveis a mudanças do contexto. Por outro lado, o sistema periférico, formado pelos demais elementos da representação, caracteriza-se por integrar as experiências e histórias individuais, suportam as contradições e heterogeneidade do

grupo e, portanto, são mais sensíveis as mudanças em resposta ao contexto social imediato (Abric, 1998; Sá, 2002; 2015).

Portanto, a abordagem estrutural da teoria das representações sociais auxilia no reconhecimento dos elementos que formam o núcleo central e periférico das representações de saúde e doença dos ribeirinhos e, justifica sua adequação, ao esclarecer o papel de conhecimento compartilhado acerca dos objetos sociais pesquisados, a partir da influência que exercem sobre as práticas de saúde do grupo. Desse modo, o estudo questiona: quais são as representações sociais de saúde e doença dos moradores de comunidades do Baixo Madeira?

Propõe-se como objeto de estudo a compreensão de como os sujeitos, moradores de localidades distantes dos grandes centros urbanos, às margens dos rios, os chamados ribeirinhos, representam a noção de saúde e doença. Como objetivo, definiu-se identificar e analisar as representações sociais dos moradores de três comunidades ribeirinhas localizadas na região do Baixo Madeira, acerca de saúde e doença, com vistas à identificação das condições de saúde nessas populações, contribuindo para a orientação da ação profissional e seu atendimento, particularmente, junto à clientela rural ribeirinha.

MÉTODO

Estudo de natureza descritiva com abordagem quantiqualitativa, orientado pela teoria das representações sociais em sua abordagem estrutural. O cenário de estudo foi composto por três comunidades rurais fluviais ribeirinhas, da região do Baixo Madeira -Demarcação, Calama e São Carlos do Jamari -localizadas distantes do principal centro urbano, a capital Porto Velho-RO, tendo como principal meio de acesso o barco. Essas comunidades concentram a oferta de serviço público regular de saúde e são desenvolvidas ações de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As atividades de saúde são coordenadas pela SEMUSA (Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho-RO).

As comunidades foram escolhidas de modo intencional, por serem distritos considerados estratégicos na oferta de serviços de saúde da região rural fluvial, servindo de infraestrutura de serviços públicos para outras comunidades ribeirinhas de seu entorno, uma vez que abrangem diferentes distâncias em relação à cidade de Porto Velho-RO.

A amostragem da pesquisa foi do tipo não probabilística, por conveniência, sendo constituída por 120 sujeitos. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ser morador da comunidade pesquisada por no mínimo cinco anos; ter idade maior ou igual a 18 anos; manifestar concordância em participar do estudo; e localizar-se no cenário de estudo no momento da coleta de dados. O estudo contou com a participação de 40 moradores de cada comunidade pesquisada, de ambos os sexos, sendo 65 homens e 55 mulheres, distribuídos de forma não intencional, no qual a comunidade de Calama contou com a

participação pareada entre os sexos.

A pesquisa foi realizada nos diferentes espaços públicos e privados das comunidades pesquisadas, como ruas, dependências de instituições públicas: escolas, unidades de saúde, posto de polícia, barco de linha (como é chamado o transporte público nas comunidades), comércios e domicílios dos moradores, todos após as respectivas autorizações. Os sujeitos participantes responderam a um questionário sociodemográfico e às evocações livres aos termos indutores “Saúde” e “Doença”, no período de julho a agosto de 2014.

Considerando os atributos qualitativos e quantitativos na determinação dos elementos centrais e periféricos de uma representação, utilizou-se a técnica da associação livre de palavras. A técnica foi aplicada individualmente com uso do formulário, caneta e papel para anotar as cognições produzidas por meio da evocação. Assim, na coleta das evocações foi solicitado que os sujeitos mencionassem, de modo livre e espontâneo, as cinco primeiras palavras que viessem a sua mente ao ouvirem os termos indutores e, em seguida, hierarquizassem por ordem de importância as palavras evocadas. Desse modo, atribuiu-se peso 1 à primeira cognição eleita como a mais importante entre as evocações, peso 2 à segunda e, assim sucessivamente, conforme a proposta de Vergés (citado por Gomes & Oliveira, 2005).

Os dados originados a partir da técnica de Associação livre de palavras foram transcritos para uma planilha Excel, versão 2007 e passaram pela padronização semântica de palavras, para a formação dos *corpus* (Oliveira, Marques, Gomes, & Teixeira, 2005), posteriormente foram inseridos no *software* EVOC 2005 e analisados conjuntamente por comunidades e sexo. Os dados do questionário sociodemográfico que serviram para caracterização da amostra, foram organizados através do *software* SPSS e analisados com o auxílio da estatística descritiva.

Para a análise das evocações foi utilizado o quadro de quatro casas com o uso do *software* EVOC 2005, buscando identificar a estruturação dos conteúdos representacionais, a partir da formação de quatro conjuntos de cognições. Sobre a estruturação das cognições, no quadrante superior esquerdo concentram-se os elementos evocados mais importantes para os sujeitos pesquisados e o provável núcleo central das representações pesquisadas (Abric, 2003; Sá, 2002).

O quadrante superior direito compõe a primeira periferia, nela estão localizados os elementos cognitivos que podem aproximar-se ou evoluir para o núcleo central (Sá, 2002). Concentram-se na zona periférica os elementos representacionais que podem ser associados ao contexto de vida e às práticas sociais, sendo, portanto, instáveis, permitindo a variabilidade interindividual da representação conforme Oliveira, Gomes, Marques (2005).

