

A ENFERMAGEM CENTRADA NA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA



MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA
(ORGANIZADORA)

Atena
Editora

Ano 2020

A ENFERMAGEM CENTRADA NA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA



MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA
(ORGANIZADORA)

Atena
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



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

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

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

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

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

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
E56	<p>A enfermagem centrada na investigação científica [recurso eletrônico] / Organizadora Marilande Carvalho de Andrade Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-65-86002-12-6 DOI 10.22533/at.ed.126200903</p> <p>1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Silva, Marilande Carvalho de Andrade.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

A ideia deste livro surgiu da aspiração em produzir uma obra ampla que contemplasse vários temas importantes para o aprendizado da enfermagem, e que reunisse vários profissionais de saúde envolvidos na área acadêmica a fim de suprir as necessidades da investigação científica de alunos e profissionais.

A pesquisa científica é um estudo planejado que envolve um conjunto de procedimentos sistemáticos com o objetivo de entender, explicar e resolver determinado problema, utilizando para isso método de abordagem especial e raciocínio lógico.

Logo, o desafio da pesquisa em enfermagem é o de superar uma abordagem disciplinar e caminhar rumo a um ponto de vista setorial e interdisciplinar, incluindo nesse enfoque a totalidade das atividades de pesquisas em vários níveis de atenção à saúde.

Portanto, o processo de ensino e da prática de enfermagem deve estar voltado para o desenvolvimento de pesquisas que auxiliem o profissional de enfermagem desde a graduação até sua atuação profissional visando sempre a melhoria da saúde e da qualidade de vida do ser humano.

Considerando que a investigação científica está muito presente na vida acadêmica e profissional dos enfermeiros e que os mesmos necessitam divulgar a produção do conhecimento, a organização deste livro com 18 capítulos tem como objetivo facilitar o entendimento relacionado à investigação científica dos enfermeiros servindo de apoio para estudantes e principalmente para os profissionais iniciantes neste ofício.

Assim, desejo a todos uma excelente leitura!

Marilande Carvalho de Andrade Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM EM PACIENTES ADULTOS PORTADORES DE BEXIGA NEUROGÊNICA	
Gabriel Vinícius Reis de Queiroz Everton Luís Freitas Wanzeler Juliane de Jesus Rodrigues Teles Samara Cristina do Carmo Carvalho Maira Isabelle de Miranda Cardoso Rosane Lima Monteiro Carla Juliana Reis da Costa Maria das Graças Santos Gomes Rudilene Ramos Cavalcante da Silva Juliana Nascimento da Silva Adriana Valadares Mourão José Efrain de Medeiros Alcolumbre	
DOI 10.22533/at.ed.1262009031	
CAPÍTULO 2	13
ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E/OU MOBILIDADE REDUZIDA NA REGIÃO METROPOLITANA I DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO SOBRE ENFRENTAMENTO DE BARREIRAS QUE INTERESSA A ENFERMAGEM	
Vanessa Vianna Cruz William César Alves Machado	
DOI 10.22533/at.ed.1262009032	
CAPÍTULO 3	20
AÇÕES DE ENFERMAGEM COMO PREVENÇÃO DE POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NÃO DESEJADAS NA TERAPIA INTENSIVA	
Isaac Sebastião Nunes Santos Paulo André Dias de Oliveira Cláudio José de Souza Bruna da Silva Belo Manassés Moura dos Santos Nelson Ribeiro Neto Fernanda Borges da Silva Garay	
DOI 10.22533/at.ed.1262009033	
CAPÍTULO 4	43
ANÁLISE DA APLICABILIDADE DAS ESCALAS EVA E EGNC NUM HOSPITAL ORTOPÉDICO	
Bárbara de Castro Mesquita Carla Lube de Pinho Chibante Bianca Madeira Lucas Cardoso Peixoto da Cruz Camila Cardoso Peixoto da Cruz Jacqueline dos Reis Barbosa Monteiro Lídia Pignaton Soares Giselli Reis Haridoim Ariane Silva de Oliveira Bruna Gonçalves Rebello	
DOI 10.22533/at.ed.1262009034	

CAPÍTULO 5 49

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR-BRASIL

Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva
Rebeca Iwankiw Lessa Beltran
Maria Julia Yunis Sarpi
Iara Sescon Nogueira
Célia Maria Gomes Labegalini
Poliana Ávila Silva
Viviani Camboin Meireles
Mariana Pissoli Lourenço
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

DOI 10.22533/at.ed.1262009035

CAPÍTULO 6 60

ANÁLISE DOS IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS DE MARINGÁ-PR-BR

Rebeca Iwankiw Lessa Beltran
Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva
Maria Juia Yunis Sarpi
Célia Maria Gomes Labegalini
Rossana Rosseto de Oliveira
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

DOI 10.22533/at.ed.1262009036

CAPÍTULO 7 72

ANÁLISE DOS TRANSTORNOS PSÍQUICOS MENORES CAUSADOS EM ESTUDANTES DURANTE A GRADUAÇÃO

Cláudio José de Souza
Cristiane Maria de Souza Araújo
Karina Dutra Saraiva Cruz
Marcus Vinicius Figueiredo Bezerra
Ana Carla Alves Cruz
Zenith Rosa Silvino
Deise Ferreira de Souza
Cristina Lavoyer Escudeiro
Fabiana Lopes Joaquim

DOI 10.22533/at.ed.1262009037

CAPÍTULO 8 90

APRENDIZAGEM E ESTÁGIO PRÁTICO SUPERVISIONADO: UMA ANÁLISE DA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Lucas Malta Almeida
Elias Batista dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.1262009038

CAPÍTULO 9 106

ASPECTOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DOS PACIENTES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Cleidiane Leal Borges
Amanda Cristina Machado Lustosa
Ana Paula Melo Oliveira
Antonio Ycaro Rodrigues Lucena
Denise Barbosa Santos
Gabrielly Silva Ramos
Henrique Alves de Lima

Maria de Fátima Alves da Rocha
Mariana Silva Souza
Kayco Damasceno Pereira
Kelton Silva da Costa
Leila Lorrane Araújo de Carvalho
Tauanne Nunes Orsano Aires

DOI 10.22533/at.ed.1262009039

CAPÍTULO 10 118

COMPORTAMENTO SUICIDA EM UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO NARRATIVA

Nanielle Silva Barbosa
Kauan Gustavo de Carvalho
Lorena Uchoa Portela Veloso
Kayron Rodrigo Ferreira Cunha
Laércio Bruno Ferreira Martins
Francisco Florêncio Monteiro Neto
Deise Mariana Aguiar da Costa
Maria da Conceição Lopes de Oliveira
Vanessa Maria Oliveira Viana
Maria Letícia Silva Duarte
Palloma de Sousa
Alana de Sena Rocha

DOI 10.22533/at.ed.12620090310

CAPÍTULO 11 129

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Carolina Falcão Ximenes
Gustavo Costa
Magda Ribeiro de Castro
Paula de Souza Silva Freitas

DOI 10.22533/at.ed.12620090311

CAPÍTULO 12 136

ESTADIAMENTO NAS AUTORIZAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE

Marcia Rodrigues dos Santos
Nayane dos Anjos Passos
Viviane Rosa Schrapett

DOI 10.22533/at.ed.12620090312

CAPÍTULO 13 138

FERIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÕES E DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM

Alessandra Lima dos Santos
Lenice Dutra de Sousa
Silvana Possani Medeiros
Cristiane Lopes Amarijo
Rúbia Gabriela Salgado Fernandes
Adriane Maria Netto de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.12620090313

CAPÍTULO 14 148

IDEAÇÃO SUICIDA EM PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS

José Rafael Eduardo Campos

Deyvirson Wesley Vilar de Oliveira
Jessika Brenda Rafael Campos
Andreza Nogueira Silva
Alyce Brito Barros
Iannaele Oliveira do Vale Batista
Alciono Bezerra dos Santos
Sabrina Martins Alves
José Rômulo Cavalcante Prata Junior
Willma Jose de Santana

DOI 10.22533/at.ed.12620090314

CAPÍTULO 15 166

IDENTIFICAÇÃO VISUAL ENQUANTO ESTRATÉGIA PARA GARANTIR A SEGURANÇA DO
PACIENTE NA PRÁTICA MEDICAMENTOSA

Dayse Christina Rodrigues Pereira Luz
Luzia Gonçalves Pontes
Rhuani de Cássia Mendes Maciel
Emanuel Pereira dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.12620090315

CAPÍTULO 16 170

OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO HUMANIZADO AO PACIENTE NOS
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Samuel Lopes dos Santos
Ana Luiza de Santana Vilanova
Leticia de Cássia Carvalho santos
Manuel Airton Carneiro de Andrade
Sara da Silva Siqueira Fonseca
Roberta Fortes Santiago

DOI 10.22533/at.ed.12620090316

CAPÍTULO 17 177

RASTREAMENTO DO PERFIL DE MORTALIDADE POR DOENÇA REUMÁTICA COM
COMPROMETIMENTO CARDIACO NO BRASIL EM 2010

Adriana da Costa Coelho
Dasymar Martins da Silva Lucas
Renata Flavia Abreu

DOI 10.22533/at.ed.12620090317

CAPÍTULO 18 182

UTILIZAÇÃO DE COBERTURAS ESPECIAIS NO TRATAMENTO DE LESÕES: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA

Djailma Cinthia Ernesto Silva
Hortência Héllen de Azevedo Medeiros
Maria Aparecida Farias de Souza
Rebeca Nascimento de Moura

DOI 10.22533/at.ed.12620090318

SOBRE A ORGANIZADORA 189

ÍNDICE REMISSIVO 190

CAPÍTULO 1

A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM EM PACIENTES ADULTOS PORTADORES DE BEXIGA NEUROGÊNICA

Data de aceite: 20/02/2020

Gabriel Vinícius Reis de Queiroz

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Everton Luís Freitas Wanzeler

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Juliane de Jesus Rodrigues Teles

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Samara Cristina do Carmo Carvalho

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Maira Isabelle de Miranda Cardoso

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Rosane Lima Monteiro

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Carla Juliana Reis da Costa

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Maria das Graças Santos Gomes

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém – Pará

Rudilene Ramos Cavalcante da Silva

Acadêmico de Enfermagem pelo Centro
Universitário Metropolitano da Amazônia –
UNIFAMAZ
Belém – Pará

Juliana Nascimento da Silva

Acadêmico de Enfermagem pelo Centro
Universitário Metropolitano da Amazônia –
UNIFAMAZ
Belém – Pará

Adriana Valadares Mourão

Enfermeira pelo Centro Universitário
Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ
Belém – Pará

José Efrain de Medeiros Alcolumbre

Enfermeiro, Especialista em Atenção Primária em
Saúde pelo Centro Universitário Metropolitano da
Amazônia – UNIFAMAZ
Belém – Pará

RESUMO: Introdução: A bexiga neurogênica é uma disfunção ocasionada por doenças do sistema nervoso central ou nervos periféricos envolvidos no controle da micção e pode ser de dois tipos: a hipoativa (que é incapaz de se contrair) e a hiperativa (que se esvazia por

reflexos sem controle). Objetivo: Realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a importância do serviço de enfermagem ao paciente adulto portador de bexiga neurogênica. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico e com base materiais, constituídos de livros, artigos etc. A partir do levantamento teórico pode-se desenvolver o trabalho com uma perspectiva histórica ou com o intuito de reunir diversas publicações isoladas, atribuindo-se uma nova leitura. O objetivo da pesquisa bibliográfica é desvendar, escolher e analisar as principais contribuições sobre determinado fato, assunto ou ideia. Resultados/Discussão: Constatou-se ser imprescindível que profissionais da saúde tenham consciência que prestar uma assistência mais humana e ter empatia proporcionando um tratamento de respeito aos pacientes portadores de bexiga neurogênica. Identificou-se que a assistência de enfermagem na reabilitação tem como principais objetivos auxiliar o paciente a se tornar independente o máximo que puder dentro de suas condições, promover e incentivar o autocuidado. Conclusão: A partir desta revisão, concluiu-se que, o papel do enfermeiro é de extrema importância no processo de tratamento do paciente adulto portador de bexiga neurogênica.

PALAVRAS-CHAVE: Bexiga neurogênica, Adultos, Enfermagem.

NURSING CARE IN ADULT NEUROGEN BLADDER PATIENTS

ABSTRACT: Introduction: The neurogenic bladder is a dysfunction caused by diseases of the central nervous system or peripheral nerves involved in the control of urination and can be of two types: the hypoactive (which is unable to contract) and the hyperactive (which empties without reflexes). control). Objective: To perform a narrative review of the literature on the importance of nursing service to adult patients with neurogenic bladder. Methodology: This is a bibliographic research based on materials, consisting of books, articles, etc. From the theoretical survey one can develop the work with a historical perspective or in order to gather several isolated publications, giving a new reading. The purpose of bibliographic research is to unveil, choose and analyze the main contributions about a given fact, subject or idea. Results / Discussion: It was found essential for health professionals to be aware that providing more humane care and empathy providing respectful treatment to patients with neurogenic bladder. It was identified that nursing care in rehabilitation aims to help the patient to become independent as much as possible within their conditions, promote and encourage self-care. Conclusion: From this review, it was concluded that the role of nurses is extremely important in the treatment process of adult patients with neurogenic bladder.

Key Words: Neurogenic bladder, Adults, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Várias são as opções terapêuticas para a bexiga neurogênica no adulto principalmente nos dias atuais que o campo da Urologia busca inovações e outras alternativas. Porém é necessário enfatizar que pode surgir desânimo por parte do paciente por tentar várias vezes atingir um estágio de não molhar as roupas e suas tentativas serem sem sucesso, nesse momento cabe aos enfermeiros estimular e apresentar novas sugestões e como consequência propor novas tentativas. É importante ressaltar a importância da humanização nos hospitais e lembrar que o enfermeiro além de conhecer a técnica precisa ter empatia e sensibilidade.

Sabendo que a bexiga neurogênica pode ser causada por alguma doença, lesão ou defeito congênito que atinge o cérebro, a medula espinhal ou os nervos que se dirigem a bexiga questiona-se até que ponto o papel do enfermeiro é importante no processo de tratamento desse paciente adulto portador de bexiga neurogênica?

O objetivo geral desta pesquisa é descrever a importância do serviço de enfermagem ao paciente adulto portador de bexiga neurogênica. Seguindo dos objetivos específicos: compreender o conceito de bexiga neurogênica e suas vertentes, demonstrar como atuar na manutenção da integridade da pele, analisar a importância do uso de lubrificantes na realização do cateter urinário intermitente, identificar a prática utilizada na prevenção de cálculos vesicais.

O tema em questão surgiu a partir da percepção de que a população desconhece o real papel do enfermeiro no auxílio ao tratamento do paciente adulto portador de bexiga neurogênica. Na realidade a maioria da população também desconhece o conceito dessa doença, suas causas e sintomas. Partindo do princípio que a bexiga neurogênica é o fato de não poder controlar o fluxo urinário, muitos pacientes se deprimem e passam a fugir do contato social, porém a recursos que possibilitam a melhora da qualidade de vida desse indivíduo.

A partir de tratamento terapêutico estabelecido o enfermeiro é grande aliado no processo de evolução do quadro clínico desse paciente, proporcionando além de técnica, estímulo e afeto. Diante desta premissa é necessário levar ao conhecimento da sociedade a importância do serviço de enfermagem para a melhora da qualidade de vida do paciente portador de bexiga neurogênica.

Esta pesquisa está dividida em três eixos. Inicialmente será realizada uma breve abordagem da bexiga neurogênica num âmbito geral como conceitos, diagnóstico e tratamento. No segundo eixo será ressaltado a prevenção de infecções e cálculos vesicais e por fim será feito um levantamento de como dever ser realizado o treinamento para reeducação vesical e para o autocuidado.

Este estudo também é de grande relevância para profissionais da saúde, estudantes de enfermagem e áreas afins possibilitando possíveis estudos mais

abrangentes, dessa forma justifica-se essa pesquisa.

2 | MÉTODO

O método utilizado neste estudo foi revisão bibliográfica, que é caracterizada por ser uma pesquisa que utiliza o manuseio de material já elaborado e publicado. É o levantamento de todo o referencial já editado em relação à temática de estudo desde periódicos, monografias, dissertações, teses, livros, publicações avulsas, boletins, documentos eletrônicos, entre outros (RAUPP; BEUREN, 2004). Com esse levantamento pode-se desenvolver o trabalho com uma perspectiva histórica ou com intuito de reunir diversas publicações isoladas, atribuindo-se uma nova leitura.

Foi realizado um levantamento em sites, livros, revistas e artigos que abordam o tema e esta pesquisa está pautada em alguns teóricos e estudiosos no assunto tais como: Mezzomo, Carvalho e Borrelli, foram selecionados estudos indexados nos últimos dez anos e todos os materiais contemplados para dar suporte neste estudo encontram-se em língua portuguesa. A busca dos artigos deu-se por meio de palavras-chave, a saber: enfermagem; bexiga; neurogênica. De posse do material foi realizado uma leitura do tipo exploratória que tem por finalidade identificar em que medida a obra consultada interessa a pesquisa.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A bexiga neurogênica e suas vertentes

De acordo com (ABCMED,2014): “chama-se bexiga neurogênica o mau funcionamento da bexiga devido a doenças do sistema nervoso central ou nervos periféricos envolvidos no controle da micção, que fazem com que o indivíduo não consiga controlar adequadamente o ato de urinar. Tanto pode ser afetada a musculatura da bexiga como os seus esfíncteres.

Ou seja, qualquer lesão nervosa pode interferir no funcionamento da bexiga. A bexiga neurogênica pode ser de dois tipos: a hipoativa (que é incapaz de se contrair) e a hiperativa (que se esvazia por reflexos sem controle).

Conforme Elói (2013, p.11) a bexiga neurogênica engloba um conjunto de patologias de etiologia e manifestações distintas, tendo em comum uma correlação fisiopatológica com alterações a nível da inervação vesical que vão perturbar a função do detrusor e/ou do esfíncter. Para Mello (2017):

Uma bexiga neurogênica em baixa atividade é, geralmente, o resultado da interrupção dos nervos locais que a estimulam. A causa mais frequente nas crianças é um defeito de nascença da espinal medula, como a espinha bífida ou o mielomeningocele.

Uma bexiga hiperativa resulta, em geral, de uma interrupção do controle normal da bexiga por parte da espinal medula e do cérebro. Uma causa frequente é um trauma ou uma doença, como a esclerose múltipla, que afetam a espinal medula e que se podem associar a paralisia das pernas (paraplegia) ou dos braços e das pernas (tetraplegia).

A bexiga neurogênica acontece por diversos fatores sendo um deles a perda da elasticidade do órgão e por conta disso ela não consegue acomodar volumes de urina em maior quantidade. Também pode ser observado que outra causa seria contrações involuntárias com perda de urina sem que o indivíduo perceba e causando assim um desconforto social.

Para Gil (2012) a princípio a bexiga neurogênica pode ser assintomática, pois todo mundo possui uma reserva orgânica muito grande. Até as lesões neurológicas que o paciente apresenta se tornarem clinicamente relevantes, nesse caso o processo será de certa forma longo. No início o resíduo é zero, depois é 20, 50, 100 ml até o paciente perceber que está com infecção.

Conforme Borrelli (1968), a “micção normal está sujeita a mecanismos voluntários e involuntários dependentes de centros nervosos que se escalonam desde o córtex cerebral até o plexo intrínseco da parede vesicular. Assim, qualquer lesão nervosa que interfira nesses mecanismos causará modificação no funcionamento da bexiga. Teremos então uma disfunção vesical de origem neurológica, denominada bexiga neurogênica”

O Diagnóstico é feito por um médico, onde o mesmo irá apalpar uma bexiga em grande volume durante um exame no abdômen inferior, também pode ser feito uma urografia intravenosa, uma cistografia ou uretrografia.

De acordo com Gil (2012):

O diagnóstico tem que ser feito com base na história do paciente, algum sintoma que leve a acreditar que tenha bexiga neurogênica, alguma doença que predisponha a ele, um quadro neurológico ou vascular, algo que possa levar o paciente a ter essa doença. O diagnóstico é feito com base no exame físico, muitas vezes no exame neurológico consegue-se saber se o paciente tem algum déficit neurológico periférico e através dos exames radiológicos, como ultrassom, uretrocistografia.

O exame essencial para ver o padrão funcional da bexiga é o urodinâmico que proporciona a avaliação da capacidade de armazenamento e a pressão da bexiga, ou seja, como elimina a urina. A bexiga neurogênica não tratada tende a evoluir para uma infecção urinária, sendo tratada de forma adequada pode cursar com bacteriúria, que significa não infecção urinária, mas a presença da bactéria sem causar lesão ou pacientes livres de infecção totalmente. É extremamente necessário fazer o diagnóstico acertado e dar o tratamento adequado para cada tipo de alteração funcional que aquele trato urinário apresentar (GIL, 2012).

As infecções urinárias provenientes da bexiga neurogênica não tratada podem afetar seriamente os rins, para um paciente diabético com bexiga neurogênica que tem uma deficiência grave de sensibilidade com contratilidade bastante baixa, uma retenção urinária com resíduo miccional de mais de 1000ml que se chama de “bexigona” é um tipo de paciente que tem uma pressão alta dentro da bexiga que impede uma filtração renal normal. Isso faz com que os rins dilatam gerando um quadro de obstrução urinária com hiper pressão nos rins causando perda funcional ou mesmo infecção urinária que atrapalha o fluxo normal de urina e afeta os rins causando aumento da creatinina e queda do clearance de creatinina (GIL,2012).

O tratamento dependerá da sua causa e pode demandar desde medicamentos, toxina botulínica, sondas, fisioterapia até cirurgia para desvio da urina a uma abertura externa ou para seccionar um esfíncter hipertônico (ABCMED,2014).

Para a prevenção de infecções Carvalho (1976) ressalta que a lavagem vesical periódica, já não é mais aconselhada, na tentativa de eliminação de mais uma fonte de contaminação, no entanto, alguns urologistas ainda indicam o seu uso. Caso essas medidas preventivas não sejam suficientes para impedir a instalação de infecção, o médico recorre à antibioticoterapia, como parte do tratamento. Desde que o paciente esteja livre de infecção vesical pode-se tentar um programa de treinamento para esvaziamento periódico da bexiga.

Por fim, não há como falar de bexiga neurogênica que afeta muitas pessoas e deixam-nas constrangidas, isoladas e deprimidas sem ressaltar a importância da humanização por parte dos enfermeiros. É imprescindível que profissionais da saúde tenham consciência que prestar uma assistência mais humana e ter empatia proporcionando um tratamento de respeito que trará benefícios para todos de forma efetiva. De acordo com o Ministério da Saúde, (2010, p.8):

[...]a humanização consiste na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, no fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, com o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, no estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, na identificação das necessidades sociais de saúde, na mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde e no compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

O cuidado precisa ser além de técnico também ser pautado no respeito e dignidades do paciente e seus familiares. De acordo com Mezzomo (2001, p.276) um “hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade. ”

3.2 Tratamento da bexiga neurogênica, a prevenção de cálculos e a neuroplasticidade

A bexiga neurogênica é uma condição que afeta os nervos que mandam mensagens de transporte do cérebro para os músculos da bexiga, sendo uma das causas dos cálculos vesicais.

Lesões ou doenças do sistema nervoso são causas frequentes de distúrbios vésico-esfinctéricos, podendo ter um importante impacto na qualidade de vida dos seus portadores como também determinar o aparecimento de complicações como infecções do trato urinário (ITU), retenção urinária e deterioração do trato urinário inferior e superior. A avaliação de pacientes com distúrbios miccionais neurogênicos requer um excelente entendimento da fisiologia da micção, bem como das alterações fisiopatológicas que podem ocorrer em virtude de variadas doenças neurológicas.

A prevalência da bexiga neurogênica está relacionada com os fatores que desencadeiam sua ocorrência, pois suas estatísticas cercam, por exemplo, os casos de trauma raquimedular, acidente vascular cerebral (AVC), lesão no tronco cerebral, lesão do córtex cerebral, lesão no sistema nervoso periférico (SNP), esclerose múltipla, quadriplegia e paraplegia (VALAGNI,2013)

Os pacientes com bexiga hiperativa podem precisar da passagem de uma sonda para drenagem quando os espasmos do esfíncter vesical impedem o seu esvaziamento completo. Para os homens com quadriplegia que não conseguem realizar a auto sondagem, há a possibilidade da realização da secção do esfíncter vesical (anel muscular que fecha um orifício), para permitir o esvaziamento da bexiga. Uma bolsa de coleta externa pode ser utilizada. A estimulação elétrica pode ser aplicada à bexiga, aos nervos que a controlam ou à medula espinhal para induzir a contração da bexiga. No entanto, este tipo de tratamento ainda se encontra em fase experimental (SANTOS,2016).

O tratamento medicamentoso pode melhorar o armazenamento de urina na bexiga. Geralmente, o controle de uma bexiga hiperativa pode ser melhorado por medicamentos que a relaxam (p.ex., anticolinérgicos). Entretanto, essas drogas comumente causam efeitos colaterais como boca seca e constipação. É certo afirmar que a melhoria do esvaziamento da bexiga com o uso de medicamentos é difícil para aqueles que apresentam uma bexiga neurogênica.

De acordo com Valagni (2013) no caso das lesões medulares traumáticas que comprometem a dinâmica da bexiga, provocando a bexiga neurogênica, a neuroplasticidade pode ser usada no tratamento, pois promove a reabilitação do paciente por meio de estímulos e a integração com meio ambiente possibilita que o próprio organismo se adapte. Sendo assim, criam-se novas vias sinápticas

que irão proporcionar um restabelecimento das funções neuronais responsáveis pelo controle vesical. Em decorrência da lesão medular, a desestimulação vésico-esfincteriana torna o esvaziamento da bexiga urinária inábil, com isso acumula-se um grande volume urinário e conseqüentemente uma distensão em demasia do órgão.

Esse processo desencadeia uma resposta morfofisiológica compensatória que alteram a estrutura da parede, podendo desencadear mudanças nas propriedades morfológicas das fibras nervosas aferentes. Estudos sugerem que a hipertrofia muscular da parede do órgão leva a mudanças de diâmetro e hipertrofia das células neurais. Mudanças fisiológicas também são observadas devido ao estresse mecânico de hiperdistensão muscular, como o aumento da excitabilidade neuronal pela regulação da expressão de canais de sódio sensíveis e resistentes. Além disso, devido a esse aumento muscular e obstrução da irrigação sanguínea do órgão ocorre à morte de milhares de células neurais.

3.3 Reeducação vesical e o auto cuidado

Na fase de reeducação cabe ao enfermeiro ter um diálogo com o paciente bem como com os familiares com a finalidade de transmitir noções de anatomia e fisiologia do aparelho urinário, noções de assepsia, a necessidade e importância da bexiga ser esvaziada em intervalos frequentes por meio de uma sonda vesical. Apresenta-se o material a ser utilizado; a sonda vesical de “vidro” para pacientes do sexo feminino e sonda vesical nelaton para o sexo masculino.

O treinamento vesical, também conhecido como reeducação vesical, consiste em educação do paciente sobre seus hábitos miccionais associados a regime de micção programada com aumentos graduais do intervalo entre as micções.

Conforme Culbertson e Davis (2017) para realizar o treinamento, deve-se seguir os seguintes passos:

1. Fazer diário miccional por 24h.
 - a) Pode registrar apenas os horários das micções.
 - b) Não há necessidade de registrar o volume.
2. Após, urinar “pelo relógio”, em intervalos regulares, usando inicialmente o menor intervalo entre as micções, conforme identificado no diário miccional
 - a) Tipicamente começar com intervalos de 1 hora (enquanto acordada).
 - b) Intervalos menores (30 min ou menos) podem ser necessários em pacientes que costumam urinar em intervalos inferiores à 1 hora.
3. Controlar a urgência (desejo de urinar) entre as micções programadas com

técnicas de distração, relaxamento e contrações da musculatura do assoalho pélvico

a) Técnica de distração: realizar cálculos matemáticos mentalmente.

b) Técnica de relaxamento: realizar respirações profundas.

c) Técnica de contrações da musculatura do assoalho pélvico: realizar contrações rápidas dos músculos do assoalho pélvico.

4. Após 2 a 7 dias com menos sintomas de urgência e/ou incontinência, aumentar o intervalo entre as micções.

a) Usualmente progredir com 15 a 30 min a mais de intervalo.

b) Os intervalos devem ser gradualmente aumentados até que seja atingido intervalo de 2 a 4 horas, com poucos episódios de urgência e/ou incontinência.

Para George (1993):

Autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. As capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado acham-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis. Normalmente, pessoas adultas cuidam voluntariamente de si mesmas. Bebês, crianças, pessoas idosas, pessoas doentes e pessoas incapacitadas requerem total assistência ou prestação de cuidados, com atividades de autocuidado

Os pacientes são orientados, durante a internação, sobre a importância do autocuidado, sobretudo quanto à higiene corporal, alimentação e hidratação, estabelecendo conjuntamente metas dentro das possibilidades do momento.

Com o enfoque na realização das atividades da vida diária (AVD) da maneira mais independente possível, torna-se necessário que o enfermeiro reabilitador conheça os hábitos e o estilo de vida do paciente no contexto da família e da sociedade. Esta atuação compreende o autocuidado para a capacidade de vestir/despir, alimentar-se, fazer higiene pessoal e íntima, prevenir deformidades de articulação, complicações respiratórias e vasculares.

O paciente é o elemento chave da equipe de reabilitação. Ele é o foco do esforço da equipe e aquele que determina os resultados finais do processo. A família é incorporada à equipe e é reconhecida como um sistema dinâmico que participa como um apoio contínuo, na solução de problemas e aprende a realizar cuidados contínuos necessários.

A assistência de Enfermagem na reabilitação tem como principais objetivos auxiliar o paciente a se tornar independente o máximo que puder dentro de suas condições, promover e incentivar o autocuidado através de orientações e treinamento de situações, preparar o deficiente físico para uma vida social, familiar da melhor maneira possível e com qualidade (BRUNNER, 1993).

A reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que ajuda um indivíduo que está doente ou incapacitado para atingir seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e econômico. O processo de reabilitação auxilia a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência.

A reabilitação faz parte dos cuidados de enfermagem enquanto um modelo assistencial e humanizado, bem como uma especialidade. Os esforços da reabilitação devem começar logo no contato inicial com o paciente. Os princípios de reabilitação são básicos para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e suas incapacidades, mas considerando o modelo assistencial da reabilitação, essencialmente preventivo e educativo.

Uma das finalidades de ensinar ao próprio indivíduo a realização do seu cateterismo vesical intermitente, é devolver-lhe a autonomia que lhe foi subtraída quando perdeu o controle voluntário de sua micção.

Marvulo (2001), após realizar estudo sobre a busca de evidências para a prática de enfermagem no cateterismo uretral, afirma que “embora em outros países a produção científica sobre esse assunto seja significativa, muitos artigos salientaram a discrepância entre o conteúdo da literatura e a prática vigente entre os enfermeiros. Isso mostra que, não só se faz necessária a realização de pesquisas, como também a divulgação e atualização contínua dos enfermeiros.”

O auto cateterismo vesical intermitente limpo deve ser recomendado aos pacientes portadores de bexiga neurogênica e, por ser este o tratamento preconizado mundialmente para prevenção de complicações e preservação da função renal e melhoria da qualidade de vida. No cotidiano do enfermeiro ainda é um assunto que necessita ser mais discutido, dada a escassez de publicações referentes ao tema.

Apesar de ser um tratamento amplamente difundido e aceito, sua adesão ao longo do tempo em pacientes portadores de paraplegia traumática ainda é baixa. Os marcos conceituais são extremamente importantes aos profissionais, principalmente ao profissional enfermeiro, pois mostram nitidamente a necessidade de pautar suas ações em princípios científicos, para uma assistência de Enfermagem de qualidade.

Uma orientação clara, objetiva e enfocando a importância do cuidado que o paciente deve ter com seu corpo, é fundamental para a sua independência.

A ingestão de líquidos continua a ser bastante estimulada, numa média de 3000 ml diários, tentando-se prevenir as complicações vesicais já referidas anteriormente. O controle das características e do volume urinário é importante. Qualquer alteração na cor, odor, volume ou quantidade de sedimentação, deve ser imediatamente notificado ao médico, ao mesmo tempo em que se inicia uma hidratação oral intensa, visando maior estímulo para o funcionamento renal e vesical, auxiliando a eliminação de impureza.

A eliminação do conteúdo vesical deve ser feita, de preferência, no vaso sanitário. Nos casos em que o paciente não reconhece o sinal de plenitude vesical ou o período é tão curto que não permite a sua eliminação no vaso sanitário ou “papagaio”, é aconselhável usar um coletor que permita a descarga vesical sem molhar as roupas. O recipiente utilizado para a coleta da urina drenada varia de acordo com o sexo (CARVALHO,1976).

Quando são pacientes do sexo feminino pode ser usado absorvente higiênico e calça plástica, sendo utilizado um creme hidratante e emoliente para se evitar problemas de maceração da vulva. A verificação constante das condições de pele é essencial, assim como, as trocas frequentes.

A verificação constante das condições de pele permite detectar alguns sinais de alteração como: edema, cor, temperatura, sensibilidade, escarificação, compressão e nestes casos, o médico deve ser informado.

O paciente precisa estar consciente da sua limitação na área de eliminação vesical e, portanto, deve tornar-se responsável pela manutenção das condições ideais de esvaziamento da bexiga, conseqüente da sua problemática vesical (CARVALHO,1976).

Assim, é de grande importância a participação do enfermeiro no processo ensino-aprendizagem da técnica do auto cateterismo, no autocuidado e, não só pela melhoria da qualidade de vida dos portadores de bexiga neurogênica, mas também para que as complicações decorrentes da falta da realização do procedimento sejam minimizadas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que, o papel do enfermeiro é de extrema importância no processo de tratamento do paciente adulto portador de bexiga neurogênica embora o auto cateterismo vesical intermitente limpo seja relevante para os pacientes portadores de bexiga neurogênica e ser este o tratamento preconizado mundialmente para prevenção de complicações em sua função renal e melhoria da sua qualidade de vida, no cotidiano do enfermeiro, ainda é um assunto que necessita ser mais discutido dada a escassez de publicações referentes ao tema.

Também foi possível compreender o conceito de bexiga neurogênica de forma efetiva por meio deste estudo bem como foi possível internalizar como atuar na integridade da pele no momento do autocuidado ou no momento da reeducação vesical. Foi verificado que ainda é escasso material teórico voltado para esse assunto e sugere-se estudos mais abrangentes por parte dos profissionais de saúde possibilitando um maior acervo teórico sobre o tema em questão.

REFERÊNCIAS

- ABCMED, 2014. **Bexiga neurogênica: conceito, causas, fisiopatologia, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento, evolução, complicações possíveis.** Disponível em: <http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/587377/bexiga-neurogenica-conceito-causas-fisiopatologia-sinais-e-sintomas-diagnostico-tratamento-evolucao-complicacoes-possiveis.htm> . Acesso em: 02/08/2019.
- BORRELLI, M. - **Pediatria Básica.** Sarvier, São Paulo, 1968.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRUNNER LS, Suddarth DS. **Princípios e práticas de reabilitação.**In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner&Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993. p. 181-207.
- CARVALHO, E.R., CAMARÚ, M.N. e CAMARGO, CA. - **Bexiga Neurogênica - Um problema de enfermagem.** Rev. Bras. Enf.; DF, 29:40-44, 1976.
- CULBERTSON, S.; DAVIS, A. M. **Nonsurgical management of urinary incontinence in women.** JAMA, Chicago, v. 317, n. 1, p. 79-80, 2017.
- ELOI, D.A. **Tratamento da bexiga neurogênica no adulto.** Faculdade de Medicina de Coimbra, tese de mestrado, 2013. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33707/1/Daniel%20Eloi%20-%20Tese%20de%20Mestrado.pdf> Acesso em: 26/08/2019
- GEORGE, JB. Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- GIL, Antônio Otero. **Bexiga Neurogênica e Impotência em diabéticos,** 2013. Disponível em: <http://www.transplantedepancreas.com.br/content.asp?idconteudo=34> Acesso em 02/09/2019.
- MarvuloMMI. **Cateterismo uretral, Busca de Evidencias para pratica de enfermagem.** Ribeirão Preto. 2001. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.
- MELLO, José d. **Bexiga Neurogênica.** Disponível em: <https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/bexiga-neurogenica> Acesso em: 29/09/2019.
- MEZZOMO, A.A. **Fundamentos da humanização hospitalar – uma visão multiprofissional.** São Paulo: Loyola, 2001.
- OREM de. **Nursing: conceptsofpractices.** New York: Me Graw, 1985.
- RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. **Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais.** In: BEUREN, Ilse Maria (Org.). Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004. p. 76-97.
- SANTOS, Gerson de Souza. Bexiga Neurogênica. Disponível em: <http://enfermeiropsf.blogspot.com.br/2009/11/bexiga-neurogenica.html> Acesso em 23/09/2019.
- VALAGNI, Gabriel et al. Incontinência Urinária, Bexiga Neurogênica e Neuroplasticidade. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=647> Acesso em: 28/09/2019.

ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E/OU MOBILIDADE REDUZIDA NA REGIÃO METROPOLITANA I DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO SOBRE ENFRENTAMENTO DE BARREIRAS QUE INTERESSA A ENFERMAGEM

Data de aceite: 20/02/2020

Data da submissão: 28/11/2019

Vanessa Vianna Cruz

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
-UNIRIO
Rio de Janeiro
ORCID: 0000-0003-3564-0457

William César Alves Machado

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
– UNIRIO
Rio de Janeiro
ORCID: 0000-0002-2880-0144

RESUMO: O presente estudo aborda aspectos do enfrentamento das barreiras diárias, as quais interditam o direito de ir e vir de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, sob a ótica de usuários de tradicional programa institucional de reabilitação. **Objetivo:** Analisar as dificuldades das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento das barreiras de acessibilidade, com vistas na proposição de estratégias de cuidados de Enfermagem e medidas preventivas de riscos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 90 pessoas com deficiência física e/ou

mobilidade reduzida, usuários dos Programas de Reabilitação Física da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR). A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro e março de 2019, através de entrevistas baseadas em roteiro semiestruturado, compostas de questões fechadas e abertas. A análise dos dados fora pautada na técnica de análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** foram apresentados após a categorização dos dados e sua demonstração na modalidade de quadros representativos das unidades de registro que emergiram dos relatos dos participantes. Os resultados apresentados emergiram duas categorias: Obstáculos do cotidiano que interferem no direito de ir e vir e Reflexos dos sentimentos vivenciados por pessoas com deficiência após experiências desrespeitosas. Destas categorias surgiram nove estratégias de cuidados e medidas preventivas de risco. **Considerações Finais:** Barreiras arquitetônicas e atitudinais são as responsáveis em sua maioria pela perda de muitas oportunidades e violação do direito de ir e vir, e cabe ao enfermeiro, estabelecer estratégias de cuidados e medidas preventivas de riscos, para promoção de uma assistência com mais qualidade e equidade. Estratégias que devem ser elaboradas após a escuta

atenciosa e percepção das necessidades dos mesmos. Pessoas com deficiência e/ ou mobilidade reduzida enfrentam desafios diários, alcançar o mais elevado padrão de saúde não deve ser mais um desafio para eles.

PALAVRAS-CHAVE: Acessibilidade; Pessoas com Deficiência; Limitação de Mobilidade.