No quadrante inferior esquerdo, também chamado de zona de contraste estão cognições que foram evocadas por um menor número de sujeitos, porém consideradas como muito importantes, evidenciando a existência de um subgrupo que possui uma representação divergente do restante do grupo (Sá, Oliveira, Castro, Vetere & Carvalho,

2009; Abric, 2003).

O quadrante inferior direito compõe a segunda periferia, onde estão presentes os elementos pouco frequentes e definidos como menos importantes (Abric, 2003). Usou-se o referencial teórico proposto no sentido de obter dados que identificassem as representações sociais sobre a saúde e doença.

A participação na pesquisa foi voluntária, a partir do convite e aceitação dos sujeitos e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitadas as normas e diretrizes de realização das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 416/12. O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, aprovado sob o parecer 714.241 em 26/06/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade entre os participantes é de 44,06 anos ($DP=16,23$), com idade mínima de 18 anos e máxima de 89 anos, com a seguinte distribuição: 18 a 40 anos (33; 52,50%) e 41 anos a 89 anos (57; 47,50%). A maioria dos participantes no estudo é do sexo masculino 65 (54,17%), com média de idade de $M=46,61$ e desvio padrão $DP=17,24$ anos, seguido do sexo feminino com $M=41,04$ e $DP=14,52$ anos. Entre os participantes, a menor média de idade por comunidade pertence aos moradores de São Carlos $M=39,32$; $DP=10,84$ anos e a maior aos de Demarcação $M=48,07$; $DP=18,02$ anos. A maioria dos participantes mantém um relacionamento conjugal como casado ou vivendo com um parceiro(a) ($n=74$; 61,67%). Nas três comunidades há uma prevalência de pessoas católicas ($n=83$; 69,17%), seguida pelo grupo de evangélicos ($n=33$; 27,50%).

O grupo pesquisado desenvolve suas atividades de trabalho na lavoura/agricultura, pesca e na criação de animais ($n=37$; 30,83%), no setor público ($n=36$; 30,0%) e ($n=10$; 8,33%) exercem suas atividades laborais no comércio local. Os demais respondentes ($n=37$; 30,83%) adquirem renda da prestação de serviços autônomos, “fazem bicos”, ou encontram-se desempregados, aposentados ou recebem pensão. Entre os respondentes, a maioria não recebe qualquer ajuda ou subsídio do governo ($n=83$; 69,17%), apesar da maioria viver com até dois salários mínimos por família ($n=81$; 67,5%). Concernente ao nível de escolaridade dos participantes, constatou-se que a maioria ($n=42$; 35,0%) possui nível fundamental incompleto. Cabe ainda destacar que ($n=21$; 17,05%) da amostra, não possui qualquer escolaridade e ($n=9$; 7,50%) do conjunto de sujeitos tem nível superior completo.

TERMO INDUTOR SAÚDE

O quadro de quatro casas identificado na Figura 1 sob o termo indutor “saúde” apresenta as prováveis cognições que constituem as representações sociais dos ribeirinhos sobre a saúde. Constatou-se um corpus de análise gerado a partir das cinco evocações ao

termo, pensadas pelos 120 sujeitos, resultou no total de 600 palavras, entre as quais 50 eram diferentes. Considerando o dicionário das palavras evocadas pelos participantes, o *software* EVOC 2005 calcula a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, média ponderada da ocorrência e ordens médias de evocação das palavras. A partir disso, para o *corpus* saúde foi definido como ponto de corte a frequência mínima de ocorrência de palavras igual a 8, a frequência intermediária das palavras igual a 24 e a ordem média de importância (*rang*) igual a 3. Tal critério foi utilizado conforme a Lei de Zipf de distribuição de palavras, como mostra a Figura 1.

	<i>OMI</i> <3		<i>OMI</i> =3			
	<i>f</i>	<i>OMI</i>	<i>f</i>	<i>OMI</i>		
<i>f</i> =24	amor	30	2,833	descaso	24	3,125
	atendimento	24	2,750	felicidade	99	3,111
	paz	47	2,723	tudo-de-bom	59	3,322
<i>f</i> <24		<i>f</i>	<i>OMI</i>		<i>f</i>	<i>OMI</i>
	bem-estar	23	2,913	harmonia	9	3,667
	capacitação	10	3,000	importante	13	3,308
	Deus	17	1,765	melhorias	11	3,182
	família	19	3,000	ruim	12	4,333
	médicos	22	1,955	tranquilidade	13	3,538
	recursos	8	2,500			
	remédios	10	2,600			
	transporte	13	2,769			

Figura 1: Quadrante de quatro casas do corpus Saúde. Comunidades da zona rural fluvial do Baixo Madeira, Porto Velho-RO, 2014.

Como se observa, no primeiro quadrante, localizado na parte superior esquerda estão os elementos mais prontamente evocados encontrados, formando o possível núcleo central da representação social da saúde: *amor*, *atendimento* e *paz*. A cognição *paz* apresenta frequência igual a 47 e ordem média de importância igual a 2,723, *amor* com frequência igual a 30 e ordem média de importância igual a 2,833 e *atendimento* com frequência igual a 24 e 2,750 de ordem média de importância.