ACCESSIBILITY FOR PERSONS WITH DISABILITIES AND / OR REDUCED MOBILITY IN THE METROPOLITAN REGION I OF RIO DE JANEIRO: A STUDY ON BARRIERS FACING THAT INTERESTS NURSING

ABSTRACT: This study addresses aspects of facing daily barriers, which prohibit the right to come and go of people with disabilities and / or reduced mobility, from the perspective of users of traditional institutional rehabilitation program. **Objective:** To analyze the difficulties of people with disabilities and / or reduced mobility in facing accessibility barriers, with a view to proposing nursing care strategies and risk preventive measures. **Methodology:** This is a descriptive study with a qualitative approach, conducted with 90 people with physical disabilities and / or reduced mobility, users of Physical Rehabilitation Programs of the Brazilian Association of Rehabilitation Charities (ABBR). Data collection took place between February and March 2019, through interviews based on semi-structured script, composed of closed and open questions. Data analysis was based on the technique of categorical thematic content analysis. **Results:** they were presented after data categorization and its demonstration in the form of representative tables of the registration units that emerged from the participants' reports. The results presented emerged two categories: Daily obstacles that interfere with the right to come and go and Reflections of feelings experienced by people with disabilities after disrespectful experiences. From these categories emerged nine care strategies and risk preventive measures. Final **Considerations:** Architectural and attitudinal barriers are mostly responsible for the loss of many opportunities and violation of the right to come and go, and it is up to the nurse to establish care strategies and risk prevention measures to promote higher quality care. and equity. Strategies that should be elaborated after careful listening and awareness of their needs. People with disabilities and / or reduced mobility face daily challenges, achieving the highest standard of health should no longer be a challenge for them.

KEYWORDS: Accessibility; Disabled people; Mobility Limitation

1 | INTRODUÇÃO

Considerando a relevância da acessibilidade para que todos os cidadãos desfrutem de oportunidades em consonância com princípios de igualdade elencados na Constituição do Brasil (BRASIL, 2009), o presente estudo aborda

aspectos do enfrentamento das barreiras diárias, as quais interditam o direito de ir e vir de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, sob a ótica de usuários de tradicional programa institucional de reabilitação integrado à Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do Estado do Rio de Janeiro.

Com base no disponível nas bases de dados da área de conhecimento (ANDRADE et al. 2010, ARAÚJO et al. 2018, KRAEMER et al. 2018), a acessibilidade é um direito do cidadão assegurado por lei para que pessoas com deficiência tenham a possibilidade de usufruir de recursos e ações no âmbito social.

Barreiras arquitetônicas interferem na vida destes podendo deixá-los a parte da convivência e vida social. (MACHADO, 2017).

Acessibilidade compõe o conceito de cidadania, no qual os indivíduos têm direitos assegurados por lei que devem ser respeitados, entretanto, muitos destes direitos esbarram em barreiras arquitetônicas e sociais (BARCELOS et al. 2012).

Um espaço construído, quando acessível a todos, é capaz de oferecer oportunidades igualitárias a todos os usuários (BARBOSA, 2016, KRAEMER, 2018, BITTENCOURT et al., 2004).

2 | OBJETIVO

Analisar as dificuldades das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida no enfrentamento das barreiras de acessibilidade, na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, com vistas na proposição de estratégias de cuidados de Enfermagem e medidas preventivas de riscos.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, aprovado pelo CEP, CAAE: 97122818.6.0000.5285, realizado no primeiro semestre de 2019, com pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida que residem no Rio de Janeiro.

Os participantes deste estudo foram os clientes usuários dos Programas de Reabilitação Física da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR). A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro e março de 2019, através de entrevistas baseadas em roteiro semiestruturado, compostas de questões fechadas e abertas, respondidas pelos entrevistados. As entrevistas foram audiogravadas, agendadas para datas, horários e locais de acordo com a disponibilidade dos usuários dos programas de reabilitação que participaram do estudo.

A análise dos dados fora pautada na técnica de análise de conteúdo temático-

categorial.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram apresentados após a categorização dos dados e sua demonstração na modalidade de quadros representativos das unidades de registro que emergiram dos relatos dos participantes, estabelecendo relações com o papel do enfermeiro, como profissional atuante nas equipes de reabilitação, com vista na minimização dos impactos das dificuldades enfrentadas por essas pessoas no âmbito da acessibilidade.

Foram encontradas neste estudo 480 unidades de registros (UR), que foram organizadas em 19 unidades de significação (US). Destas emergiram duas categorias. Pelo discurso dos participantes, observamos que as barreiras que mais interferem em sua locomoção pertencem ao grupo das barreiras arquitetônicas e atitudinais, dados similares aos encontrados nos estudos de Machado et al (2010) e Missel et al (2017). Sendo as calçadas (53%), buracos (44%) e transporte (44%), como os maiores limitadores.

Dentro das atitudes que geram mais desconforto, o desrespeito para com essas pessoas (VIEIRA et al. 2015, MISSEL et al 2017) correspondeu a 60% dos relatos.

Os resultados apresentados emergiram duas categorias: Obstáculos do cotidiano que interferem no direito de ir e vir e Reflexos dos sentimentos vivenciados por pessoas com deficiência após experiências desrespeitosas.

Os resultados foram devidamente discutidos a Luz da bibliografia consultada nas bases de dados da área de conhecimento, com enfoque nas intervenções do enfermeiro de reabilitação.

O enfermeiro deve promover estratégias de cuidados e prevenção de riscos como: acolher o paciente e ouvir suas necessidades e inquietações (Machado, 2017, Machado et al 2018); orientar o paciente ao autocuidado, incentivando sua autonomia e privacidade; orientar a família ao respeito a autonomia do paciente; promover acesso ao atendimento igualitário; promover a continuidade do cuidado; prevenir agravos; capacitar a equipe para atendimento a esse público com equidade; promover a integração da equipe multidisciplinar, para elaboração dos cuidados. (BRASIL, 2012). Promover visitas domiciliares para avaliação das condições de acessibilidade da residência e das melhores alternativas pelos profissionais que lhe prestam atendimento de reabilitação; para que as pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida possam no seu ambiente real, receber orientações para sua independência. Promover atividades de recreação no ambiente de reabilitação, tendo em vista que muitos só deixam suas residências para tal. Permitir que a pessoa

com deficiência participe da elaboração do seu plano de cuidados. Promover ações educativas para sociedade afim de compreenderem o quanto atitudes desrespeitosas interferem na qualidade de vida de pessoas com deficiência. Informar as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida quanto as leis existentes que protegem seus direitos e estimular que as mesmas reivindiquem seus direitos em frente a situações diversas.

O presente estudo visa contribuir para conscientização dos profissionais atuantes na Enfermagem, trazendo informações de grande valia sobre as principais barreiras que pessoas com deficiência enfrentam no seu cotidiano, implicando condições desfavoráveis ao seu bem-estar, saúde, educação, lazer e inclusão social.

Amplia a discussão sobre reflexos da inobservância na execução das políticas públicas, particularmente, no âmbito do direito de ir e vir das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, de forma a lhes assegurar equidade com as demais pessoas sem deficiência. Notamos que não é a deficiência que os limita, mas sim as inúmeras barreiras que cercam o cotidiano prejudicando um direito que deveria ser de todos. Com tantas interferências há reflexos significativos em sua saúde. Cada vez mais ao se pensar nas dificuldades a serem enfrentadas pessoas com deficiência optam por não saírem de suas residências(MISSEL et al. 2017), deixando lazer e até mesmo as consultas da atenção primária para segundo plano.

Segundo Kraemer e Thoma (2018), as análises buscam mostrar que a acessibilidade se constitui como uma estratégia potencializadora da inclusão e como condição para promover práticas que efetivem e promovam o acesso, a participação, o desenvolvimento e a aprendizagem. Quanto mais acessibilidade existir, menos isolamento acontecerá.

5 | CONCLUSÃO

Além de lidar com os desafios da deficiência e/ou mobilidade reduzida, essas pessoas necessitam lidar diariamente com os desafios de superar barreiras impostas. Sendo barreiras arquitetônicas e atitudinais as mais impactantes.

Percebemos que dentre as barreiras urbanas as calçadas desniveladas, ausências de rampas e inúmeros buracos são o que mais geram empecilhos para o acesso.

Além de muitos problemas cercarem o transporte público, tornando muitas vezes o deslocamento impossível. Em se tratando das barreiras atitudinais, o desrespeito, fora mencionado muitas vezes, trazendo sentimento de tristeza, frustração, e situações constrangedoras. Percebemos que as leis existem, porém, sua existência não é suficiente, enquanto não houver maior fiscalização e

conscientização da sociedade que necessita de muitas ações educativas.

Observamos que o isolamento acontece, trazendo prejuízos a saúde física e mental. Porém podemos afirmar que esse isolamento, apesar de ser dito como uma decisão das pessoas com deficiência e/ ou mobilidade reduzida, é na verdade uma falta de oportunidade, para que os mesmos se desloquem com segurança e autonomia. Desistem, pois as barreiras do cotidiano são inúmeras e a dependência de um acompanhante muitas vezes se torna necessária. Muitos optam por deixarem suas residências apenas para os serviços de reabilitação, não por falta de vontade, mas por falta de oportunidade. Percebemos que o direito de ir e vir de todo cidadão com autonomia e segurança é violado diariamente.

Compreendendo o enfermeiro, como grande influenciador, sua participação para melhor assistência a esse público, é de extrema importância. O enfermeiro além de um líder e organizador do serviço é um agente educador. Cabe ao mesmo perceber as necessidades de seus pacientes, promovendo estratégias de cuidados e medidas preventivas de riscos igualitária, promovendo assim um atendimento de qualidade, contínuo e com equidade. Respeitando os princípios do SUS, outorgado a todo cidadão, sem exclusão.

Cabe ao enfermeiro educar pacientes, familiares e equipe. Promovendo a integração da equipe multidisciplinar para elaboração de um cuidado com qualidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE LT, et al. **Papel da enfermagem na reabilitação física**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 63(6), pp 1056-1060, nov-dez, 2010.

ARAÚJO, L. M. D. et al. **Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa**. Revista online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental 10(2), pp 549-557 abr-jun, 2018.

BARBOSA, A. S. **Mobilidade urbana para pessoas com deficiência no Brasil: um estudo em blogs**: Revista Brasileira de Gestão Urbana [online]. 2016, vol.8, n.1 [citado 2018-03-30], pp.142-154. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-33692016000100142&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 05 jun. 2018.

BITTENCOURT, L. S. et al. **Acessibilidade e Cidadania: barreiras arquitetônicas e exclusão social dos portadores de deficiência física**. ANAIS DO 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, Belo Horizonte, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012**. Dispõe sobre a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília, 2012. Disponível em <http://www.bvsmms.saude.gov.br> Acesso em 28 jun 2019.

FARO, A.C.M; LEITE. V.B.E. **O Cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora**. Revista da Escola de Enfermagem USP ,v.39, n.1, p. 92-96, 2005

KRAEMER, G.M; THOMA, A.S. **Acessibilidade como Condição de Acesso, Participação, Desenvolvimento e Aprendizagem de Alunos com Deficiência**, Psicologia: Ciência e Profissão, v.

MANZINI, E. J. et al.. **Acessibilidade em ambiente Universitário: identificação e quantificação de barreiras arquitetônicas**. In: MARQUEZINI, M. C. et al. (Org.). Educação física, atividades lúdicas e acessibilidade de pessoas com necessidades especiais. p.185-192. Coleção Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial, v. 9, Londrina, 2003

MACHADO, W. C. A **O cotidiano na perspectiva da pessoa com deficiência**. CURITIBA: CRV EDITORA: 167 p. 2017.

MACHADO, W. C. A. et al. **Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação**: Ciência & Saúde Coletiva, 21(10):3161-3170, 2016.

MACHADO, W. C. A et al. **INTEGRALIDADE NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. Texto contexto - enferm. 2018, vol.27, n.3. e4480016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300600&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

MACHADO, W.C.A and SCRAMIN, Ana Paula. **(In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores**. Revista da escola de enfermagem da USP [online]. 2010, vol.44, n.1 [cited 2010-04-18], pp.53-60 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100008&lng=en&nrm=iso>

MISSEL, A; CINARA, C; SANFELIC, R. G. **Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física**. Revista Trabalho Educação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 575-597, maio/ago. 2017

MOREIRA, E. L. M.; MOREIRA, L. D. F. R.; DONOSO, M. T. V. **A questão do portador de necessidades especiais: uma reflexão**: REME: Revista Mineira Enfermagem;11(4):461-464 out./dez., 2007.

VIEIRA, A. F. R; CAVALCANTI, A.; ALVES, A. L. **O direito de ir e vir: a acessibilidade do transporte público**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v. 23, n. 4, p. 775-780, São Carlos, 2015.

AÇÕES DE ENFERMAGEM COMO PREVENÇÃO DE POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NÃO DESEJADAS NA TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 31/01/2020

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/7020310108626600>

Isaac Sebastião Nunes Santos

Faculdade Bezerra de Araújo

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/3852022670713468>

Paulo André Dias de Oliveira

Faculdade Bezerra de Araújo

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/1462952776046566>

Cláudio José de Souza

Faculdade Bezerra de Araújo

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/5407974351853735>

Bruna da Silva Belo

Faculdade Bezerra de Araújo

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/7896480477633105>

Manassés Moura dos Santos

Faculdade Bezerra de Araújo

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/6243108485236992>

Nelson Ribeiro Neto

Faculdade Bezerra de Araújo

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/3799054626284212>

Fernanda Borges da Silva Garay

Universidade Federal Fluminense

RESUMO: Objetivo: analisar as ações de enfermagem relacionadas a prevenção dos principais fatores precipitantes das potenciais interações medicamentosas não desejadas. Método: Estudo de Revisão Integrativa da Literatura, de característica crítica e retrospectiva, com fontes de dados primárias. A busca ocorreu na Biblioteca Virtual de Saúde por meio das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) e, na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizou-se os descritores localizáveis por intermédio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) de maneira única “unidades de terapia intensiva”, “erros de medicação”, “interações de medicamentos”, e depois utilizando o operador booleano “and” para os descritores “unidades de terapia intensiva e erros de medicação” e “unidades de terapia intensiva e interações de medicamentos”. Critérios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra, que apresentavam aderência em

Português, publicados nos anos de 2009-2019. Resultados: Em 52,9% da amostra, a polimedicação foi atribuída como causa principal das potenciais interações medicamentosas (PIM) não desejáveis. Em 52,9% a falta de conhecimento acerca das interações medicamentosas foi atribuída como uma das principais causas de interações medicamentosas (IM) e 29,4% relacionam o aprazamento padronizado ou inadequado como fator possivelmente desencadeante das IM. Em 11,7% da amostra a idade avançada do paciente em UTI é colocada como fator de risco para IM. Para 11,7% dos estudos foram atribuídos à IM os erros no preparo do medicamento. Há ainda em 11,7% da amostra a desatenção durante o preparo ou administração do medicamento como desencadeante de IM. Conclusão: Os resultados deste trabalho serviram para identificar os principais fatores predisponentes de PIM não desejáveis. **PALAVRAS-CHAVE:** Interações de medicamentos. Polimedicação. Unidades de Terapia Intensiva.

NURSING ACTIONS AS A PREVENTION OF POTENTIAL UNWANTED DRUG INTERACTIONS IN INTENSIVE CARE

ABSTRACT: Objective: to analyze nursing actions related to the prevention of the main precipitating factors of potential unwanted drug interactions. Method: Study of Integrative Literature Review, with a critical and retrospective characteristic, with primary data sources. The search took place in the Virtual Health Library through the databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF), Spanish Bibliographic Index of Health Sciences (IBECS) and in the electronic library Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Descriptors located through the Health Sciences Descriptors (DeCS) were used in a unique way “intensive care units”, “medication errors”, “drug interactions”, and then using the Boolean operator “and” for the descriptors “intensive care units and medication errors” and “intensive care units and drug interactions”. Inclusion criteria: articles available in full text, with adherence in Portuguese, published in the years 2009-2019. Results: In 52.9% of the sample, polymedication was attributed as the main cause of potential undesirable drug interactions. In 52.9% the lack of knowledge about drug interactions was attributed as one of the main causes of drug interactions (DI) and 29.4% related the standardized or inadequate schedule as a possibly triggering factor for DI. In 11.7% of the sample, the patient’s advanced age in the Intensive Care Unity is considered a risk factor for DI. For 11.7% of the studies, errors in the preparation of the medication were attributed to MI. In 11.7% of the sample, there is still inattention during the preparation or administration of the medication as a trigger for MI. Conclusion: The results of this work served to identify the main predisposing factors for unwanted potential drug interactions.

KEYWORDS: Drug Interactions. polymedication. Intensive care unities.

1 | INTRODUÇÃO

As preocupações relacionadas à Segurança do Paciente, no que tange a assistência dos profissionais de saúde, surgiram na década de 1990 com a publicação americana do *Institute of Medicine (IOM)* “*To err is human: building a safer health system*”, publicação na qual foram relatados óbitos de pacientes resultantes de incidentes que eram, em sua maioria, evitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A partir deste movimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou em 2004 as discussões com o objetivo de encontrar alternativas que pudessem reduzir ao mínimo estes possíveis eventos adversos (WHO, 2005). Em consonância, com esta filosofia, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 529 em seu artigo 4º, institui dentro de suas políticas públicas as metas em relação à segurança do paciente. Este mesmo órgão, define a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, tais componentes sendo constantemente relacionados com a assistência dispensada ao paciente.; (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde publicou, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2013 o Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, que prevê diversas medidas de ordem prática que devem ser utilizadas pelo profissional de enfermagem para evitar as potenciais interações medicamentosas (PIM), como a dupla checagem dos cálculos de diluição de medicamentos potencialmente perigosos por dois profissionais de enfermagem; a observação dos nove certos na administração de medicamentos; administrar os medicamentos apenas quando todas as dúvidas forem sanadas; discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional; registrar em prontuário e informar ao prescritor todos os efeitos diferentes do esperado para o medicamento; fazer consultas ao farmacêutico clínico em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração, dentre outras. (BRASIL, 2013a).

Deste modo, o enfermeiro tem um papel fundamental no que tange a administração de medicamentos, que é uma importante prática na enfermagem, pois trata-se de uma atividade que necessita do conhecimento técnico adequado e visão crítica, uma vez que acarreta riscos para o paciente e para o profissional (POTTER; PERRY, 2013).

As interações medicamentosas (IM) são definidas como efeitos alterados de medicações administradas concomitantes a outras ou anterior a outras, também sendo consideradas mudanças ocorridas pela administração com alimentos. Tais efeitos podem ocorrer como: potencialização do efeito terapêutico, redução do

efeito terapêutico, ocorrência de reações adversas (com seus graus de gravidade) ou não causar modificação no efeito desejado (TATRO, 2011).

Algumas interações de medicamentos que são desejáveis podem resultar em efeitos benéficos, através do uso de um medicamento para mitigar o efeito adverso de outro, como ocorre na suplementação de potássio em pacientes com terapia diurética, por exemplo. Já as interações indesejáveis são prejudiciais, como as que envolvem o álcool em associação com os sedativos ou outros depressores do sistema nervoso central, causando anormalidades cognitivas, além de possíveis traumatismos; ou a associação de um antiinflamatório não-esteróide e um anti-hipertensivo, onde o primeiro compromete a eficácia do segundo (HOEFLER, 2008).

O tratamento dos pacientes submetidos às unidades de terapia intensiva muitas vezes se baseia em um vasto uso de medicamentos e, conseqüentemente, na polimedicação. A prescrição de vários medicamentos e seu uso concomitante aumenta os riscos de eventos adversos, principalmente relacionados às interações medicamentosas, aumento de custos e o tempo de internação hospitalar, além de oferecer maior risco aos pacientes. (UIJTENDAAL et al. 2014; SMITHBURGER; KANE-GILL; SEVBERT, 2010).

O presente estudo teve como objetivo: analisar as ações de enfermagem relacionadas a prevenção quanto os principais fatores precipitantes das potenciais interações medicamentosas não desejadas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura, de característica crítica e retrospectiva, com fontes de dados primárias, por permitir a análise de pesquisas relevantes que fomentam a tomada de decisão e proporcionam melhorias na prática clínica, possibilitando a síntese de um determinado assunto, além de identificar a necessidade da realização de novos estudos para suprimir as lacunas do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca ocorreu na Biblioteca Virtual de Saúde por meio das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) e, na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para a construção deste tipo de revisão, é necessário que ela seja elaborada com base nas seis (06) etapas de desenvolvimento da pesquisa baseada em evidências, sendo elas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios

para inclusão e exclusão de estudos; amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A partir deste momento, utilizou-se a estratégia PICO, caracterizada pelos acrônimos P (População ou participantes), I (Intervenção ou indicador), C (Comparador ou controle), O (Resultados “outcomes”) para o levantamento bibliográfico e identificar a resposta apropriada

para o questionamento (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007; GLASZIOU; DEL MAR; SALISBURY, 2007).

Em um segundo momento, por meio da estratégia PICO foi definida a seguinte questão da pesquisa: Quais as principais ações de enfermagem voltadas à prevenção de PIM?

Iniciais	Descrição	Análise
P	População	Paciente adulto
I	Intervenção	Ações de enfermagem
C	Controle	Não aplicado
O	Resultados	Prevenir o risco de PIM não desejáveis

Quadro 1 – Aplicação da estratégia PICO.

2.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para a busca e seleção foram:

a) Artigos/Dissertações e Teses publicados em periódicos científicos nacionais que abordem a temática de interações de medicamentos em unidades de terapia intensiva adulto.

b) Artigos/Dissertações e Teses que apresentam aderência em Português;

c) Publicados nos anos de 2009 a 2019, ou seja, nos últimos dez anos, em razão da escassez de artigos publicados abordando diretamente os fatores que predispõem as PIM e as ações de enfermagem para evitá-las;

d) Indexados nas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e na biblioteca Scientific Electronic Library Online (SciELO).

e) Disponibilizados através da utilização dos descritores localizáveis por intermédio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), de maneira única “unidades de terapia intensiva”, “erros de medicação”, “interações de medicamentos”, e depois utilizando o operador booleano “and” para os descritores “unidades de

terapia intensiva e erros de medicação” e “unidades de terapia intensiva e interações de medicamentos”.

2.2 Os critérios de exclusão foram:

- a) Artigos/Dissertações e Teses não disponíveis em texto completo;
- b) Artigos/Dissertações e Teses disponíveis em texto completo, porém apresentavam link com erro durante a tentativa de acesso;
- c) Artigos duplicados;

d) Para determinar sua inclusão neste trabalho, realizou-se minuciosa leitura do título e do resumo de cada publicação com o objetivo de verificar seu enquadramento de acordo com a pergunta norteadora da pesquisa. Deste modo, quando houve dúvida sobre a inclusão ou exclusão do artigo, foi realizada sua leitura de forma integral, visando evitar a perda de publicações interessantes ao estudo. A figura 1 representa o fluxograma das etapas da seleção dos artigos.

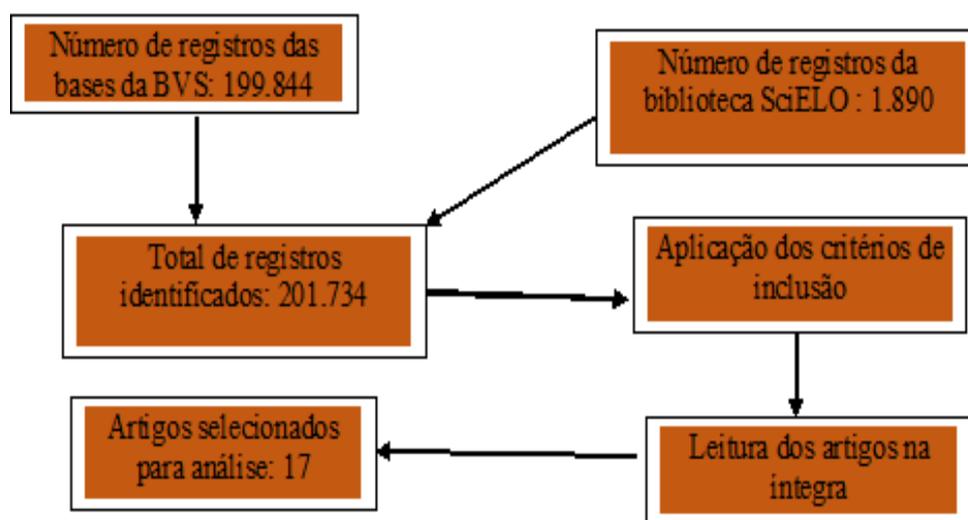


Figura 1. Fluxograma das etapas metodológicas cumpridas para a seleção dos artigos. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a análise das informações obtidas, foram realizadas as descrições dos artigos contendo o título, os autores, os objetivos, a data de publicação, resultados e o nível de evidência.

ANO	AUTORES	OBJETIVOS	RESULTADOS	Nível de Evidência
2019	Scrignoli, CP; Teixeira, VCMC; Leal DCP.	Identificar os fármacos mais prescritos e suas interações medicamentosas em Unidades de Terapia Intensiva, agregando conhecimento à equipe de saúde.	Das 211 prescrições analisadas, 150 apresentaram alguma interação entre os fármacos mais prescritos. Em 7,6% das prescrições foram encontradas interações medicamentosas de gravidade maior, em 60,2% interações de gravidade moderada, em 3,3% interações de gravidade menor e 28,9% das prescrições não apresentaram interações entre os medicamentos mais prescritos.	4
2019	Cortez ALB; Silvino ZR.	Identificar os fatores associados às Interações Medicamentosas Potenciais com Medicamentos de alta vigilância em Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Sentinela.	Dos 60 prontuários analisados, selecionaram-se 244 prescrições. Nelas identificaram-se 846 interações medicamentosas potenciais, relacionadas aos medicamentos de alta vigilância e 33 medicamentos de alta vigilância.	4
2018	Pessoa TL et al.	Caracterizar as interações medicamentosas potenciais graves em terapia intensiva materna, e determinar sua frequência, os fatores e os medicamentos de risco associados à ocorrência dessas interações.	Um total de 95,1% das pacientes foi exposto a, no mínimo, uma interação medicamentosa potencial, com 91,7% delas envolvidas com interações medicamentosas potenciais moderadas e 33,9% com as interações graves. As pacientes ficaram expostas, em média, em 69,2% dos dias que estiveram sob terapia intensiva.	4
2018	Ribeiro, GSR et al.	Identificar as não conformidades relacionadas ao aprazamento medicamentoso.	Foram analisadas 362 prescrições. As não conformidades encontradas foram: aprazamento com intervalos não condizentes com a prescrição (80,5%), ausência do carimbo do responsável pelo aprazamento (46%), aprazamento em medicações à critério médico ou suspensas (19%), dentre outros.	4

2017	Llapa-Rodriguez EO	Avaliar a conformidade da assistência e a adesão dos profissionais de enfermagem para a administração segura de medicamentos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Sergipe, Brasil	Foram classificados como assistência segura os itens via certa (85,7%) e forma certa (100%) e como assistência sofrível os itens paciente certo (33,3%), medicamento certo (66,67%), dose certa (50%), registro certo (33,33%), orientação certa (0%) e hora certa (50%).	4
2017	Meneguetti MG, Garbin LM, Oliveira MP de et al.	Caracterizar os erros no processo de medicação notificados por meio do sistema eletrônico de um hospital geral de grande porte e propor uma estratégia educativa e problematizadora com o intuito de minimizar a ocorrência deste tipo de evento adverso.	A amostra foi composta por 214 notificações. Os eventos adversos foram, em sua maioria, erros (n = 204), ocorreram no plantão da manhã (n = 106) e foram classificados como erros de prescrição (n = 164).	4
2017	Moreira MB, Mesquita MGR, Stipp MAC, Paes GO.	Analisar possíveis interações medicamentosas intravenosas e seu nível de gravidade associado à administração desses medicamentos com base nas prescrições de uma UTI.	A amostra foi composta por 319 prescrições e subamostras de 50 prescrições. O número médio de medicamentos por paciente foi de 9,3 registros, sendo evidenciada uma maior probabilidade de interação medicamentosa inerente à polifarmácia.	4
2014	Cedraz KN, Santos Junior MC	Identificar e caracterizar as interações medicamentosas presentes em prescrições médicas da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, Bahia.	Das 28 prescrições analisadas, 2 apresentaram nenhuma interação medicamentosa, enquanto 26 apresentaram algumas interações medicamentosas, resultando 99 potenciais interações medicamentosas.	4

2014	Reis AMM, et AL	Determinar a prevalência de interações fármaco-nutrição enteral em Unidades de Terapia Intensiva de sete hospitais de ensino do Brasil, e analisar a significância clínica das mesmas.	Foram investigados 1.124 prontuários. Destes, 320 pacientes, com 24 horas de internação, estavam em uso de NE, sendo que 20 apresentaram interação fármaco-NE. Dos 504 pacientes, com 120 horas de internação, 39 apresentaram interação fármaco-NE.	4
2014	Formiga LMF et al.	Analisar o conhecimento dos enfermeiros de uma unidade hospitalar sobre as interações medicamentosas	Constatou-se que 84,6% dos enfermeiros não participaram de curso de atualização em farmacologia. Quanto à sua formação em farmacologia, 73,1% consideram ter tido uma formação regular. Quanto ao conhecimento das interações, houve maior acerto nas duplas: gentamicina + vancomicina (80,8%); captopril + morfina (80,8%) e vancomicina +insulina regular (80,8%) e um maior erro na dupla insulina regular + norfloxacin (92,3%).	4
2013	Heldt T; Loss SH.	Descrever as interações entre fármacos e nutriente e sua frequência nas unidades de terapia intensiva bem como avaliar o grau de consciência a esse respeito por parte da equipe de profissionais.	Foram encontrados 67 artigos. Dentre estes, 20 artigos estavam adequados à metodologia adotada e atingiram os objetivos do estudo. Destes, 14 artigos descreviam interações entre fármacos e nutrição enteral, 3 descreviam interações entre fármacos e nutrição parenteral, e 3 descreviam a importância e os cuidados para evitar tais interações.	4

2013	Lisboa CD, Silva LD, Matos GC	Identificar a forma farmacêutica dos medicamentos preparados para serem administrados por cateteres e o perfil dos erros cometidos durante o preparo.	Os resultados mostram que 92% dos medicamentos eram sólidos. Os erros foram agrupados nas categorias diluição e mistura para formas líquidas, acrescidos de trituração para sólidos. As taxas de erro foram superiores a 40% em todas as categorias.	4
2013	Silva LD et al.	Descrever o perfil do aprazamento de medicamentos intravenosos e analisar potenciais interações graves decorrentes do aprazamento.	Os resultados mostraram uma média de doses por prescrição de 8,8 e 17,6 na emergência e terapia intensiva, respectivamente. Constatou-se predomínio de aprazamento no horário noturno (57,11%) em ambos os setores.	4
2013	Carvalho et al.	Determinar a prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva e analisar a significância clínica das interações identificadas	Em 24 horas 70,6% dos pacientes apresentaram pelo menos uma interação medicamentosa. O número de interações medicamentosas detectadas em 24 horas foi 2299 e em 120 horas foi 2619. Midazolam, fentanil, fenitoína e omeprazol foram os fármacos com maior frequência de interações medicamentosas.	4

2013	Azevedo Filho, FM	Analisar os incidentes com medicamentos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário e descrever o processo de medicação.	Foram identificados 2869 registros de incidentes com medicamentos, sendo 1437 notificáveis, 1418 sem danos, 09 potenciais eventos adversos e 05 eventos adversos. O processo de medicação na unidade pesquisada é constituído por oito subprocessos e 50 atividades, que envolve a participação de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêuticos, auxiliares de farmácia e mensageiros.	4
2010	Faria, LMP	Avaliar o conhecimento, sobre interações medicamentosas, de enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva de adultos de três hospitais públicos de Goiânia-GO.	Quanto ao conhecimento sobre interações medicamentosas na UTI, houve uma relação de erros e acertos praticamente de 50%. Os itens que alcançaram maior número de respostas corretas foram os que abordaram as interações relativas aos medicamentos com ação sedativa e analgésica (86,3%).	4
2009	Reis, AM	Analisar e classificar as IM potenciais dos tipos fármaco-fármaco e fármaco-nutrição enteral e os EAM detectados, durante a internação de pacientes, na UTI de um hospital de ensino, identificar os EAM relacionados a IM e investigar os fatores associados com IM e EAM.	Em 24 horas a prevalência de pacientes com IM potenciais foi 68,6%. A maior frequência de pacientes com IM potenciais foi de 73,9% na mediana da internação. Na alta detectou-se quem 69,6% dos pacientes apresentaram IM potenciais. Cerca de 100% das interações eram do tipo fármaco-fármaco. As interações fármaco-nutrição foram mais frequentes em prescrições de pacientes em alta.	4

Quadro 2- Descrição dos artigos analisados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 09 artigos (n=52,9%) da amostra a polimedicação (uso de 05 ou mais medicamentos) foi atribuída como causa principal das PIM não desejáveis. Em 09 artigos (n=52,9%) a falta de conhecimento acerca das interações medicamentosas foi atribuída como uma das principais causas de IM. De toda a amostra, 05 artigos (n=29,4%) relacionam o aprazamento padronizado ou inadequado como fator possivelmente desencadeante das IM. Em 01 artigo (n=5,8%) da amostra aborda a idade avançada do paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como fator de risco para IM. Para 02 artigos (n=11,7%) foram atribuídos à IM os erros no preparo do medicamento (trituração e diluição inadequadas). Há ainda em 02 artigos (n=11,7%) da amostra a desatenção durante o preparo ou administração do medicamento como desencadeante de IM. Cabe salientar que 15 artigos (n=88,2%) que compuseram a amostra abordaram diretamente prontuários e prescrições de medicamentos. Destes, apesar de nem todos apontarem diretamente a polimedicação como fator precipitante de IM, em 17 artigos (n=100%) foi possível observar relatos de prescrições com mais de 05 medicamentos por paciente, o que ressalta a polimedicação como o maior fator de IM neste trabalho.

Fatores precipitantes das PIM não desejáveis na unidade de terapia intensiva:

Polimedicação

Uma pesquisa abordou os fatores associados às interações medicamentosas potenciais em um Centro de Terapia Intensiva. Foram analisados 60 prontuários que demonstraram 846 interações medicamentosas em 244 prescrições. Apenas dois pacientes não foram expostos ao risco de interação medicamentosa não desejável. A este resultado foi atribuído o fato de todas as prescrições apresentarem fatores como a polifarmácia, associação de medicamentos específicos, como midazolam, insulina regular e amiodarona, em razão da farmacodinâmicas destes medicamentos, além do elevado tempo de internação do paciente. (CORTES; SILVINO, 2019).

Estes dados são consistentes com outro estudo, que pesquisou as potenciais interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva (UTIs) e encontrou uma média de 9,3 medicamentos prescritos por paciente em 319 prescrições e considerou o elevado risco de interações medicamentosas inerente à polifarmácia. Dentre outras associações, foi evidenciada a prescrição de tramadol e metoclopramida, além da prescrição de fentanil e ranitidina. De acordo com a base *drugs.com*, a primeira associação pode causar convulsões, a segunda associação pode causar depressão respiratória (MOREIRA; MESQUITA; STIPP; PAES, 2017).

Um estudo que abordou o aprazamento de medicamentos pelo enfermeiro identificou, em 135 prescrições, 1847 doses de medicamentos e uma proporção de

5,7 potenciais interações medicamentosas (PIM) para cada prescrição com mais de 5 medicamentos. (SILVA; MATOS; BARRETO; ALBUQUERQUE, 2013).

Estes dados são semelhantes aos obtidos através de um estudo em duas UTI de um hospital do interior de São Paulo, que analisou 211 prescrições, compostas de 157 fármacos ao todo, identificando PIM em 150 (71,1%) prescrições da amostra. O autor atribui a este dado a ocorrência da polimedicação, comum ao paciente crítico, em função da sua necessidade (SCRIGNOLI; TEIXEIRA; LEAL, 2019).

Uma pesquisa que abordou os fatores de risco das interações medicamentosas em UTIs materna evidenciou em sua análise que, das 348 pacientes avaliadas, 33,9% foram submetidas à PIM graves, sendo identificados como fatores predisponentes o uso prévio de medicamentos antes da hospitalização e a polifarmácia durante o período de internação. É perceptível, com base nos dados destas pesquisas, que a polifarmácia contribui diretamente para a elevação dos riscos de IM, independente da instituição ou público destinado, respeitando suas características e limitações. Contudo, existem outros fatores que resultam na elevação dos riscos de IM e RAM (PESSOA, et al. 2019).

Os dados acima descritos corroboram com um estudo que analisou e classificou as PIM do tipo fármaco-fármaco e fármaco-nutrição e os eventos adversos detectados em uma UTI do hospital de ensino em belo horizonte, utilizando como amostra 299 pacientes. Destes, em 205 (68,6%) foram encontrados, em prescrições de 24hrs, medicamentos que apresentaram PIM, 221 (73,9%) na mediana da internação e 208(69,9%) durante a alta, contabilizando, ao todo, 1916 PIM detectadas. Nos casos em que os pacientes receberam prescrições com 10 ou mais medicamentos, a chance de ocorrer IM foi seis vezes maior em relação às prescrições com 10 ou menos medicamentos e 31 vezes maior em relação aos pacientes que utilizaram menos de 05 medicamentos. Dos 299 pacientes, foram observados 135 eventos adversos a medicamentos, sendo 132 reações adversas a medicamentos e 3 erros de medicação, fatos que colocam a polimedicação como principal fator predisponente de PIM (REIS, 2009).

A pesquisa de Azevedo (2013) vai além das informações prestadas acima. Seu trabalho analisou os incidentes com medicamentos em uma UTI de um hospital universitário, revisando 116 prontuários, que identificou 2869 registros de incidentes com medicamentos, sendo 1437 situações notificáveis, 1418 incidentes sem dano, 09 potenciais eventos adversos a medicamentos e 05 eventos adversos. A estes dados alarmantes do autor atribuiu a polimedicação como fator predisponente, uma vez que o estudo identificou uma média de 22,4 medicamentos por prescrição. Além da polimedicação, o autor sugere que o tempo de internação prolongado, com média de 10,5 dias em sua amostra, é um fator precipitante de PIM por aumentar o tempo de exposição do paciente à terapia medicamentosa (AZEVEDO FILHO, 2013).

Falta de conhecimento acerca das interações medicamentosas

Uma pesquisa abordou dados de 1.124 pacientes internados em sete UTIs dentro das primeiras 120 horas de internação e evidenciou 70% de frequência de PIM. Apesar de associar a polifarmácia e ao aprazamento padronizado a responsabilidade pelos números alarmantes, o estudo também sugere a necessidade do conhecimento do mecanismo farmacológico dos principais fatores de risco para interações fármaco-fármaco e fármaco-nutriente para desenvolver medidas adequadas para evita-las e contribuir para a segurança do paciente (REIS et al. 2014).

Um estudo corrobora com a informação supracitada ao abordar a investigação da técnica de preparo de medicamentos, evidenciando uma taxa de aproximadamente 68% de doses medicamentosas preparadas de forma incorreta, salientando que melhorar o conhecimento em farmacologia dos profissionais envolvidos neste cuidado pode evitar problemas de eficácia e segurança em tratamentos, evitando transtornos ao paciente. O estudo sugere ainda algumas medidas de barreira, como a implantação de etiquetas de aviso em medicamentos que não podem ser triturados ou misturados (LISBOA; SILVA; MATOS, 2013).

A falta de atualização em farmacologia por parte dos enfermeiros é fator relevante para a ocorrência de PIM não desejáveis. Tal afirmação é inerente, tendo em vista que a falta de qualificação pode influenciar, por exemplo, no aprazamento indevido.