A expressão *amor* expressa uma dimensão afetivo-attitudinal associada à saúde; a *paz* aparece como um elemento definidor da saúde que supera a doença física e expressa o seu caráter difuso na mente e no espírito. Ambos os termos parecem estar relacionados à importância que o grupo social atribui ao convívio e as relações sociais, tanto entre os próprios ribeirinhos quanto entre eles e os profissionais da saúde. Nesse sentido, outros achados atestam a afirmativa, e demonstram que a cognição *amor* também está

presente na representação dos cuidados em saúde dos profissionais, porém não ocupa a mesma posição central na estrutura representacional, porém reforça seu núcleo, enquanto uma dimensão afetiva que expressa atitude de cuidado e de preocupação pelo outro, características das profissões que atuam na área da saúde (Nogueira, Gomes, Machado, & Oliveira, 2015).

O elemento *atendimento* expressa uma dimensão biomédica, associada ao cuidado tecnológico do corpo e parece refletir a necessidade dos ribeirinhos de obter atendimento de saúde, considerando a saúde enquanto um direito básico, garantido pela constituição brasileira, mas que naquele contexto apresenta inúmeras fragilidades e desafios a serem superados. Dessa forma, a hipótese de centralidade da representação está ancorada em conteúdos avaliativos positivos, definidores de saúde e na prática do sistema de saúde por meio da cognição *atendimento*.

Conforme Oliveira e Gomes (2005), no quadrante superior direito (Figura 1) estão os elementos intermediários que reforçam o núcleo central. Esses elementos caracterizam o sistema periférico, são evocados com alta frequência, porém menos prontamente evocados: *descaso*, *felicidade* e *tudo-de-bom*. A cognição *felicidade* apresenta a maior frequência e a menor ordem média de importância igual a 99 e 3,111 respectivamente, seguida pelas cognições *tudo-de-bom* (59; 3,322) e *descaso* (24; 3,125). *Felicidade* e *tudo-de-bom* refletem uma dimensão afetivo-atitude, por meio de um estado psicológico e uma expressão positiva dos participantes frente à saúde, enquanto um bem a ser preservado. Juntos esses elementos reforçam o conteúdo central da representação de saúde. Pode-se inferir que essa cognição é compreendida como um dos sentimentos que melhor expressa o estado de saúde sob a ótica dos ribeirinhos, especialmente se comparada ou contraposta à situação de adoecimento. A cognição também pode estar relacionada às situações que envolvem o quadro de saúde dos ribeirinhos e traduz a maneira como se sentem ou desejam sentir-se, em um contexto onde a saúde demonstra fragilidade e as distâncias geográficas impõem barreiras.

A cognição *descaso* refere-se a uma dimensão social, indicando um conteúdo associado à face negativa do sistema de saúde e não à representação social de saúde em si, possivelmente evidenciando as condições da saúde existentes no grupo, tal como os ribeirinhos a descrevem. Portanto, essa cognição reflete as facetas negativas dos serviços prestados e reforça o sentido atribuído ao elemento central *atendimento*.

Os termos que estão localizados no quadrante inferior esquerdo são os elementos de contraste, que apesar de menos evocados, foram prontamente evocados e considerados importantes, em função da ordem de importância atribuída, apresentam outros sentidos à representação. Neste caso tem-se: *bem-estar*, *capacitação*, *Deus*, *família*, *médicos*, *recursos*, *remédio* e *transporte* (Figura 1).

Abric (2003) afirma a existência de um subgrupo que sustenta uma representação que diverge da maioria do grupo. Seguindo essa perspectiva, cabe salientar que a cognição

Deus possui uma frequência e ordem média de importância, respectivamente de 17 e 1,765, *médicos* (22; 1,955), *recursos* (8; 2,500), *remédios* (10; 2,600), *transporte* (13; 2,769), *bem-estar* (23; 2,913), *capacitação* (10; 3,000) e *família* (19; 3,000). Parte dos elementos evidencia uma dimensão imagética das representações, ancoradas às questões de caráter biomédico vivenciadas no grupo, as quais parecem se objetivar através dos problemas associados à estrutura dos serviços de saúde existentes nessas comunidades. Essas cognições refletem a preocupação de subgrupos acerca da figura do *médico* e da medicação- *remédio*, em achados anteriores, aplicado a populações urbanas, também observou-se a presença de termos que concebem a saúde em oposição à doença (Oliveira, & Sá, 2001).

Por outro lado, as demais expressões revelam uma dimensão social da saúde e sua associação a determinantes sócio-econômicos, que parecem evidenciar as alternativas para a melhoria da oferta de saúde local, por meio da cognição *capacitação* dos profissionais de saúde, bem como demonstrar a importância social atribuída à *família*, aos *recursos* e ao *transporte* nas questões relacionadas à saúde. O elemento *Deus* expressa um caráter místico-espiritual associado à noção de saúde, seja no sentido atribuído à entidade espiritual para a resolução dos males ou dessa para a própria manutenção da saúde. A cognição *bem-estar* reflete um estado psicológico positivo associado à definição de saúde e/ou necessário para o seu alcance. Nesse sentido, apesar do modelo biomédico compor as representações dos subgrupos, destaca-se a ampliação do conceito de saúde, a partir da importância atribuída à espiritualidade, ao bem-estar e a família relacionada à saúde, aspectos que se considerados, podem contribuir para o cuidado de forma integral da clientela ribeirinha.