Uma pesquisa que abordou a identificação e caracterização das prescrições médicas da UTI de um hospital público obteve uma amostra de 28 prescrições de pacientes de uma UTI e evidenciou que em apenas duas não existia o risco de PIM. O autor ressalta que a educação de profissionais que atuam em hospitais é importante na redução dos riscos de PIM, assim como, a adoção de programas de detecção de interações medicamentosas e a diminuição de combinações de medicamentos, recomendando a avaliação rotineira, por parte dos prestadores de cuidados, das prescrições médicas. Desta forma, todos contribuiriam para a segurança do paciente (CEDRAZ; SANTOS, 2014).

Um estudo que objetivou avaliar os incidentes notificados em um hospital de grande porte da região Sul do Brasil corrobora com as informações identificadas acima e pontua ainda os erros no preparo do medicamento como fator predisponente de PIM. O autor registrou erro com risco potencial para o paciente em 62,2% das 350 doses dos 52 medicamentos prescritos, sendo 46 sólidos. Erros como trituração insuficiente ou indevida (cápsulas de gel ou comprimidos revestidos para liberação lenta) representaram cerca de 46% dos erros e mistura indevida cerca de 40%. Dentre as formas líquidas ocorreu apenas um tipo de erro que foi o de diluição em 67,85% dos casos. O autor salienta que os medicamentos de forma sólida

necessitam de trituração adequada para evitar sua aderência à parede do cateter e, desta forma, resultar em dose subterapêutica, além de mitigar a possibilidade de alterações na biodisponibilidade ou obstrução do cateter, que traria transtornos para o paciente e para o profissional de enfermagem. Observou-se que na unidade estudada existia a possibilidade de substituir por formas líquidas os medicamentos prescritos em formas sólidas, medida que é apontada para mitigar eventuais erros no preparo de medicamentos (LISBOA; SILVA; MATOS, 2013).

A pesquisa de Faria (2010) concorda significativamente com os dados acima. O estudo verificou o nível de conhecimento dos enfermeiros que atuam nas UTI de adultos de três hospitais públicos sobre IM, submetendo 51 enfermeiros a um instrumento de pesquisa composto por 30 duplas de medicamentos e questionou se eles interagem entre si, assim como o manejo clínico adequado caso ocorra a interação. Deste modo, houve relação de respostas corretas e incorretas de quase 50%. Com relação ao manejo clínico das IM, os enfermeiros responderam de forma exata pouco mais da metade (16) dos itens. O autor ressalta a importância de o enfermeiro intensivista precisa conhecer as PIM com maior possibilidade de ocorrência na UTI. O autor acredita que o conhecimento farmacocinético e farmacodinâmico das PIM, assim como dos seus fatores predisponentes, permitirá ao profissional prever as PIM na prescrição com múltiplos medicamentos.

Aprazamento padronizado

A padronização dos horários de aprazamento, associada à polifarmácia, foi responsável pelo aumento das IM em uma UTI estudada. Tal padronização, como mencionada anteriormente, ocorre em razão de uma melhor organização da unidade, de acordo com as rotinas das equipes médicas, de enfermagem, farmácia, dentre outras. Apesar de tornar mais fácil a administração das tarefas, a padronização favorece a administração de múltiplos fármacos simultaneamente ou em curto espaço de tempo. Neste estudo, foram encontradas 43 PIM graves em 135 prescrições e picos de doses a serem administradas às 6h (369) e às 24h (225). Não foram identificados aprazamentos em horários ímpares, o que é apontado pela autora como uma das possíveis soluções para a questão. (SILVA; MATOS; BARRETO; ALBUQUERQUE, 2013).

O estudo que objetivou determinar a prevalência de interações medicamentosas em UTI e analisar a significância clínica das interações identificadas diverge parcialmente da pesquisa acima exposta. O autor sugere que o planejamento do horário tem pouco impacto nas interações farmacocinéticas, que dependem do metabolismo, assim como das farmacodinâmicas. Para estas situações, o autor salienta que evitar o uso concomitante, ajustar a dose do fármaco e promover a

monitorização constante são medidas mais eficazes. (CARVALHO et al. 2013).

Uma pesquisa analisou 362 prescrições e em 80,5% foram evidenciados aprazamentos não condizentes com a prescrição. O autor pontua que os aprazamentos seguiram padronizações sem o raciocínio crítico, aumentando o risco para o paciente. A pesquisa identificou também que a correção do quase erro ocorreu em 32% das prescrições em função da dupla checagem antes da administração do medicamento. (RIBEIRO et al. 2018).

Um estudo que objetivou verificar a ocorrência de possíveis interações fármaco-nutrientes em pacientes em uso de nutrição enteral internados em uma UTI diverge parcialmente dos dados expostos acima, atribuindo à idade avançada, dentre outros fatores, a característica de grupo de risco pelo aumento da possibilidade de interações medicamentosas, que podem causar deficiência nutricional, devido à redução da absorção e ou aumento da excreção de vários nutrientes e sugere que a padronização na administração de medicamentos concomitante a nutrição enteral ou parenteral, constitui um importante processo para a prevenção de interações fármaco-nutriente. (HELDT; LOSS, 2013).

Desatenção ao preparar e administrar medicamentos

Uma pesquisa que teve como objetivo caracterizar os erros no processo de medicação notificados por meio do sistema eletrônico de um hospital geral de grande porte e propor uma estratégia educativa e problematizadora com o intuito de minimizar a ocorrência deste tipo de evento adverso contou com uma amostra de 214 notificações de erros durante o preparo ou administração de medicação. Desta amostra, 41 casos foram atribuídos à falta de atenção, seguido de 38 casos atribuídos ao desconhecimento do medicamento. Este estudo torna mais evidente a necessidade da implantação da prescrição eletrônica como forma de mitigar estes erros, visto que a prescrição médica é o primeiro passo da cascata de medicação, e enaltece a importância do enfermeiro, que foi o profissional responsável pela maior parte das notificações dos erros encontrados, o que evidencia a necessidade da constante atualização do profissional de enfermagem. O estudo sugere ainda a educação do profissional enfermeiro acerca destas ocorrências, o que não foi observado de forma ampla na unidade estudada, visto que em apenas 11 casos a equipe de enfermagem foi orientada. (MENEQUETTI, et al. 2017).

FATORES PRECIPITANTES	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Polimedicação	09	52,9%
Idade avançada	02	11,7%
Aprazamento padronizado	05	29,4%
Falta de conhecimento acerca das interações medicamentosas	09	52,9%
Erros de no preparo de medicamentos	02	11,7%
Desatenção no preparo e administração	02	11,7%
Tempo de internação prolongado	01	5,8%

Quadro 3 - Fatores precipitantes identificados na amostra.

Ao analisar o quadro acima, percebe-se que os dados encontrados na amostra deste trabalho indicam a predominância da polimedicação e da falta de conhecimento relacionados com a elevação dos riscos de IM não desejáveis e reações adversas a medicamentos, ressaltando a importância do aperfeiçoamento do enfermeiro para garantir a assistência segura e de qualidade a uma população polimedificada.

Ações de enfermagem voltadas à prevenção de PIM não desejáveis

O enfermeiro pode ser considerado um dos últimos baluartes para a segurança do paciente. Isso porque é inerente à profissão uma maior proximidade e dispensação de cuidados ao paciente por um tempo muito superior, quando comparado aos demais profissionais. Esse tempo permite uma atenta análise das necessidades do paciente e, desta forma, favorece uma participação mais ativa do profissional de enfermagem em sua segurança, uma vez que, o enfermeiro é responsável pela execução ou auxílio de grande parte dos procedimentos dispensados aos pacientes. Entretanto, para desfrutar ao máximo dessa prerrogativa e contribuir de maneira eficaz para a segurança do paciente, é necessário adotar um conjunto de medidas, além de atuar em sua fiscalização.

O aprazamento é um momento de grande importância na prática de enfermagem. Um estudo identificou a ocorrência do aprazamento de medicações em horários concentrados (padronização de horários), sugerindo como alternativa a adesão aos horários ímpares de aprazamento, uma vez que, essa atitude traria uma melhor divisão dos fármacos prescritos, evitando a administração simultânea de diversas drogas e, deste modo, contribuindo para a diminuição das PIM não desejáveis. Cabe

ressaltar que não há nenhum fator de contraindicação da utilização dos horários ímpares e que a padronização dos horários é adotada, normalmente, pelo caráter organizacional. Subscrevendo o exposto, uma pesquisa identificou em uma UTI a predominância dos horários padronizados (14h, 18h, 22h, 06h) no aprazamento de 1615 doses, equivalente a 72,6% do total estudado, sugerindo uma melhor distribuição dos horários de aprazamento para evitar a concentração de doses em horários pares. Contudo, sugere também a necessidade de o enfermeiro saber quais medicamentos podem ser aprazados no mesmo horário sem causar PIM não desejáveis, sendo necessária a constante atualização do profissional (SILVA; MATOS; BARRETO; ALBUQUERQUE, 2013; REIS, et al. 2014).

O aperfeiçoamento profissional foi abordado em um estudo de campo, que pesquisou o conhecimento em farmacologia dos enfermeiros de um hospital público. O trabalho observou que 50% dos entrevistados, apesar de alegarem possuir conhecimento satisfatório em farmacologia, não obtiveram resultados significativamente diferentes dos demais participantes quanto ao número de acertos nas questões de associações medicamentosas potencialmente interativas propostas na pesquisa, mesmo considerando os diferentes graus de titulação dos profissionais. Portanto, o autor acredita que a educação permanente do profissional de enfermagem é crucial para a assistência segura e destaca a necessidade da realização de cursos de capacitação em farmacologia (FORMIGA, et al. 2014).

Para Faria (2010), seu estudo evidenciou que existe uma lacuna no conhecimento sobre IM, chamando a atenção para a necessidade de informação a respeito dos medicamentos comumente administrados na UTI. O autor ressalta que o enfermeiro intensivista deve conhecer as PIM mais comuns na UTI, interagindo-se acerca dos princípios farmacocinéticos e farmacodinâmicos das drogas mais utilizadas, com o intuito de monitorar os efeitos dos medicamentos e prever PIM relacionadas ao seu uso. Assim, o enfermeiro terá subsídios para prevenir consequências desfavoráveis ao paciente, garantindo o alcance de resultados terapêuticos adequados, com segurança e qualidade no cuidado.

Diante destes fatores, é notório que a busca pela constante atualização e capacitação acerca da farmacologia se faz necessária para garantir uma assistência de enfermagem segura e de qualidade, principalmente quando dispensada ao cliente em tratamento com polifarmacoterapia. O enfermeiro, por meio de um caráter crítico-reflexivo, deve estabelecer ações frente a sua equipe, como treinamentos ou práticas de educação permanente destinadas à prevenção de PIM.

Uma pesquisa que realizou a análise do aprazamento de enfermagem em uma UTI evidenciou a correção do quase erro em 32% das 333 prescrições através do procedimento de dupla checagem (conferência de um procedimento duas vezes), o que caracteriza uma das ações de enfermagem para evitar PIM, sendo prevista ainda

pelo Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos da ANVISA (RIBEIRO, et al. 2018).

Estes dados corroboram com uma pesquisa que identificou em 150 (71,1%) das prescrições de duas UTI de um hospital do interior de São Paulo a ocorrência de PIM. O autor atribui a este dado a ocorrência da polimedicação, sugerindo ainda o melhor planejamento dos horários de administração de medicamentos, evitando a administração simultânea de fármacos que interagem entre si, além da monitoração clínica visando à detecção precoce dos efeitos adversos (SCRIGNOLI; TEIXEIRA; LEAL, 2019).

Além dos dados acima descritos, é possível citar o estudo de Reis (2009), sugerindo que os eventos adversos identificados, assim como as potenciais interações medicamentosas, devem ser relatados ao comitê de segurança do paciente e ao serviço de farmacovigilância, ou órgãos equivalentes, com o objetivo de subsidiar a melhoria da qualidade e segurança assistencial através da produção de dados epidemiológicos, que podem fomentar melhores ações de farmacovigilância.

Um estudo realizado em uma UTI cirúrgica de um hospital público do Estado de Sergipe identificou que 66,7% (6) dos enfermeiros e 54,5% (18) dos técnicos de enfermagem afirmaram não conhecer o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos da ANVISA. Deste modo, o autor sugere a disponibilização e utilização dos protocolos institucionais como ação de prevenção de PIM. O estudo questionou também acerca da disponibilidade dos protocolos institucionais e 77,8% (7) dos enfermeiros e 63,6% (21) dos técnicos de enfermagem alegaram não estarem disponíveis. Também foi observado que o fato de os profissionais não aplicarem pulseira de identificação nos pacientes contribuiu causou risco à segurança do paciente, sendo a correta identificação do doente sugerida como método de barreira para erros de medicação. (LLAPA-RODRIGUEZ; SILVA; MENEZES; OLIVEIRA, 2017).

O autor de uma pesquisa realizada na UTI de um hospital universitário que identificou, em 116 prontuários, 2869 registros de incidentes com medicamentos, sendo 1437 notificáveis, 1418 incidentes sem dano e 9 eventos adversos a medicação, recomenda uma maior atenção na administração do risco com o monitoramento do macroprocesso de medicação e das atividades envolvidas no microprocesso da medicação como medida para evitar PIM. Esta recomendação se baseia na característica da unidade estudada, onde foi possível observar que nem sempre foi possível que o enfermeiro estivesse presente durante todo o processo de medicação, em razão de suas atribuições colaterais, além de evidenciar um grande índice de interrupções durante o processo de medicação, contribuindo para o aumento da possibilidade de ocorrência das PIM (AZEVEDO FILHO, 2013).

Ações de enfermagem	Justificativa
Realizar o aprazamento em horários ímpares.	Proporciona maior flexibilidade de horários, evitando a concentração dos fármacos no mesmo horário e a administração das doses de medicamentos de forma simultânea.
Buscar o aperfeiçoamento profissional.	Garante ao profissional de enfermagem os subsídios necessários para identificar potenciais interações medicamentosas de qualquer tipo desde o momento da prescrição até a administração do medicamento.
Utilizar a técnica de dupla checagem.	Contribui significativamente para a promoção da segurança do paciente através da diminuição dos riscos dos erros de medicação, permitindo a conferência da mesma por ao menos dois profissionais.
Disponibilizar e utilizar os protocolos institucionais.	Permite ao profissional dirimir dúvidas acerca da administração de medicamentos e fornece o conhecimento necessário sobre as PIM.
Utilizar pulseiras de identificação.	Funciona como método de barreira contra erros de medicamentos, permitindo a adoção de medidas secundárias para evitar as PIM, como a dupla checagem, por exemplo.
Notificar os eventos adversos a medicamentos aos setores competentes.	Promove a melhoria da qualidade e segurança assistencial através da produção de dados epidemiológicos que fomentam ações de farmacovigilância.

Quadro 4 – Ações de enfermagem identificadas na amostra.

4 | CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho serviram para identificar os principais fatores predisponentes de PIM não desejáveis. De acordo com as informações obtidas da amostra desta pesquisa, é possível observar que a enfermagem precisa lidar diuturnamente com fatores mutáveis, como o aprazamento padronizado, os erros no preparo de medicamentos e falta de aperfeiçoamento profissional, assim como os fatores imutáveis, como a polifarmácia e a idade avançada.

O enfermeiro exerce um papel crucial na prevenção das interações medicamentosas na terapia intensiva. Para isso, o profissional de enfermagem deve

ser dotado de conhecimento acerca das PIM provenientes dos fármacos a serem administrados, tendo em mente as ações de caráter crítico e reflexivo para agir corretamente, solicitando apoio das demais especialidades de saúde sempre que necessário e notificando eventuais erros, com o objetivo de proporcionar a melhor assistência possível ao cliente.

Como limitações da pesquisa, vale salientar que há uma escassez de estudos que visem especificamente qualificar as causas das ocorrências envolvendo interações medicamentosas, assim como medidas que objetivem evitá-las.

Esperamos que este trabalho, com base nas informações obtidas, possa contribuir para a conscientização do acadêmico e profissional de enfermagem acerca da importância de se evitar as PIM não desejáveis e da necessidade da busca constante pelo aperfeiçoamento profissional, além de estimular estudos mais aprofundados na temática.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO FILHO, F.M. **Segurança no processo de medicação em Unidade de Terapia Intensiva**. 2013. 136 f., il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14773/1/2013_FrancinoMachadoDeAzevedoFilho.pdf Acesso em: 20 de Janeiro de 2020.

BRASIL. ANVISA. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília (DF); MS; 2013a. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos> Acesso em: 03 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos básicos de segurança do paciente**. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Portaria nº 529. Art. 4º. 2013b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente> Acesso em: 05 de novembro de 2019.

CARVALHO, R.E.F.L.; REIS, A.M.M; FARIA, L.M.P; ZAGO, K.S.A; CASSIANI, S.H.B. **Prevalência de interações medicamentosas em unidades de terapia intensiva no Brasil**. Acta paul. enferm. v.26, n.2, p.150-157. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a08.pdf> Acesso em: 15 de outubro de 2019.

CEDRAZ, K.N; SANTOS, J.M.C. **Identificação e caracterização de interações medicamentosas em prescrições médicas da unidade de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, BA**. Rev Soc Bras Clin Med. v.12, n.2, p.1-7. 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n2/a4178.pdf> Acesso em: 20 de outubro de 2019.

CORTES A. L. B; SILVINO, Z. R. **Fatores associados a interações medicamentosas potenciais em um Centro de Terapia Intensiva**: estudo transversal. Esc. Anna Nery. v.23, n.3: e20180326. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000300204&script=sci_arttext&lng=pt Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

FARIA, L.M.P. **Interação medicamentosa**: conhecimento de enfermeiros das unidades de terapia intensiva de três hospitais públicos de Goiânia - GO. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. doi:10.11606/D.22.2010.tde-27092010-164203. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-164203/publico/LeilaMarciaPereiradeFaria.pdf>Acesso em: 20 de

Janeiro de 2020.

FORMIGA L. M. F; FREITAS R. M; LIMA L. H. O; SOUSA L. S. N; FORMIGA R. C. F; MACEDO D.M. **Interação medicamentosa:** conhecimento dos enfermeiros de um hospital público do Piauí. Revista de Enfermagem da UFPI. V.2. P. 18-26. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1865/pdf> Acesso em: 22 de novembro de 2019.

GLASZIOU, P; DEL MAR, C; SALISBURY, J. **Evidence based Medicine Workbook:** Finding and applying the best research evidence to improve patient care. BMJ Books, (2nd Edition), p.31. 2007. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9650/331e481cec2d91ce9c610040df3f16dfabce.pdf> Acesso em: 13 de novembro de 2019.

HELDT, T; LOSS, S.H. **Interação fármaco-nutriente em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura e recomendações atuais.** Rev. bras. ter. intensiva. v.25, n.2, p. 162-167. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a15.pdf> Acesso em: 04 de dezembro de 2019.

HOEFLER, R. **Interações medicamentosas:** Formulário Terapêutico Nacional 2008. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (Brasil). Ministério da Saúde, 2008. 30-3 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf Acesso em: 27 de outubro de 2019.

KOHN, L.T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON M.S. **To err is human:** building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 2000. Disponível em: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14460_recurso_1.pdf Acesso em: 05 de dezembro de 2019.

LISBOA, C.D; SILVA, L.D; MATOS, G.C. **Investigação da técnica de preparo de medicamentos para administração por cateteres pela enfermagem na terapia intensiva.** Rev. esc. enferm. USP. v.47, n.1, p.53-60. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100007 Acesso em: 09 de outubro de 2019.

LLAPA-RODRIGUEZ, E.O; SILVA, L.S.L; MENEZES, M.O; OLIVEIRA, J.K.A. **Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos.** Rev Gaucha Enferm. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0029.pdf> Acesso em: 17 de dezembro de 2019.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa:** método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto&Contexto-Enfermagem. Florianópolis, v.17. n.4, p.758-764. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018 Acesso em: 29 de setembro de 2019.

MENEGUETTI, M, G; GARBIN L.M; OLIVEIRA M.,P; SHIMURA C.,M.,N; GUILHERME C; RODRIGUES R.A.P. **Erros no processo de medicação: proposta de uma estratégia educativa baseada nos erros notificados.** Rev. Enferm. UFPE. v.11(supl.5), p. 2046-2055. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23358/18979> Acesso em: 20 de setembro de 2019.

MOREIRA M.B; MESQUITA M.G. R; STIPP M.A.C; PAES G. **Potenciais interações de medicamentos intravenosos em terapia intensiva.** Rev. esc. enferm. USP. v.51: e03233. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100432&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 30 de novembro de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety:** forward programme. Geneva; 2005.

PESSOA, T.L; CLEMENTE J.W.S; COSTA T.X; BEZERRA P.K; MARTINS R.R. **Interações medicamentosas em terapia intensiva materna:** prevalência, fatores e medicamentos de risco. Einstein (São Paulo). v.17, n.3:eAO4521. 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_

POTTER, P.A. PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Elsevier. 8 ed. 2013. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B97_QsWSfUbGZjNIUGp2Sk9oQWs/view Acesso em: 13 de Janeiro de 2020.

REIS, A.M.M. **Fatores associados às interações medicamentosas potenciais e aos eventos adversos a medicamentos em uma unidade de terapia intensiva**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. doi:10.11606/T.22.2009.tde-09032010-162202. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09032010-162202/publico/AdrianoMaxMoreiraReis.pdf> Acesso em: 2020-01-21

REIS, A.M.M. *et al.* **Prevalência e significância clínica de interações fármaco-nutrição enteral em Unidades de Terapia Intensiva**. Rev. bras. enferm. v.67, n.1, p.85-90. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100085 Acesso em: 14 de outubro de 2019.

RIBEIRO, G; ALMEIDA, L; HENRIQUE, D; CAMERINI F; PEREIRA L; MACEDO M. **Análise do aprazamento de enfermagem em uma UTI: foco na segurança do paciente**. Rev. Cuidado é fundamental. v.10, n.2, p.510-515. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6113> Acesso em: 08 de novembro de 2019.

SANTOS, C. M. C; PIMENTA, C. A. M; NOBRE, M. R. C. **A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v15. n3, p508-11. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf Acesso em: 06 de dezembro de 2019.

SCRIGNOLI, C. P; TEIXEIRA, V. C. M. C; LEAL, D. C. P. **Drug interactions among the most prescribed drugs in adult intensive care unit**. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, v. 7, n. 2, 11 Mar. 2019. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/252/256> Acesso em: 20 de Janeiro de 2020.

SILVA L.D; MATOS G.C; BARRETO B.G; ALBUQUERQUE D.C. **Aprazamento de medicamentos por enfermeiros em prescrições de hospital sentinela**. Texto contexto – enferm. v.22, n.3, p.722-730. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300019 Acesso em: 22 de setembro de 2019.

SMITHBURGER P.L; KANE-GILL S.L; SEVBERT A.L. **Drug-drug interactions in cardiac and cardiothoracic intensive care units: an analysis of patients in an academic medical centre in the US**. Drug Saf. v.33, n.10, p.879-88. 2010. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/20812772> Acesso em: 12 de outubro de 2019.

SOUZA M.T; SILVA M.D; CARVALHO R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein (São Paulo). V. 8. n1, p.102-06. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf Acesso em: 27 de setembro de 2019.

TATRO, D.S. **Drug interaction facts**. Saint Louis, Mo.: Wolters Kluwer Health/Facts & Comparisons, 2011.

UIJTENDAAL E.V. *et al.* **Analysis of potential drug-drug interactions in medical intensive care unit patients**. Pharmacotherapy. v.34, n.3, p.213-9. 2014. Disponível em: <https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/phar.1395> Acesso em: 19 de dezembro de 2019.

ANÁLISE DA APLICABILIDADE DAS ESCALAS EVA E EGNC NUM HOSPITAL ORTOPÉDICO

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 03/12/2019

Rio de Janeiro, RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4214408289858807>

Bárbara de Castro Mesquita

Enfermeira Residente. Pós-graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialização *latu-sensu* em Clínica Médica e Cirúrgica com ênfase em Ortopedia
Rio de Janeiro, RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9671484643855534>

Carla Lube de Pinho Chibante

Dra. em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF).
Enfermeira do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)

Rio de Janeiro, RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9825175410773234>

Bianca Madeira

Pós-graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialização *latu-sensu* em Clínica Médica e Cirúrgica com ênfase em Ortopedia

Rio de Janeiro, RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6154501144673898>

Lucas Cardoso Peixoto da Cruz

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Veiga de Almeida (UVA). Acadêmico Bolsista pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)

Camila Cardoso Peixoto da Cruz

Enfermeira especialista em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Atua Profissionalmente em Oncologia no Instituto Nacional do Câncer (INCA) e Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ)

Rio de Janeiro, RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1493827565867274>

Jacqueline dos Reis Barbosa Monteiro

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Veiga de Almeida (UVA). Com especialização técnica em Instrumentação Cirúrgica

Rio de Janeiro, RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0939401628557328>

Lídia Pignaton Soares

Enfermeira Estomaterapeuta. Residente em Enfermagem clínica e Cirúrgica Geral pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (HFA/UNIRIO)

Rio de Janeiro, RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5386737955220253>

Giselli Reis Hardoim

Enfermeira Residente. Pós-graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialização *latu-sensu* em Clínica Médica e Cirúrgica com ênfase em Ortopedia

Rio de Janeiro, RJ

Ariane Silva de Oliveira

Enfermeira Residente. Pós-graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialização latu-sensu em Clínica Médica e Cirúrgica com ênfase em Ortopedia
Rio de Janeiro, RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3615783423572800>

Bruna Gonçalves Rebello

Enfermeira Residente. Pós-graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialização latu-sensu em Clínica Médica e Cirúrgica com ênfase em Ortopedia
Rio de Janeiro, RJ

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6310459899897851>

RESUMO: Introdução: A dor é uma experiência desagradável que geralmente vem associada a um dano presente ou potencial e tem seu grande desafio na mensuração, uma vez que ela é uma experiência pessoal e subjetiva e de percepção multidimensional. A estimativa da dor se torna possível através de instrumentos para avaliar a qualidade e a intensidade sensorial da dor. A cirurgia ortopédica é a principal causa de dores intensas em pacientes de pós-operatório, visto o mecanismo algico complexo, tornando-se evidente o controle da dor perioperatória e sua avaliação durante a internação. **Objetivos:** Descrever a experiência de residentes de enfermagem na aplicabilidade de instrumentos de avaliação da intensidade e severidade da dor - Escala Visual Analógica (EVA) e Escala de Graduação Numérica de Dor Compartimentada (EGNC) - na enfermagem ortopédica. **Metodologia:** Estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante as atividades práticas da residência de enfermagem médico-cirúrgica no setor de enfermagem cirúrgica de traumatologia de um hospital de trauma e ortopedia. A pesquisa se desenvolveu em conformidade com os aspectos éticos presentes na resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 CNS. **Resultados:** Foram observados pacientes de ambos os sexos no pós-operatório de cirurgias ortopédicas nas seguintes especialidades: ombro e cotovelo, mão, coluna, quadril, joelho, pé e tornozelo, tumor ortopédico, trauma adulto/idoso, trauma do esporte, fixador externo e microcirurgia reconstrutiva. O relato de dor em pós-operatório imediato variou de dor leve à prevalente. Não foi evidenciada associação significativa entre dor e alterações fisiológicas. **Conclusão:** Utilizar escalas de dor auxilia no atendimento da enfermagem durante o tratamento, de forma mais fidedigna. O uso das escalas EVA e EGNC é justificado devido a sua rápida administração durante o acompanhamento do paciente, tendo seu uso eficaz tanto na clínica quanto na pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Perioperatória; Dor; Hospitalização

ANALYSIS OF THE APPLICABILITY OF SCALES VAS AND CPNS IN AN ORTHOPEDIC HOSPITAL

ABSTRACT: Introduction: Pain is an unpleasant experience that is usually associated with present or potential harm and has its major challenge in measurement, since it is a personal and subjective experience and multidimensional perception. Pain estimation becomes possible through instruments to assess pain quality and sensory intensity. Orthopedic surgery is the main cause of severe pain in post operative patients, given the complex pain mechanism, making it clear the perioperative pain control and its evaluation during hospitalization. **Objectives:** To describe the experience of nursing residents in the applicability of pain intensity and severity assessment tools - Visual Analog Scale (VAS) and Compartmented Pain Numerical Scale (CPNS) - in the orthopedic ward. **Methodology:** Descriptive, qualitative, experience-based study developed during the practical activities of the medical-surgical nursing residence in the traumatology surgical ward sector of a trauma and orthopedics hospital. The research was developed in accordance with the ethical aspects present in Resolution No. 466 of December 12, 2012 CNS. **Results:** Patients of both sexes were observed in the postoperative period of orthopedic surgery in the following specialities: shoulder and elbow, hand, spine, hip, knee, foot and ankle, orthopedic tumor, adult / elderly trauma, sports trauma, external fixator and reconstructive microsurgery. Reporting pain in the immediate postoperative period ranged from mild to prevalent pain. There was no significant association between pain and physiological changes. **Conclusion:** Using pain scales assists nursing care during treatment more reliable. The use of VAS and EGNC scales is justified due to their rapid administration during patient follow-up, and their effective use in both clinical and research.

KEYWORDS: Nursing Perioperative; Pain; Hospitalization

INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), a maior associação multidisciplinar internacional no campo da dor, a dor é uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”⁽²⁾. Atualmente instituiu-se a dor como o quinto sinal vital, sendo obrigatória a avaliação e registro regular da intensidade pelos profissionais de saúde⁽³⁾. O grande desafio da dor está na sua mensuração, uma vez que ela é uma experiência pessoal e subjetiva e de percepção multidimensional, percebida de forma individual pelos mecanismos cerebrais frente a um estímulo sensitivo, porém de possível estimacão através de instrumentos que avaliam a qualidade e a intensidade sensorial da dor⁽²⁾. A intensidade é a característica mais importante em termos de seguimento e se torna o parâmetro de melhora ou piora

procurado por profissionais da saúde e pacientes⁽¹⁾. A literatura relata que a cirurgia ortopédica é a principal causa de dores intensas em pacientes de pós-operatório; e além da dor referida pelo paciente, muitos dos procedimentos cirúrgicos envolvem um mecanismo algico complexo. O paciente ortopédico costuma apresentar disfunções musculoesqueléticas, como fraturas não estabilizadas, deformidades, doenças articulares, tecidos necrosados ou infectados, traumas ou tumores⁽²⁾, tornando-se evidente que o controle da dor perioperatória ainda merece maior atenção e cuidado em sua avaliação por parte dos profissionais da área da saúde, possibilitando, então, melhor chance de ser tratada corretamente.

OBJETIVOS

Descrever a experiência de residentes de enfermagem na aplicabilidade do instrumento unidimensional de avaliação da intensidade e severidade da dor através da Escala Visual Analógica e Escala de Graduação Numérica de Dor Compartimentada na enfermaria ortopédica.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante as atividades práticas da residência de enfermagem médico-cirúrgica no setor de enfermaria cirúrgica de Traumatologia de um instituto de trauma e ortopedia no Rio de Janeiro. A pesquisa se desenvolveu em conformidades com os aspectos éticos presentes na resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 CNS, que trata da anuência da coleta de dados em prontuário. Trata-se de pacientes do sexo feminino e masculino, acima de 18 anos, hospitalizados, em pós-operatório de cirurgias ortopédicas nas seguintes especialidades: ombro e cotovelo, mão, coluna, quadril, joelho, pé e tornozelo, tumor ortopédico, trauma adulto/idoso, trauma do esporte, fixador externo e microcirurgia reconstrutiva.

RESULTADOS

A Escala Visual Analógica (EVA) consta de uma linha reta em que uma extremidade tem a classificação “Sem Dor” e na outra a classificação “Dor Máxima” e cabe ao doente relatar em qual posição desta linha está caracterizada a intensidade da sua dor, originando, assim, uma equivalência entre a potência da dor e a localização assinalada na linha^(1;3).

Enquanto que, a Escala de Graduação Numérica de Dor Compartimentada

(EGNC) consiste na equivalência da intensidade da dor em uma classificação numérica. O paciente relata sua dor em número, que pode variar de 0 a 10^(1;3). No hospital em questão, preconiza-se a variação numeral de 0 a 4, sendo 0 correspondente a classificação “Sem Dor” e 4 a classificação “Dor Máxima”.

Foi protocolado nesta instituição uma associação entre ambas as escalas, adaptada e referenciada pela Sociedade Brasileira do Estudo da Dor (SBED), onde pacientes com dor EVA 0 (Sem Dor) devem ficar em observação; EVA 1 (Dor Leve) fazem uso de Dipirona 500mg-1g 6/6h ou Paracetamol 500mg 6/6h e/ou anti-inflamatórios não esteroide (AINE) associado a um medicamento coadjuvante (como Amitriptilina, Carbamazepina, Gabapentina ou Pregabalina); EVA 2 (Dor Moderada) fazem uso de Dipirona 1g 6/6h ou Paracetamol 500mg 6/6h e/ou AINE associado a Cloridrato de Tramadol 50mg a 100mg 6/6h ou Codeína 30 mg 4/4h ou Nalbufina 0,1 a 0,3 mg/kg (diluído para 20ml de soro fisiológico – infundir lentamente) 4/4h ou 6/6h ou Oxycodona 10mg 12/12h aliado a uma droga coadjuvante); EVA 3 (Dor Forte) é administrado, conforme prescrição médica, dipirona 1g 6/6h ou paracetamol 500mg 6/6h e/ou AINE com Morfina 10mg ou 0,05 a 0,1mg/kg 4/4h ou Oxycodona 20mg 12/12h ou Metadona 0,1 a 0,2 mg/kg 12/12h junto de um fármaco coadjuvante; e, por fim, em EVA 4 (Dor Intensa) indica-se contactar a Clínica de plantão ou a Clínica de Tratamento da Dor.

A dor igual ou acima de moderada é reavaliada e registrada após 45-60 minutos, em seguida da administração de medida de alívio da dor, seja farmacológica ou não, de acordo com o grau de intensidade algica.

Ao avaliar a dor, os profissionais de saúde consideraram sinais objetivos, sendo eles: fisiológicos (sinais vitais, cor e grau de humidade da pele) e comportamentais (expressão facial, comportamento motor e relato verbal), bem como dados subjetivos (localização, intensidade, qualidade, início, duração, frequência, causa e fatores de agravamento e alívio)⁽³⁾.

O relato de dor em pós-operatório imediato variou de dor leve à prevalente. Não foi evidenciada associação significativa entre dor e alterações fisiológicas. Houve prevalência da administração conjunta de analgésicos simples (dipirona ou paracetamol), AINE (ibuprofeno, cetoprofeno ou celecoxibe) e opióides (codeína, tramadol ou morfina), para pacientes com dor intensa, administrados por via oral e/ou endovenosa, sendo estes acompanhados pela Clínica de Tratamento da Dor. O esquema analgésico adotado mostrou-se eficaz no controle da dor pós-operatória e contribuiu no bem-estar do paciente. A aplicação de técnicas não-farmacológicas, como a termoterapia no membro operado, exercícios de mobilidade e movimentação, posicionamento no leito, uso de coxins para melhor conforto, ambiente agradável e suporte emocional, adjuvantes ao tratamento farmacológico, auxiliaram no alívio da dor aguda no período perioperatório ortopédico, promovendo assistência

integralizada e melhora da qualidade de vida do paciente com dor.

CONCLUSÃO

Atualmente a dor é considerada um importante problema de saúde pública em consequência de sua desvalorização pela sociedade, decorrente, por vezes, de negligência no âmbito hospitalar⁽⁴⁾. O uso da escala de dor auxilia no atendimento da enfermagem durante o tratamento, de forma mais fidedigna. Sendo possível analisar analgesia e intervenções não farmacológicas de alívio da dor, verificar se o tratamento está efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se existe alguma deficiência na terapêutica adotada, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor. Sabe-se que os efeitos nocivos da dor aguda pós-operatória provocam no organismo uma série de prejuízos que influenciam negativamente na recuperação do doente. O controle algíco é um dever dos profissionais de saúde, em virtude da proximidade e tempo de contato com o doente, e um direito do paciente, pautado na humanização dos cuidados de saúde. Cabe ao enfermeiro envolver o doente e/ou cuidador em todo o processo de cuidados, reconhecer o paciente como o melhor avaliador da sua dor e desenvolver um tratamento humanizado, atentando que cada indivíduo é único e produto de crenças, valores, culturas e experiências vivenciadas. O sucesso na estratégia terapêutica do paciente ortopédico depende da relação equipe-paciente, mediante a mobilização precoce, os benefícios físicos que a terapia farmacológica pode trazer em relação à prevenção da cronificação algíca e à monitorização da dor e sua influência na qualidade de vida do enfermo. O uso das escalas EVA e EGNC é justificado nesta instituição pelo pouco tempo em que levam para serem respondidas, por sua administração rápida e capacidade de repetição durante o acompanhamento do paciente, ambas podendo ser usadas tanto na clínica quanto na pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ANDRELLA, G. Q.; ARAÚJO, P. M. P.; LIMA, S. M. P. F. Estudo comparativo entre duas escalas de dor e a aplicação em doentes. **Revista Estudos**, Goiânia, v. 34, n. 1, p. 21-34, jan./fev. 2007. Disponível em: < <http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/305/246>>. Acesso em 01 ago. 2019.
2. BARBOSA, M.H.; ARAÚJO, N.F.; SILVA, J. A. J.; CORRÊA, T. B.; MOREIRA, T. M.; ANDRADE, E. V. Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, n. 18, p.143-147, jan./mar. 2014.
3. SOUSA, M. F. **O Enfermeiro e as Técnicas Não Farmacológicas no Controle da Dor: Informação/Aplicação**. Cadernos de Psiquiatria social e cultural, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015, p. 1-20. Disponível em: < <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/36636/1/O%20enfermeiro%20e%20as%20t%C3%A9cnicas%20n%C3%A3o%20farmacol%C3%B3gicas.pdf>>. Acesso em 01 ago. 2019.

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR-BRASIL

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 03/12/2019

Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva

Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá- PR.

<http://lattes.cnpq.br/6182767203825926>

Rebeca Iwankiw Lessa Beltran

Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/1181575328245293>

Maria Julia Yunis Sarpi

Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/2801572953940436>

Iara Sescon Nogueira

Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/8164339764901005>

Célia Maria Gomes Labegalini

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/0026263831825992>

Poliana Ávila Silva

Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/3156951423567955>

Viviani Camboin Meireles

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/0133664256259857>

Mariana Pissioli Lourenço

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/0544903529001529>

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/5811597064340294>

RESUMO: Objetivou-se caracterizar os idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atendidos pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) de Maringá-PR-BR em relação as doenças referidas e condições de saúde. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, realizada com 21.048 idosos portadores de HAS residentes no município de Maringá-PR. Os dados foram coletados por meio dos relatórios gerados pelo Sistema Gestor da Secretaria Municipal de

Saúde, tabulados em planilhas no Microsoft Excel e analisados por estatística descritiva, apresentados na forma de tabelas, com dados absolutos e relativos. A pesquisa possui apreciação ética sob parecer nº 2.798.351/2018. Os dados demonstram que 43,11% possuem HAS, com predominância no sexo feminino (61,93%) e na faixa etária de 60 a 69 anos. A região do município com maior proporção de hipertensos foi Iguazu (49,5%) apresentando valores acima da média municipal. A principal morbidade associada a HAS foi a *Diabetes Mellitus* (23,61%). O município de Maringá possui menos idosos com HAS que a média nacional, sendo que as mulheres e os idosos jovens são o público que necessitam de ações de prevenção e promoção da saúde a fim de prevenir a HAS ou suas complicações. O estudo pode contribuir para o norteamto de ações de saúde no âmbito das doenças crônicas e possui como limitação a indisponibilidade de dados sobre as condições de vida do idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Hipertensão Arterial; Condições de Saúde; Atenção Primária em Saúde.