Para Sá, Oliveira, Castro, Vetere, & Carvalho (2009) e Abric (2003), o quadrante inferior direito do quadro de quatro casas apresenta os elementos da segunda periferia, que são elementos menos frequentes e considerados como menos importantes pelos sujeitos pesquisados. Nessa perspectiva, verifica-se a presença da cognição *importante* com frequência e ordem média de evocação, respectivamente de 13 e 3,308, que elucida uma dimensão valorativa da representação associada à saúde para os ribeirinhos. Os elementos *harmonia* (9; 3,667) e *tranquilidade* (13; 3,538) evidenciam uma dimensão afetiva com caráter idealizado, associados à definição de saúde para o ribeirinho e, assim como, encontrado por (Oliveira, & Sá, 2001), essas cognições revelam uma maior aproximação da saúde ao bem estar psicológico e social. Por fim, os elementos *ruim* (12; 4,333) e *melhorias* (11; 3,182), expressam novamente uma dimensão social da representação associada ao sistema de saúde e aos determinantes socioeconômicos envolvidos nesse processo. Assim, os elementos que compõem a segunda periferia parecem indicar a precariedade na oferta de ações e serviços de saúde, com base na infraestrutura de saúde, mais especificamente, no que se refere ao sistema de saúde local, considerado importante para a própria manutenção do grupo e, que por esse motivo requer melhorias para promover

a harmonia e tranquilidade, idealizadas pelos ribeirinhos, seja a partir da relação entre os próprios sujeitos ou, entre eles e os profissionais da saúde.

O que se observa nesta análise, de uma forma geral, é a afirmação da positividade da saúde e negativa do sistema de saúde, com caráter idealizador que comporta os seguintes atributos: a *paz* e *amor* como o elementos definidores de saúde e *atendimento* como uma representação que associa a saúde ao modelo biomédico.

TERMO INDUTOR DOENÇA

O quadro de quatro casas identificado na Figura 2 sob o termo indutor “doença” apresenta as cognições que constituem as representações sociais dos ribeirinhos sobre doença. O corpus de análise gerado a partir das 5 evocações dos 120 sujeitos moradores da zona rural fluvial do Baixo Madeira, ao termo indutor “doença”, resultou em 600 palavras, com 50 palavras diferentes, adotando-se como ponto de corte a frequência mínima igual a 7, a ordem média de evocação (*rang*) igual a 3 e a frequência intermediária igual a 21, como mostra a Figura 2.

	<i>OMI</i> < 3		<i>OMI</i> = 3			
	<i>f</i>	<i>OMI</i>	<i>f</i>	<i>OMI</i>		
<i>f</i> < 21	atendimento	35	2,657	desânimo	36	3,361
	desespero	24	2,875	doença	34	3,206
	medo	51	2,765	infelicidade	27	3,519
				mal-estar	22	3,500
				ruim	41	3,268
				tristeza	67	3,090
<i>f</i> < 21		<i>f</i>	<i>OMI</i>		<i>f</i>	<i>OMI</i>
	deus	15	2,067	angústia	11	3,818
	dificuldade	12	2,917	dor	9	3,556
	família	11	2,636	morte	16	3,500
	medicação	13	2,538			
	médicos	14	1,929			
	preocupação	19	2,895			
	prevenção	8	2,875			
	recursos	14	2,929			
	saúde	10	2,300			
	sofrimento	7	3,000			
	transporte	12	2,917			
	tratamento	9	2,667			

Figura 2: Quadrante de quatro casas do corpus Doença. Comunidades da zona rural fluvial do Baixo Madeira, Porto Velho-RO, 2014.

A representação de doença é negativa e comporta os seguintes atributos: o núcleo central é constituído pelos elementos *atendimento*, *desespero* e *medo*. As cognições encontradas apresentam as seguintes frequências, ordem média de importância e

dimensões, respectivamente: *atendimento* (35; 2,657) é a cognição que possui a maior frequência e o primeiro lugar em importância, apresenta uma dimensão biomédica, onde a doença é vista como algo que se localiza no corpo e está associada ao cuidado desse mesmo corpo por tecnologia biomédica. *Desespero* (24; 2,875) e *medo* (51; 2,765) revelam uma dimensão afetivo-attitudinal da representação e definidora da doença e dos determinantes da doença. A análise das evocações produzidas ao termo indutor doença apresenta uma configuração que diferente em parte da observada em saúde, a saber: a hipótese de centralidade da representação social de doença está ancorada em conteúdos avaliativos negativos, definidores do objeto pesquisado e a uma visão de cuidado, estritamente biomédica.

No quadrante superior direito, primeira periferia, observa-se os elementos *desânimo* (36; 3,361), *mal-estar* (22; 3,500) e *doença* (34; 3,206); enquanto elementos definidores do objeto social, possuem uma dimensão psicológica e pragmática, que superam a doença física e expressam o seu caráter difuso, no corpo, na mente e no espírito. Os elementos *infelicidade* (27; 3,519), *ruim* (41; 3,268) e *tristeza* (67; 3,090), possuem uma dimensão afetivo-attitudinal, que reforçam a valoração negativa da representação social de doença, por meio de sentimentos associados à ausência de saúde. Sendo o último elemento considerado o mais importante entre as evocações, devido à ordem de importância atribuída ao mesmo. Esse conteúdo também foi identificado, em estudo anterior com populações urbanas e também assumia o duplo sentido de causa e consequência da doença (Oliveira, & Sá, 2001).