ANALYSIS OF HEALTH CONDITIONS OF ELDERLY PEOPLE WITH SYSTEMATIC ARTERIAL HYPERTENSION IN THE CITY OF MARINGÁ-PR-BRAZIL

ABSTRACT: This study aims to characterize elderly people with Systemic Arterial Hypertension (SAH) treated by the Family Health Strategy (FHS) crews of Maringá-PR-BR concerning the disease mentioned and health conditions. This is a quantitative, descriptive and exploratory study carried out with 21.048 elderly people with hypertension living in the city of Maringá-PR. These data were collected through reports generated by the Sistema Gestor (Management System) of the Municipal Health Office, tabulated in Microsoft Excel spreadsheets, and analyzed by simple descriptive statistics and presented as tables, with absolute and relative data. The research has ethical appreciation under opinion No. 2.798.351/2018. The data show that 43.11% of the elderly people have hypertension, predominantly in female sex (61,93%) and in the age group of 60 to 69 years old. The region with the highest proportion of hypertensive patients was Iguazu (49.5%), presenting values above the municipal average. The main morbidity associated with hypertension was related to *Diabetes Mellitus* (23.61%). The city of Maringá has less older adults with hypertension than the national average, and women and younger elderly are the public who need prevention and health promotion to prevent hypertension or its complications. The study contributes to the guidance of health actions in the field of chronic diseases, and it has as a limitation the unavailability of data on the living conditions of older adults.

KEYWORDS: Elderly; Arterial Hypertension; Health conditions; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Dentre as principais doenças crônicas prevalentes em idosos destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que é caracterizada pelo aumento de valores pressóricos igual e superior a 140/90 mmHg. A HAS é uma doença multifatorial que se associa por alterações funcionais e distúrbios metabólicos, podendo-se agravar pela presença de outros fatores tais com: frequência respiratória, dislipidemia, obesidade abdominal, *Diabetes Mellitus* e intolerância à glicose (MALACHIAS et al., 2016).

No Brasil, a HAS atinge cerca de 25% da população brasileira, nos idosos o índice de hipertensão é de 65% sendo que essa faixa etária necessita de maiores cuidados devido a maior incidência associadas a outras comorbidades. Podendo assim, impactar no desenvolvimento das grandes Síndromes Geriátricas, levando-os ao declínio da cognição, diminuição da qualidade de vida e da independência e autonomia (RENOVATO; BAGNATO 2012; BEZERRA et al., 2018).

Nesta perspectiva, o envelhecimento apresenta-se como um desafio para os serviços de saúde pública no Brasil, visto que a HAS é uma condição crônica presentes em idosos, que acarreta o aumento da demanda em relação aos serviços de saúde (DIAS et al., 2016). Dentre tantas mudanças, advém o aumento considerável das demandas relacionadas à saúde, ou seja, se faz imprescindível o cuidado continuado à pessoa idosa (SAAD, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de assistência em saúde que disponibiliza o cuidado integral e longitudinal, necessário para o manejo e controle da HAS de forma contínua, sendo ideal para o tratamento dessa e das demais condições crônicas. A Estratégia Saúde da Família (ESF) está inserida na APS e proporciona o cuidado seguindo os princípios do SUS, desta forma almeja melhoria na saúde da população hipertensa em questão (BRASIL, 2017). Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é ofertado duas formas de tratamento para HAS, sendo a farmacológica pautada na utilização de anti-hipertensivos, em casos de classificação de alto risco ou com os valores pressóricos superiores a 160/100 mmHg e a não farmacológica, incluem-se orientações sobre mudanças no hábito de vida (BRASIL, 2013).

Contudo, no município de Maringá-PR-BR não existem dados sistematizados sobre os idosos portadores de HAS, e estes seriam imprescindíveis para o planejamento e cuidado em saúde. Assim, este estudo justificou-se pela necessidade de identificar os casos de HAS entre os idosos residentes no município de Maringá-PR-BR, por meio da caracterização dos mesmos, tendo em vista que na literatura não há trabalhos que evidenciam estes dados.

Assim, o estudo assumiu a seguinte questão de pesquisa: Qual o perfil dos idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica vinculados às Unidades

Básicas de Saúde de Maringá-PR-BR? Assim, objetivou-se caracterizar os idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica atendidos pelas equipes de Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR em relação as doenças referidas e condições de saúde.

2 | MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva que buscou resumir e descrever dados relacionados aos idosos residentes no município de Maringá-PR e vinculados as UBS.

Os sujeitos da pesquisa foram 49,659 idosos portadores de HAS, vinculados às 72 equipes de ESF do município de Maringá-PR.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro do ano de 2018, a qual foi realizada através de dados gerados dos relatórios do prontuário eletrônico municipal adquiridos na UBS Jardim Iguaçu. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar cadastrado no sistema gestor no momento da coleta de dados, e de exclusão: ausência de informações cadastrais completas.

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica do *Microsoft Excel* com as seguintes informações: nome da UBS vinculada ao idoso, número da equipe da ESF, código do usuário, nome do usuário, sexo, data de nascimento, nome da mãe, número do cartão nacional de saúde e condições ou doenças referidas.

Os dados coletados foram analisados de forma descritiva, pela qual foi feita a confecção de tabelas composta de números absolutos e relativos e organizados e agrupados pelas regiões de saúde, para permitir sua análise e apresentação. O município é dividido, pela SMS, em sete regiões, a saber:

REGIÕES E UBS						
Pinheiros	Zona sul	Iguaçu	Quebec	Tuiti	Zona 7	Mandacaru
Pinheiros	ZonaSul	Iguaçu	Quebec	Tuiuti	Zona 07	Mandacaru
Piatã	Céu Azul	Universo	Império do Sol	Alvorada I	Zona 06	Olímpico
Guiapó-Requião	Paraíso	Industrial	Portal das Torres	Alvorada II	Vila Esperança	Ney Braga
Parigot de Souza	Cidade Alta	Florianópolis	Grevíleas	Morangueira	Vila Operária	Paris
	Aclimação	Iguatemi		Internorte		Vardelina
	São Silvestre	Maringá Velho				

QUADRO 1 - ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE POR REGIÕES

FONTE: As autoras (2018).

O presente estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Possui autorização do órgão componente da Secretária Municipal de Saúde de Maringá-PR, e aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob parecer nº 2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que as unidades de saúde de Maringá-PR possuem 291.188 pessoas cadastradas em suas áreas de abrangências, destas 17,1% (N= 49.659) são idosas (Tabela 1), o que corrobora aos dados nacionais e estaduais. Em 2015, no Brasil, a população idosa representava 14,3% da população geral, e no Paraná, 14,6%, sendo o 9ª estado com a maior população idosa do país (SESA, 2017).

Projeta-se aumento do percentual de idosos para 18,8% em 2030 e para 29,3% em 2050 no Brasil. No Paraná estima-se que o aumento populacional avance mais rapidamente e que em 2030 os idosos representem 29,9% da população geral no (SESA, 2017).

Regiões	Número de UBS	Número de ESF	População total atendida	Total idosos N	%
Pinheiros	4	12	52921	7987	15,1
ZonaSul	6	11	39215	6139	15,7
Iguaçu	6	10	40971	7601	16,9
Quebec	4	11	43435	7023	15,3
Tuiuti	5	14	53857	10933	20,3
Zona 07	3	05	18525	3974	21,5
Mandacaru	5	11	42264	6002	14,2
Maringá	33	74	291188	49659	17,1

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS REGIÕES, SEGUNDO NÚMERO DE UBS, NÚMERO DE ESF, POPULAÇÃO ATENDIDA E TOTAL DE IDOSOS. MARINGÁ (PR), 2018.

FONTE: As autoras (2018).

LEGENDA:UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família.

A Tabela 1, demonstra que a região de saúde com maior concentração de idosos é a UBS Zona 7, com 21,5 % de população idosa, seguida da UBS Tuiti e UBS Iguaçu, sendo que estas possuem número acima da média municipal de 17,1%. As regiões que possuem maior número de idosos são as que abrangem os bairros mais antigos da cidade, que tiveram grande expansão populacional na década de 1950, a saber: Vila Operária e Maringá seguidos pelos bairros Zona 1, Zona 7 e Zona 6. Nessas regiões os pioneiros fizeram suas casas e mantiveram-se até os dias

atuais, tornando os bairros compostos por população envelhecida (SESA, 2017).

Região	Faixa Etária									
	60 e 69 anos		70 e 79 anos		80 e 89 anos		90 e 99 anos		100 anos ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pinheiros	4430	55,5	2438	30,5	939	11,8	166	2,1	14	0,2
Zona Sul	3117	50,8	1982	32,3	864	14,1	165	2,7	11	0,2
Iguaçu	3749	49,3	2508	33,0	1082	14,2	247	3,2	15	0,2
Quebec	3988	56,8	2080	29,6	782	11,1	161	2,3	12	0,2
Tuiuti	5175	47,3	3701	33,9	1730	15,8	310	2,8	17	0,2
Zona 7	1756	44,2	1345	33,8	716	18,0	153	3,9	4	0,1
Mandacaru	3151	52,5	1904	31,7	782	13,0	151	2,5	14	0,2
Maringá	25366	51,1	15958	32,1	6895	13,9	1353	2,7	87	0,2

TABELA 2 – NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM DE IDOSOS POR REGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. MARINGÁ (PR), 2018.

FONTE: As autoras (2018).

Dentre os idosos, a região Zona 7 é a que possui maior número de idosos, correspondendo a 21,5% da população idosa atendida, seguida da Tuiuti com 20,3% e a Zona Sul, 15,7%, com médias acima da municipal. A região com a menor concentração de idosos atendidos foi a Mandacaru com 14,2% (Tabela 2).

Os dados do estudo demonstram que em Maringá as pessoas com a faixa etária a partir de 60 anos ou mais, correspondem 17,1 % da população, equivalente a 49.659 de idosos cadastrado pela ESF, ou seja, o município está em consonância aos dados estaduais (Tabela 2).

Região	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quebec	3172	45,2	3851	54,8
Tuiuti	4629	42,3	6304	57,7
Zona 7	1637	41,2	2337	58,8
Mandacaru	2647	44,1	3355	55,9
Maringá	21423	43,1	28236	56,9

TABELA 3 – NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM DE IDOSOS POR SEXO, SEGUNDO AS REGIÕES. MARINGÁ (PR), 2018.

FONTE: As autoras (2018).

A Tabela 3, apresenta um fenômeno inerente ao envelhecimento populacional, reconhecido como a feminilização da velhice, pois 56,9% dos idosos são mulheres no município.

O sexo feminino encontra-se com predominância em outros estudos, não

somente se tratando de questões relacionadas a gêneros. Deste modo, a análise é relacionada à resposta do envelhecimento, em que a figura feminina é responsável pelos cuidados no contexto familiar e a sobrevivência é maior do que o sexo masculino (MENEZES et al., 2016).

Além disso, existem variáveis no processo de envelhecimento, relacionado ao sexo feminino e masculino. As mulheres especificamente apresentam tais fatores: estilo de vida, fatores socioeconômicos, hormonais, psicológicos. Ainda, apresentam especificidades: maior risco para osteoporose e a menopausa equivale a 2-3% de perda sais minerais, devido a diminuição de estrogênio (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Cabe destacar, que estudos apontam que os homens apresentam a adesão reduzida ao serviço de saúde na Atenção Primária à Saúde, podendo ser relacionado ao contexto da sociedade diretamente associado com o gênero. Deste modo, os homens adotam menos hábitos saudáveis, por se sentirem fortes e invulneráveis, e não acessam os serviços de saúde (SOLANO et al., 2017).

Vale ressaltar que os idosos com HAS neste estudo correspondem a 43,11% da população idosa (n= 21.408). Lembrando que no Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de adultos, mais de 60% são idosos, que contribuem de forma direta e indiretamente para o 50% das mortes por doenças cardiovasculares (MALACHIAS et al., 2016).

A região que possui maior proporção de idosos hipertensos é a da UBS Iguaçu, com 49,5%, seguido da Zona Sul (45,4%), Tuiuti (43,2%), Mandacaru (40,3%), Pinheiros (41,7%), Quebec (39,8%) e Zona 7 (39,4%).

Região	SEXO				TOTAL
	Masculino		Feminino		
	N	%	N	%	
Pinheiros	1243	37,28%	2091	62,72%	3.334
Zona Sul	1055	37,84%	1733	62,16%	2.788
Iguaçu	1521	40,38%	2246	59,62%	3.767
Quebec	1096	39,16%	1703	60,84%	2.799
Tuiuti	1731	36,60%	2999	63,40%	4.730
Zona 07	567	36,16%	1001	63,84%	1.568
Mandacaru	938	38,73%	1484	61,27%	2.422
Maringá	8151	38,07%	13257	61,93%	21.408

TABELA 4 – NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO SEXO. MARINGÁ (PR), 2018.

FONTE: As autoras (2018).

Quando comparado com o sexo masculino, existe maior prevalência no sexo

feminino de 61,93%, sendo que corresponde a 38,07% da população masculina.

Um estudo realizado com HAS em idosos também apontou a predominância de HAS em mulheres, verificando 63,7% hipertensas no estudo em questão (ANDRADE et al., 2014).

Em outros estudos relacionados à HAS se torna notória a prevalência no sexo feminino em relação ao masculino, este fato pode se justificar pelas mulheres procuram com maior frequência o atendimento ao serviço de saúde, devido a esta questão o diagnóstico de HAS é feito de modo precoce, e também pela sobrevivência maior do que as dos homens (MENDES et al., 2014).

Os homens descobrem por muitas vezes que são hipertensos quando sofrem um quadro clínico relacionado a problemas cardiovasculares. Frente ao exposto, se torna imprescindível ações públicas relacionadas a saúde do homem e ao diagnóstico e prevenção de HAS (MENDES et al., 2014).

O elevado número de HAS em mulheres explica-se também pelo fator hormonal em decorrência do climatério, que ocorre o aumento de doenças cardiovasculares, correlacionado com aumento de peso e a diminuição de níveis de estrógenos (MENEZES et al., 2016).

Região	FAIXA ETÁRIA										TOTAL
	60-69	%	70-79	%	80-89	%	90-99	%	100+	%	
Pinheiros	1553	46,58%	1193	35,78%	499	14,97%	84	2,52%	5	0,15%	3.334
Zona Sul	1151	41,28%	1072	38,45%	487	17,47%	75	2,69%	3	0,11%	2.788
Iguaçu	1576	41,84%	1404	37,27%	649	17,23%	132	3,50%	6	0,16%	3.767
Quebec	1322	47,23%	986	35,23%	391	13,97%	96	3,43%	4	0,14%	2.799
Tuiuti	1759	37,19%	1817	38,41%	991	20,95%	160	3,38%	3	0,06%	4.730
Zona 07	498	31,76%	611	38,97%	373	23,79%	85	5,42%	1	0,06%	1.568
Mandacaru	1087	44,88%	904	37,32%	365	15,07%	64	2,64%	2	0,08%	2.422
Maringá	8946	41,79%	7987	37,31%	3755	17,54%	696	3,25%	24	0,11%	21.408

TABELA 5 – NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. MARINGÁ (PR), 2018.

FONTE: As autoras (2018).

O envelhecimento acarreta alterações, e com a senilidade da população, há o aumento das doenças crônicas, sendo a HAS a mais prevalente. As pesquisas demonstram que uns dos fatores de risco para HAS inclui-se o fator relacionado diretamente com a idade em que 57,4% são maiores de 65 anos de idade (NUNES et al., 2015).

No presente estudo, evidenciou-se que 41,79% de idosos são portadores de HAS entre 60 a 69 anos, sendo assim, estes são considerados idosos jovens no município de Maringá/PR. Demonstrou também que a HAS não acomete

somente faixas etárias elevadas, tornando-se necessário um olhar atencioso a toda complexidade e idade a partir dos 60 anos de idade, focando na prevenção e promoção de saúde.

Região Doença	<i>Diabetes Mellitus</i>		AVC		Tabagismo		Etilista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pinheiros	841	25,22%	67	2,01%	100	3,00%	23	0,69%
Zona Sul	721	25,86%	84	3,01%	79	2,83%	23	0,82%
Tuiuti	1124	23,76%	79	1,67%	94	1,99%	19	0,40%
Zona 7	382	24,36%	48	3,06%	41	2,61%	14	0,89%
Mandacaru	442	18,25%	52	2,15%	58	2,39%	10	0,41%
Maringá	5055	23,61%	440	2,06%	561	2,62%	127	0,59%

TABELA 6 – NÚMERO ABSOLUTO E PORCENTAGEM DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E HÁBITOS DE VIDA DOS IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, SEGUNDO REGIÃO. MARINGÁ (PR), 2018.

FONTE: As autoras (2018).

LEGENDA: AVC – Acidente Vascular Cerebral.

A tabela 6 demonstra que dentre os idosos portadores de HAS no município em questão, 23,3% são portadores de *Diabetes Mellitus* (DM), 2,62% são tabagistas e 2,06% tiveram AVC.

A literatura, afirma que a DM é caracterizada com uma doença metabólica, ocasionada, pelo aumento da glicose no sangue e também podendo ser pela não produção da insulina pelo pâncreas. Ainda discorre que os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, demonstram que a idade é um fator predisponente e não modificável e que se se associada com a HAS (CARVALHO et al., 2016).

A associação de DM e HAS podem estar relacionados à hiperinsulinemia ocasionada pela resistência da insulina, podendo acarretar estímulos ao Sistema Nervoso Simpático pela retenção de sódio pelos rins, o que ocasiona resposta adrenal à angiotensina (CARVALHO et al., 2016).

As doenças cardiovasculares estão relacionadas a inúmeros fatores de risco dentre eles destaca-se: dislipidemias, estresse, sedentarismos e tabagismo. Este último é dito como um problema de saúde pública do Brasil e mundial. Os estudos afirmam que ao se comparar adultos com idosos tabagistas, sabe-se que os idosos apresentam maior dependência a nicotina além de fazerem uso maior de cigarros ao longo do dia. Quando associado do cigarro com o uso de bebida alcóolica, o indivíduo tem maior predisposição a alterações visuais, cognitiva, causando problemas no contexto familiar (SILVA et al., 2017).

Ainda que o envelhecimento seja um processo natural e irreversível que

leva o organismo a diversas alterações funcionais e anatômicas, ambas, alteram as condições de saúde do idoso. As mudanças no cotidiano do idoso como a aposentadoria, o isolamento social, hábitos errôneos de vida e vulnerabilidade, os tornam propensos ao consumo de bebida alcoólica. O uso em excesso de álcool provoca interferência na nutrição, tendo modificações relacionadas ao nutriente, desde a ingestão e absorção dos do mesmo. Portanto, quanto maior o consumo de bebida alcóolica no dia-a-dia menor será a qualidade nutricional para o idoso, ou seja, acarretando seu déficit nutricional (SENGER et al., 2011).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que a região com maior proporção de idosos com HAS foi da UBS Iguaçu com (49,5%), apresentando valores acima da média municipal. Entre a associação de morbidade com a HAS a DM, houve predominância de 23,3% com essas comorbidades. O município de Maringá possuiu menos idosos com HAS que a média nacional, desses o público alvo são as mulheres e em sua totalidade considerados idosos jovens. Vale ressaltar que ambos necessitam de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, a fim de evitar principalmente a HAS e suas complicações.

Frente ao exposto, o estudo pode contribuir para o norteamento e ações de saúde, no âmbito das doenças crônicas na APS visando a melhoria na assistência proporcionada aos idosos do município de Maringá/Paraná.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. O. et al. Prevalência da hipertensão arterial e fatores associados em idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 3, p. 303-311, 2014.
- BEZERRA, Á. L. A. et al. Perfil epidemiológico de idosos hipertensos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 1, p. 103-107, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**: Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457 Acesso em: abr. de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf Acesso em: jun. 2018.
- DIAS, E. G. et al. Avaliação de uma Estratégia Saúde da Família quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da hipertensão sob a ótica do idoso. **J. Health Sci. Inst**, v. 34, n. 2, p. 88-92, 2016.
- FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**, v. 1, n. 20, 2015.