No quadrante em que estão presentes os elementos de contraste, aparecem as cognições *Deus* (15; 2,067) que possui um caráter místico-espiritual e pode estar associado à noção de ajuda ou castigo em caso de doença; os elementos *dificuldade* (12; 2,917), *recursos* (14; 2,929), *família* (11; 2,636) e *transporte* (12; 2,917) que evidenciam a dimensão social da representação e sua associação a determinantes socioeconômicos, na medida em que parecem refletir as dificuldades financeiras da pessoa ou família para o acesso aos serviços de saúde vivenciadas no cenário ribeirinho, bem como a falta de insumos ou recursos humanos na estrutura de saúde local. A cognição *transporte* pode estar relacionada às situações de adoecimento, na qual o sujeito tenha vivenciado a dificuldade no transporte local, sobretudo diante a falta de manutenção ou combustível para as “ambulanchas” (transporte fluvial de emergência), que realizam o transporte de usuários de uma localidade a outra pelo rio na busca por atendimento de saúde em unidade mais próxima/vizinha, pode expressar também a falta de recursos financeiros para gerir sua própria locomoção em caso de urgência por assistência de saúde. Nesse sentido, é comum identificar tanto nos relatos, como na observação do cenário ribeirinho que as famílias e seus membros representam, por vezes, a única forma de ajuda concreta nas situações de doença.

Os elementos *medicação* (13; 2,538), *médicos* (14; 1,929) *prevenção* (8; 2,875) e

tratamento (9; 2,667) objetificam a doença e revelam a dimensão biomédica, associada à medicalização da assistência e ao caráter preventivo da atenção à saúde em combate à doença. Os elementos *medicação* (13; 2,538), *médicos* (14; 1,929) e *tratamento* (9; 2,667) estão ancorados ao modelo biomédico, no qual a doença é vista, novamente, como a ausência do próprio elemento *saúde* (10; 2,300), como algo que se localiza no corpo e associa o cuidado desse mesmo corpo por tecnologia biomédica. Ao se traduzir as concepções do modelo de atenção biologizante, evidencia-se a percepção conservadora, especialmente ligada à figura do médico, que ainda prevalece sobre o sistema de saúde, naquele contexto. Todavia, o elemento *prevenção* (8; 2,875) apresenta-se como uma cognição “inovadora” na representação de doença dos subgrupos, pois expressa uma visão ancorada aos processos de mudanças consideradas recentes, no qual o modelo de atenção preventivo adquire espaço nas ações de saúde, enquanto uma prática atual em diversos contextos, embora “tardia” no sistema público de saúde, das comunidades pesquisadas.

Os achados neste estudo corroboram a própria representação social do SUS, que apresenta como característica central uma dimensão biomédica, reforçada pela expectativa de medicalização da atenção à saúde, o que decorre provavelmente da experiência dos usuários com uma estrutura assistencial hospitalocêntrica e medicocêntrica, historicamente predominante no setor saúde brasileiro (Oliveira & Silva, 2010).

Por fim, estão presentes na segunda periferia, as seguintes cognições: *angústia* (11; 3,818) e *dor* (9; 3,556), que reafirmam a dimensão afetivo-attitudinal da representação e, novamente propõem a doença como estados psicológicos, através dos sentimentos negativos, em oposição à saúde; a cognição *morte* (16; 3,500) revela a dimensão imagética da representação, na qual a doença é objetificada e vista como algo que se localiza no corpo do sujeito, podendo levá-lo ao seu limite. Nesse sentido, a noção de doença manifesta nos ribeirinhos a preocupação iminente com a morte, especialmente se consideradas as dificuldades existentes na oferta e ações de saúde em comunidades geograficamente distantes dos centros urbanos, cujos desafios tornam-se ainda mais relevantes. Portanto, a representação de doença é negativa, sobretudo ancorada ao modelo biomédico e definida por oposição à saúde. Parece ser uma resposta às dificuldades apresentadas nas estruturas do sistema de saúde e pela dificuldade de recursos financeiros dos sujeitos.

Nas representações de saúde e doença, há dimensões comuns relativas ao sujeito e a sua saúde e dimensões relativas aos serviços e infraestrutura de saúde. Identificaram-se em ambas as representações as dimensões afetivo-attitudinal, místico-espiritual, social e biomédica. De acordo com o critério comparativo, proposto pela abordagem estrutural, as representações dos objetos sociais pesquisados, apresentam em suas estruturas basicamente a mesma composição, tratando-se de representações que cumprem a mesmas funções, porém apresenta sentidos opostos, cujos sistemas periféricos diferenciados apenas refletem variações nas situações vividas pelos grupos.

Observa-se que os elementos candidatos ao núcleo central de saúde são cognições, que privilegiam aspectos positivos definidores da representação social de saúde e a avaliação negativa do sistema de saúde associada à faceta do atendimento prestado e da doença associada ao adoecimento. Levanta-se a hipótese, no entanto, aqui em primeiro lugar, que a saúde ancora-se a uma visão pragmática, condicionada pela importância atribuída aos atendimentos de saúde prestados nessas localidades, em razão do difícil acesso à oferta dos serviços de saúde regulares.

Todavia, para a compreensão do binômio saúde-doença, a saúde deve ser considerada um completo bem-estar físico, mental e social voltados à integralidade do homem, abarcando também os aspectos biopsicossociais e não somente a ausência de doença. Além disso, o léxico *atendimento*, comum ao núcleo central dos objetos sociais pesquisados, pode ser compreendido tendo como base a configuração contextual do sistema de saúde local. Converte sobre essa cognição, no entanto, achados que apontam que o modelo biomédico característico das representações dos sujeitos é reforçado por vários fatores, como a postura de muitos profissionais da rede de atenção à saúde que dão continuidade ou iniciam uma clínica centrada no biológico, mostrando-se não capacitados a atuar através do vínculo que deve se estabelecer com o usuário, pautado na escuta e interação de saberes e práticas, tão necessários à concretização de um cuidado integral e imprescindível para se mudar o atual modo de produção da saúde (Oliveira, & Silva, 2010).

A presença do termo *Deus* na zona de contraste, nas duas representações reforça o núcleo central da saúde e doença e se apresenta como seu desdobramento, no pensamento do grupo, além disso, demonstra do papel importante que a entidade divina assume para essas populações, no caso em questão, de maioria católica e protestante, a igreja se configura como uma instituição de grande importância social, não somente como alternativa na cura dos males físicos e espirituais, mas também como espaço social de lazer e convívio nas comunidades pesquisadas.

A vida comunitária em comunidades do Baixo Madeira encontra amparo no ritmo da vida natural, que nela se mistura e se apóia, tornando-se elementos indissociáveis, porém no que tange ao processo de saúde-doença, há nos cuidados em saúde o predomínio de influências sociais baseadas eminentemente no modelo hegemônico biomédico. Os moradores dessas comunidades organizam suas vidas e tratam da saúde como formas de manter, sobretudo, o ritmo da produção, do trabalho e o sustento dos seus lares, realizado pela maioria, em consonância ao fluxo do rio, que obedece aos períodos sazonais de cheia e vazante. Além disso, os ribeirinhos demonstram em suas representações o medo do adoecimento, seja em consequência da escassez de recursos ou pelo fato de não poder manter a própria subsistência, já que uma parte expressiva das famílias é economicamente pobre, não recebe benefícios sociais do governo e dependem exclusivamente da venda de seus produtos.

Nesse sentido, uma revisão da literatura aponta como alternativa para o cuidado

de famílias rurais a necessidade de conhecer suas particularidades como cultura, crenças e hábitos de saúde. Este conjunto de valores difere de um grupo para outro, uma vez que o cenário rural merece destaque por ocupar posição desfavorável no acesso a serviços públicos favorecendo a desigualdades sociais e a pobreza dos sujeitos. Por essas razões, um dos grandes desafios da Enfermagem, constitui-se em incorporar sua prática com as dos indivíduos a serem cuidados, buscando na alteridade, maneiras de cuidar (Zillmer, Schwartz, Ceolin, & Heck, 2009). É notória a discussão acerca da necessidade de os profissionais da saúde reconhecerem as peculiaridades que as populações, urbanas ou rurais, apresentam, e como estas se tornam responsáveis por influenciar o seu comportamento e a sua trajetória de vida em prol da saúde (Wünsch, Budó, Garcia, Oliveira, Gewehr, Schimith, & Silveira, 2012).

Os estudos realizados no contexto ribeirinho são primordiais às políticas públicas de saúde, vez que privilegiam a compreensão dos diferentes fatores determinantes e condicionantes da saúde de populações mais afastadas dos grandes centros. Sobretudo, para a implantação de medidas de prevenção e pela aplicação dos resultados no controle de problemas de saúde, fundamentais para subsidiar práticas de saúde que visem à melhoria na qualidade de vida dos ribeirinhos, e sejam mais adequadas ao seu perfil.

CONCLUSÕES

Identificou-se como prováveis elementos do núcleo central da representação de saúde *paz, amor e atendimento* e os elementos *medo, atendimento e desespero* da representação de doença. Tem-se, portanto uma representação positiva da saúde e negativa do sistema de saúde, com caráter idealizador e uma representação negativa de doença e do adoecimento em si. Essas representações concebem a saúde em oposição à doença e vice-versa. Desse modo, o núcleo central das representações sociais de saúde e doença baseia-se, sobretudo no modelo biomédico, no saber reificado formado pelas instâncias das estruturas de saúde. Em ambas as representações, observou-se um subgrupo que apresenta conteúdos ancorados ao modelo biomédico e ao social, com elementos associados ao sistema de saúde e aos determinantes socioeconômicos de saúde, permeadas por cognições comuns as duas representações *médicos, remédios, medicação, família, recursos e transporte*. Os conteúdos da periferia reforçaram a faceta positiva da representação social de saúde e negativa do sistema de saúde e doença, e parecem refletir as experiências de saúde cotidianas dos sujeitos, demonstrando a complexidade das representações em questão.

Em função das características de apreensão do objeto social por meio abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais foi possível conhecer a formação da realidade de saúde ribeirinha, influenciadas pelas condições ambientais e geográficas em que vivem as comunidades e a infraestrutura de saúde que dispõem evidenciadas

nas dimensões psicológica, social e cultural que atravessam as representações sociais de saúde e doença dos ribeirinhos. Além de identificar elementos psicossociais que contribuem para as concepções de saúde e doença no grupo social pesquisado, formando e transformando as representações que são transmitidas por meio da comunicação e interação social cotidiana do grupo.

Com os achados apresentados no estudo, espera-se contribuir para o conhecimento acerca do contínuo saúde-doença, especialmente em comunidades ribeirinhas e na reflexão dos profissionais de saúde como agentes participativos na transformação social da realidade de saúde praticada junto a essas comunidades. A fim de contribuir para que as ações de saúde sejam aliadas à execução de projetos de políticas públicas especialmente voltadas à comunidades, geograficamente distantes e, sobretudo para que essas ações possam ajustar-se à identidade local e singularidades daquele contexto, possibilitando transformações nas representações sociais dos sujeitos, o que, por sua vez, gerará mudanças em suas atitudes e na relação que estabelece com o próprio sistema, permitindo com que esse também mude.

A identificação das representações sociais de saúde e doença de moradores de comunidades ribeirinhas pode se revelar produtiva por permitir a maior aproximação à situação de saúde local, a partir do pensamento social dessas populações, contribuindo, para ampliar a noção das condições de saúde existentes e das necessidades de saúde. Com isso, é possível compreender melhor o modo como o sistema de saúde se mantém localmente, para que a partir de então, possa ser reformulado, por meio de alternativas adaptáveis ao modelo assistencial vigente praticado, tomando, portanto as representações como base de análise para a reflexão do sistema de saúde e para a instrumentalização a campo dos profissionais, que atuam em contextos rurais fluviais específicos. Por fim, ao considerar o pensamento social do grupo nas questões de saúde-doença e suas implicações, é possível ressignificar o caráter idealizado, existente nas representações, e aproximá-lo a uma realidade palpável, mais coerente às necessidades das populações ribeirinhas, que de tão distantes, possuem maiores chances de serem “esquecidas”, como revelou-se nas representações dos ribeirinhos do Baixo Madeira.

Conclui-se que as representações em estudo são predominantemente pragmáticas e afetivas, pautadas no modelo biomédico, constituindo-se como subsídio para intervenções profissionais na promoção da saúde com base no modelo preventivo e integral da saúde para os moradores de comunidades localizadas em área de floresta, localizadas no Baixo Madeira. A oferta de saúde pauta-se no desafio de levar em conta a realidade diferenciada destas comunidades, consonantes às representações sociais de saúde e doença dos ribeirinhos, por meio de um trabalho pautado no território e nas fortalezas nele existentes. Para o enfrentamento desse desafio, coloca-se a necessidade de ampliar o acesso à assistência à saúde, promovendo a melhoria da sua qualidade.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A Abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira, & D. C. Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J.C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In J. C. Abric (Org.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 58-80). Saint-Agne: ERES.
- Ministério da Saúde (BR). (2004). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Diegues, A. C. (2000). Etnoconservação da natureza: Enfoques alternativos. In: Diegues, A.C. (org.). *Etnoconservação. Novos rumos para a conservação da natureza*. HUCITEC, NUPAUB-USP, São Paulo, Brasil, 1-46.
- Nogueira, V. P. F., Gomes, A. M. T., Machado, Y. Y., & Oliveira, D. C. (2015). Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):331-7
- Gomes, A. M. T., & Oliveira, D. C. (2005). Estudo da Estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (2), 145 - 153.
- Loureiro, J. J. (1995). *Cultura Amazônica uma Poética do Imaginário*. 1ªed. São Paulo: Cejup.
- Moscovici, S. (2011). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moscovici, S. *La psychanalyse, son image et son public*. 2. ed. Paris: PUF, 1976.
- Nascimento, M. G. S. (1996). Espaço Ribeirinho: migração nordestina para os seringueiros da Amazônia. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira D. C., Gomes A. M. T., & Marques S. C. (2005). Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In Menin MSS, Shimizu A.M, organizadores. *Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 157-200.
- Oliveira, D. C., Marques, S. C., Gomes, A. M. T., & Teixeira, M. A. T. V. (2005). Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. Em A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, & S. M. Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 573-603). João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba.
- Oliveira, D. C., & Sá, C. P. (2001). Representações Sociais da Saúde e Doença e Implicações para o Cuidar em Enfermagem: Uma Análise Estrutural. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, 54(4), 608-622.
- Oliveira D. C., & Silva, L. L. (2010). O Que Pensam Os Usuários Sobre A Saúde: Representação Social Do Sistema Único De Saúde. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 18(1), 14-18.
- Sá, C.P. (2002). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Sá, C.P., Oliveira, D. C., Castro, R.V., Vetere, R., & Carvalho, R.V.C. (2009). A memória histórica do regime militar ao longo de três gerações no Rio de Janeiro: sua estrutura representacional. *Estudos de Psicologia*, 26(2), 159-171.

Oliveira, D. C. & Silva, L. L. (2010). O que pensam os usuários sobre a saúde: Representação social do sistema único de saúde. *Rev. Enferm. Uerj*, rio de janeiro, jan/mar; 18(1):14-18.

Zillmer, J. G. V, Schwartz, E., Ceolin, T., & Heck, R. M. (2009). A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. *Rev enferm. UFPE on-line*, 3(2), 749-54.

Wünsch S, Budó M. L. D., Garcia, R. P., Oliveira, S. G., Gewehr, M., Schimith, M. D., & Silveira C. L. (2012). População rural e enfermagem: uma revisão bibliométrica. *Rev. Enferm. UFSM*, 2(3), 539-546.

SOBRE O ORGANIZADOR

RAFAEL HENRIQUE SILVA – Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (2007), especialista Lato Sensu em Urgência e Emergência pelas Faculdades Integradas do Vale do Ivaí (2008) e em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização pelo Centro Universitário Uningá (2019). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Unisagrado – Bauru (2012) trabalhando com qualidade de vida de pacientes portadores de feridas crônicas. Doutor em Biologia Oral pela Unisagrado –Bauru (2020) com trabalhos na linha de Tecnologia em Saúde e Segurança do Paciente. Atuou como Docente no curso de Enfermagem na Faculdade Integrado de Campo Mourão (2008 – 2015) e na Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (2016 – 2019). Exerceu a função de Tutor no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica e no Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Cardiovascular, na Atenção à Saúde Indígena e na Saúde Materno-infantil pelo Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Atualmente é membro do conselho técnico científico da Atena Editora e revisor das revistas científicas Saúde e Pesquisa, Ciências da Saúde Vittal e SaBios - Revista de Saúde e Biologia. Atua como Enfermeiro do Centro Cirúrgico no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados e Professor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Cardiovascular pela mesma instituição.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente vascular encefálico 171, 172, 173, 182, 183, 185

Agentes comunitários de saúde 28, 34, 35, 36, 37, 43, 44, 116, 132

Alopécia 161, 163, 170

Animais peçonhentos 35, 38, 39, 41, 42, 148, 149, 150, 151, 155, 156, 157

Areata universal 161, 162, 163, 164, 170

Assistência de enfermagem 6, 8, 13, 14, 15, 19, 21, 46, 48, 53, 83, 84, 85, 88, 91, 93, 95, 96, 97, 99, 100, 109, 110, 128, 132, 161, 170, 190, 193

Atenção primária à saúde 1, 4, 5, 10, 13, 22, 24, 52, 57, 115, 123, 133

C

Centro de cuidados de enfermagem 125, 126, 128

Complicações 29, 37, 58, 61, 94, 99, 100, 128, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 153, 154, 155, 178, 180

Comunicação 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 68, 113, 132, 136, 143, 172, 185, 190, 191, 192, 196, 205, 217

Cuidados de enfermagem 13, 84, 115, 122, 124, 125, 126, 128, 134, 137, 171, 182, 186, 188, 193

D

Diagnóstico de enfermagem 89, 99, 127, 161, 169, 170

Discriminação 76, 77, 78, 158, 159

Doação de sangue 158, 160

Doença crônica 26, 93, 94, 95, 100, 129, 134

Doenças infectocontagiosas 46, 47, 54

E

Educação em saúde 12, 25, 27, 31, 32, 39, 43, 110, 114, 119, 121, 132, 136, 178, 181

Emergências 37, 42

Empatia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 72, 80, 199

Enfermagem 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 32, 42, 43, 46, 48, 53, 55, 56, 57, 68, 70, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 161, 162, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 197, 201, 216, 218, 219, 220

Ensino em saúde 194

Epidemiologia 56, 57, 65, 67, 92, 149, 157

Estomia 119, 120, 121, 123

Estratégia de saúde da família 19, 25, 56, 107, 108, 109, 111, 129

H

Hanseníase 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 55

Hemodiálise 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147

Hipertensão arterial sistêmica 20, 86, 93, 94, 95, 164

Hipotireoidismo 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92

HIV 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 218

Homoafetivos 158

Humanização 1, 3, 8, 9, 10, 11, 115, 116, 125, 130, 131, 133

I

Idoso 17, 18, 20, 22, 82, 102, 103, 104, 105, 106

Interdisciplinaridade 195, 196, 201

Interprofissionalidade 194, 195, 196, 197, 201, 202

M

Métodos diagnósticos 46

Multiprofissionalidade 13, 21, 195

P

Políticas públicas 17, 22, 71, 77, 105, 114, 158, 196, 204, 216, 217

Primeiros socorros 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44

Processo de enfermagem 83, 84, 89, 91, 94, 99, 100, 161, 162, 172, 193

Puericultura 107, 108, 109, 110, 132

R

Revisão integrativa 13, 14, 18, 41, 43, 44, 102, 104, 124, 133, 134, 137, 171, 173, 174, 176, 180, 181, 184, 186, 188, 190, 193

S

Saúde da criança 17, 19, 107, 109, 110

Saúde pública 16, 17, 21, 26, 43, 45, 46, 47, 48, 54, 55, 57, 58, 59, 61, 66, 68, 69, 71, 101, 106, 108, 115, 136, 148, 149, 156, 158, 159, 160

Segurança do paciente 102, 103, 104, 134, 135, 137, 139, 143, 144, 145, 146, 220

Sistematização da assistência de enfermagem 53, 83, 84, 85, 88, 91, 93, 95, 96, 97, 99, 100, 128, 161, 170

T

Trabalho em saúde 195

Tuberculose 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71

V

Visita domiciliária 33, 119, 121, 123

Vulnerabilidade social 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 46, 54, 77



**INOVAÇÃO E
TECNOLOGIA
PARA O CUIDAR
EM ENFERMAGEM**

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 



INOVAÇÃO E
TECNOLOGIA
PARA O CUIDAR
EM ENFERMAGEM

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 