MALACHIAS, M.V.B. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

MENEZES, T. N. de et al. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 117-124, 2016.20

NASCIMENTO, M.R. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. **Livros**, p. 191-218, 2015.

NUNES, T. M. et al. Hipertensão arterial sistêmica em idosos do município de Tubarão, SC-Brasil: estudo populacional. **Int J CardiovascSci**, v. 28, n. 5, p. 370-6, 2015.

PARANÁ, Secretaria do Estado da Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba (PR): SESA, 2017.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 15, n. 3, 2012.

SAAD, Paulo M. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. **Séries Demográficas**, v. 3, p. 153-166, 2016.

SALES-PERES, S. H. C. et al. Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1197-1206, 2016.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SILVA, E. F. et al. Consumo de álcool e tabaco: fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 5, n. 1, p. 23-33, 2017.

SOLANO, L. C. et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 302-308, 2017.

ANÁLISE DOS IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS DE MARINGÁ-PR-BR

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 03/12/2019

Rebeca Iwankiw Lessa Beltran

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/1181575328245293>

Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/6182767203825926>

Maria Juia Yunis Sarpi

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá-PR

<http://lattes.cnpq.br/2801572953940436>

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/0026263831825992>

Rossana Rosseto de Oliveira

Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/0221609729509187>

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Maringá-PR.

<http://lattes.cnpq.br/5811597064340294>

uma realidade marcante no século XXI e tem se tornado um acontecimento global. Embora envelhecer seja um processo natural, ele é acompanhado de mudanças físicas, emocionais e sociais que diminuem a capacidade funcional dos indivíduos, predispondo o mesmos ao adoecimento. Dentre as doenças prevalentes no envelhecimento destaca-se as de ordem mentais, que são conceituadas como “incapacidade caracterizada por significativas limitações tanto no funcionamento intelectual como das habilidades adaptativas”. No que se refere ao cuidado às pessoas com transtornos mentais (TM), o *locus* principal de assistência é a Estratégia Saúde da Família. O cuidado realizado pelas equipes pauta-se no desenvolvimento de ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade que atuam na unidade local e na comunidade. Analisar os idosos com Transtorno Mental atendidos pelas equipes de Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR. Pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, realizada com os idosos vinculados as Unidades Básicas de Saúde quanto as suas condições de saúde, considerando as variáveis: equipe de Estratégia Saúde da Família, sexo, idade, núcleo familiar e as seguintes condições de saúde como: etilismo, tabagismo e epilepsia. O estudo seguiu

RESUMO: O envelhecimento populacional é

todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados demonstram que 5,18% da população idosa possuem TM, com predominância no sexo feminino (71,12%) e na faixa etária de 60 a 69 anos (51,1%). A região com maior proporção de portadores de transtorno mental foi a região Pinheiros. O principal hábito de vida associado ao TM foi o tabagismo (4,55%). O estudo pode contribuir para o norteamo de ações de saúde no âmbito do transtorno mental e possui como limitação a indisponibilidade de dados sobre as condições de vida do idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Doença Mental; Condições de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ANALYSIS OF THE ELDERLY WITH MENTAL DISORDERS OF MARINGÁ-PR-BR

ABSTRACT: Population aging is a striking reality in the 21st century and has become a global event. Although aging is a natural process, it is accompanied by physical, emotional and social changes, diminishing the functional capacity of individuals, predisposing or affecting it. Among the prevalent diseases in aging caused by mental disorders, which are conceived as “disability characterized by vulnerabilities in both intellectual functioning and adaptive skills”. It does not refer to the care of people with mental disorders (TM), or the main object of assistance is a Family Health Strategy. The care provided by the teams that develop actions to promote the health of the individual, family and community working in the local unit and in the community. To analyze the elderly with Mental Disorder attended by the Family Health Strategy teams of Maringá-PR. This is a quantitative, descriptive and exploratory research conducted with elderly people linked as Basic Health Units and regarding their health conditions, considering variables: Family Health Strategy team, gender, age, family nucleus and health use conditions as : alcoholism, smoking and epilepsy. The study followed all the ethical precepts of Resolution 466/2012 of the National Health Council. The data show that 5.18% of the elderly population has TM, with predominance in females (71.12%) and in the age group. 60 to 69 years (51.1%). One region with the highest proportion of people with mental disorders was the Pinheiros region. The main habit of life associated with smoking (4.55%). The study may contribute to the monitoring of health actions in the context of mental disorders and has as limitation the unavailability of data on the living conditions of the elderly.

KEYWORDS: Aged, Mental Disorders, Health status, Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade marcante no século XXI e tem se tornado um acontecimento global. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2050 teremos uma população mundial idosa que vai passar dos

atuais 841 milhões para 2 bilhões de pessoas (ONU, 2014).

No Brasil esse fenômeno não é diferente, pois segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016, em 2020 o contingente de pessoas com 60 ou mais será de 21,2 para cada 100 pessoas em idade ativa (SIMÕES, 2016). Em 1950, havia 2,6 milhões de idosos, representando somente 4,8% da população brasileira. No ano 2030, essa população deve chegar a 41,6 milhões de pessoas, representando 18,7% (ALVES, 2014).

Esse acelerado processo de mudança no padrão demográfico se deve a inúmeros fatores que permitiram o aumento na expectativa de vida e diminuição da mortalidade, tais como: os avanços tecnológicos e o aumento de acesso aos serviços de saúde, aliados a diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade, que ocorreram, dentre diversos fatores, pela entrada da mulher no mercado de trabalho e a elevação dos custos da reprodução familiar e social (SIMÕES, 2016).

Dessa forma, vivemos um momento de envelhecimento populacional. Nesse sentido, envelhecimento é definido como um “processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo” (ERMINDA, 1999, p. 43). Embora seja um processo natural, ele é acompanhado de mudanças físicas que diminuem a capacidade funcional dos indivíduos, tais como: alterações visuais, do sistema vestibular, musculoesqueléticas, ósseas, cardiológicas, neurológicas e as modificações sociais e emocionais (ESQUENAZI, et al., 2014).

Além das alterações comuns do envelhecimento, os idosos podem ser acometidos por doenças como osteoporose, hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, incontinência urinária, depressão, entre outras, se o processo não permitir que o indivíduo tenha hábitos de vida saudáveis durante sua vida (BRASIL, 2006).

Dentre essas doenças se destacam as de ordem mentais, que são conceituadas como “incapacidade caracterizada por significativas limitações tanto no funcionamento intelectual como das habilidades adaptativas” (LUCKASSON, et al, 2003).

As doenças mentais podem ser de ordem biológica, psicológicas e sociais. Os fatores de risco para doença mental são: aumento da idade, os idosos de 80 anos ou mais apresentaram prevalência 2,86 vezes maior que os de 60 a 69 idade; aumento do número de morbidades e incapacidades, comuns no processo de envelhecimento; eventos estressantes da vida; isolamento social; dificuldades econômicas; não possuir um trabalho; estilo de vida; e consumo de bebida alcoólica. Todos esses fatores são elevados no idoso, pelas características sociais e econômicas brasileiras (BORIM, et al., 2013).

Depressão e demência são os transtornos mentais mais frequentes na terceira idade. A prevalência de transtornos depressivos em populações urbanas

idosas brasileiras varia de 19,8% até 38,5%. A demência, por sua vez, apresenta frequências de 4,2% a 7,2% nos idosos, em diversas regiões do mundo e no Brasil, tendo prevalência crescente com o avançar da idade. Também são transtornos mentais relevantes na terceira idade os transtornos ansiosos, o alcoolismo, os quadros maníacos, os transtornos mentais de origem orgânica, o uso abusivo e a dependência de sedativos (CLEMENTE, et al, 2011).

De acordo com o Relatório Mundial da Saúde de 2002, abordando as questões sobre Saúde Mental, as estimativas indicam que cerca de 450 milhões de pessoas atualmente sofrem perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como o abuso de álcool e drogas. As perturbações mentais podem afetar uma em cada quatro pessoas em alguma fase da vida, inclusive os idosos, e muitas vezes estão associadas ao uso de substâncias psicoativas (RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), 21% da população geral brasileira, equivalente a 39 milhões de pessoas, precisa ou precisará de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de saúde mental. Dessa população, 3% sofrem com transtornos mentais graves e persistentes; 6% apresentam quadros psiquiátricos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e 12% possuem transtornos depressivos ou ansiosos (ABP, 2014).

No que se refere ao cuidado às pessoas com transtornos mentais, o locus principal de assistência é a Atenção Primária em Saúde (APS), estruturada, no Brasil, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). O cuidado realizado pelas equipes pauta-se no desenvolvimento de ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade que atuam na unidade local e na comunidade (SIMÕES, 2013).

A definição do território e a territorialização são etapas do processo de trabalho na Atenção Básica de extrema importância pois permitem conhecer o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, entre outros. Tal processo auxilia na percepção dos problemas de saúde por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Cabe destacar que as ações em saúde mental envolvem diversos dispositivos sociais e de saúde, organizados na Rede de Atenção Psicossocial. Esta consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, atendimento integral e humanizado. Surge com a perspectiva de consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que garanta a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, comunidade e cidade (BRASIL, 2011).

Além disso, esta rede organiza-se como uma estratégia de enfrentamento das vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as populações nas regiões que vivem. Está pautada na lógica de que muitos dos elementos e fatores que geram transtorno mental estão ligados a fatores do meio no qual estão inseridos, promovendo assim, a integralidade do cuidado (NÓBREGA, et al., 2016).

Contudo a inexistência de dados que caracterizem os idosos portadores de doenças mentais e o local de sua residência podem fragilizar o cuidado e dificultar a gestão dos casos, assim esse estudo tem como questão de pesquisa: Qual o perfil os idosos de Maringá-PR com transtornos mentais?

Dessa forma, objetivou-se analisar idosos com transtorno mental atendidos pelas equipes Estratégia Saúde da Família.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória. A pesquisa exploratória possibilita ampliar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, e a pesquisa descritiva, descreve em detalhes a realidade do fenômeno ou da população. Estudos descritivos-exploratórios são fundamentais quando se sabe pouco sobre o assunto pesquisado (OLIVEIRA,2011).

Os dados desse estudo foram coletados nos cadastros dos idosos vinculados as 72 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Maringá-PR. Os critérios de inclusão serão: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar cadastrado no sistema Gestor no momento da coleta de dados, e de exclusão: ausência de informações cadastrais.

A coleta se deu por meio dos relatórios gerados pelo Sistema Gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maringá-PR, adquiridos na Unidade Básica de Saúde Jardim Iguazu. Foram gerados relatórios por equipes da ESF, os dados foram tabulados em planilha do *Microsoft Excell* com as seguintes informações: Nome da Unidade Básica de Saúde, número da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), código do usuário, nome do usuário, sexo, data de nascimento, nome da mãe, número do cartão nacional de saúde e condições ou doenças referidas, classificadas em: hipertensão arterial, diabetes, epilepsia, doença mental, alcoolismo, tabagismo e se encontra-se acamado.

Os dados foram analisados por estatística descritiva simples e apresentados na forma de tabelas, com dados absolutos e relativos. Os dados organizados das UBS foram agrupados nas regiões de saúde, para permitir sua análise e apresentação. O município é dividido, pela SMS, em 7 regiões, sendo que cada uma delas é referência para 4 e 6 unidades de saúde. O estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para isso, foi solicitada autorização da pesquisa ao órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR-BR. Em seguida o estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Anexo 1), sob parecer no 2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104). Os dados dos pacientes foram preservados garantindo confidencialidade e anonimato dos mesmos. O estudo prevê dispensa de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As unidades de saúde de Maringá-PR possuem 291.188 pessoas cadastradas em suas áreas de abrangências, destas 17,1% (N= 49.659) são idosas (Tabela 1), o que corrobora aos dados nacionais e estaduais. Em 2015, no Brasil, a população idosa representava 14,3% da população geral, e no Paraná, 14,6%, sendo o 9^a estado com a maior população idosa do país (PARANÁ, 2018).

Projeta-se aumento do percentual de idosos para 18,8% em 2030 e para 29,3% em 2050 no Brasil. No Paraná estima-se que o aumento populacional avance mais rapidamente e que em 2030 os idosos representem 29,9% da população geral no estado (PARANÁ, 2018).

Região	Número de UBS	Número de ESF	População total atendida	Total idosos	
				N	%
Pinheiros	4	12	52921	7987	15,1
Zona Sul	6	11	39215	6139	15,7
Iguaçu	6	10	40971	7601	16,9
Quebec	4	11	43435	7023	15,3
Tuiuti	5	14	53857	10933	20,3
Zona 07	3	05	18525	3974	21,5
Mandacaru	5	11	42264	6002	14,2
Maringá	33	74	291188	49659	17,1

Tabela 1 – Caracterização das regiões, segundo número de UBS, número de ESF, população atendida e total de idosos. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família.

A Tabela 1, apresenta que a região de saúde com maior concentração de idosos é a Zona 7 com 21,5 % de população idosa, seguida da Tuiuti e Iguaçu, sendo que estas possuem número acima da média municipal de 17,1%. As regiões que possuem maior número de idosos são as que abrangem os bairros mais antigos

da cidade, que tiveram grande expansão populacional na década de 1950, a saber: Vila Operária e Maringá seguidos pelas zonas 1,7 e 6 (MARINGÁ, 2018). Nessas regiões os pioneiros fizeram suas casas e mantiveram-se até os dias atuais, tornando os bairros compostos por população envelhecida.

Região	Faixa Etária									
	60 e 69		70 e 79		80 e 89		90 e 99		100 anos ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pinheiros	4430	55,5	2438	30,5	939	11,8	166	2,1	14	0.2
Zona Sul	3117	50,8	1982	32,3	864	14,1	165	2,7	11	0.2
Iguaçu	3749	49,3	2508	33,0	1082	14,2	247	3,2	15	0.2
Quebec	3988	56,8	2080	29,6	782	11,1	161	2,3	12	0.2
Tuiuti	5175	47,3	3701	33,9	1730	15,8	310	2,8	17	0.2
Zona 7	1756	44,2	1345	33,8	716	18,0	153	3,9	4	0.1
Mandacaru	3151	52,5	1904	31,7	782	13,0	151	2,5	14	0.2
Maringá	25366	51,1	15958	32,1	6895	13,9	1353	2,7	87	0.2

Tabela 2 – Número absoluto e porcentagem de idosos por região de saúde, segundo faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Dentre os idosos, a faixa etária predominante foi entre 60 e 69 anos, correspondendo a 51,1% da população idosa atendida, esses dados são semelhantes aos encontrados no estado do Paraná, onde a faixa etária predominante é a mesma e este em torno de 57% do total da população (PARANÁ, 2017) (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta um fenômeno inerente ao envelhecimento populacional, a feminilização da velhice, pois 56,9% dos idosos são mulheres, e esta porcentagem eleva-se seguindo o aumento do número de anos vividos, as 69,6 das pessoas com 100 anos ou mais no município em questão são mulheres. O sexo feminino foi prevalente em outros estudos, fazendo-se necessária ampliação de estudos e políticas de saúde pública que incorporem o conceito gênero e envelhecimento em seu delineamento (SILVA et.al, 2018).

Além disso, considerando as especificidades das mulheres, esse público pode estar mais predisposto às doenças e problemas relacionados à adaptação às mudanças fisiológicas decorrentes da idade, que são agravadas pela pobreza, gestações múltiplas, desgaste físico e psicológico das árduas jornadas de trabalho, pela falta de atividade física, além de sua subordinação social e econômica frente à figura masculina (FIQUEIREDO, 2017). Cabe destacar que as mulheres apresentam piores resultados de qualidade de vida em relação aos homens, e que os índices de insatisfação aumentam com a idade (DANIEL et al., 2018).

Região	Sexo dos idosos				Sexo dos idosos com TM			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pinheiros	3444	43,1	4543	56,9	92	7%	194	15%
Zona Sul	2540	41,4	3599	58,6	76	6%	201	15%
Iguaçu	3354	44,1	4247	55,9	16	1%	73	5%
Quebec	3172	45,2	3851	54,8	25	2%	62	5%
Tuiuti	4629	42,3	6304	57,7	63	5%	214	16%
Zona 7	1637	41,2	2337	58,8	58	4%	125	9%
Mandacaru	2647	44,1	3355	55,9	50	4%	67	5%
Maringá	21423	43,1	28236	56,9	380	29%	936	71%

Tabela 3 – Número absoluto e porcentagem de idosos por sexo total e com Transtorno Mental (TM), segundo região. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Os dados demonstram que 5,18% (N=1316) da população idosa estuda possuem TM, com predominância na região Pinheiros. Os estudos encontrados em uma revisão sistemática sobre transtornos mentais na população adulta brasileira de 1997 a 2009, revelaram o panorama geral da ocorrência dos transtornos mentais comuns, apontando algumas diferenças em relação aos transtornos específicos (SANTOS, 2010). A incidência de TM na população total da cidade foi de 6%.

No estudo, o sexo com maior incidência de TM é o feminino (71%). Cabe destacar, que as mulheres são mais acometidas pelos transtornos de ansiedade, de humor e os somatoformes, enquanto nos homens há uma prevalência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Muitos estudos tentam explicar essa diferença, associando a ocorrência desses transtornos específicos nas mulheres à fatores hormonais e psicológicos. Outra explicação é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar os sintomas, admiti-los e buscar ajuda, enquanto os homens tendem a buscar nas substâncias psicoativas o alívio para seu sofrimento ou angústia (SANTOS, 2010).

Em relação aos idosos com transtorno mental (Tabela 3), nota-se maior incidência no sexo feminino correspondendo a 71,12% da população idosa com transtorno mental da cidade de Maringá- PR. A prevalência de transtorno mental detectada na população idosa feminina da cidade foi similar à encontrada em outros estudos brasileiros que analisaram população adulta que incluía os idosos, como o realizado no município de Campinas, São Paulo, em 2008 que demonstrou também a prevalência maior nas mulheres que nos homens (BORIM, 2013).

Região	Faixa Etária										Total
	60-69		70-79		80-89		90-99		100+		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pinheiros	145	11%	100	8%	35	3%	6	0,5%	0	0	286
Zona sul	125	9%	98	7%	48	4%	6	0,5%	0	0	277
Iguaçu	43	3%	30	2%	11	1%	5	0,4%	0	0	89
Quebec	41	3%	27	2%	13	1%	5	0,4%	1	0,07%	87
Tuiuti	109	8%	111	8%	50	4%	7	0,5	0	0	277
Zona 07	84	6%	58	4%	32	3%	9	0,7%	0	0	183
Mandacaru	60	5%	39	3%	15	1%	3	0,2%	0	0	117
Maringá	607	46%	463	35%	204	15%	41	3%	1	1%	1316

Tabela 4 – Número absoluto e porcentagem de idosos com doença mental, segundo faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

A faixa etária de maior prevalência foi dos 60 aos 69 anos, representando 46,12%. Esse dado corrobora com estudo realizado no município Ibicuí, no Estado da Bahia, onde faixa etária de prevalência também foi de 60 a 79 anos (83,9%) (SILVA et al, 2018).

Região	Condições de saúde							
	Epilepsia		Etilismo		Tabagismo		Acamado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pinheiros	2	0,69	0	0	14	4,8	7	2,44
Zona Sul	1	0,36	2	0,72	14	5,05	2	0,72
Iguaçu	1	1,12	0	0	7	7,86	7	7,86
Quebec	2	2,29	2	2,29	0	0	6	6,89
Tuiuti	10	3,59	5	1,8	17	6,13	10	3,61
Zona 07	0	0	4	2,18	2	1,09	8	4,37
Mandacaru	1	0,85	3	2,56	6	5,12	3	2,56
Maringá	17	1,29	16	1,21	60	4,55	43	3,26

Tabela 5 – Número absoluto e porcentagem das condições crônicas e hábitos de vida dos idosos com doença mental, segundo região. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Dentre os 1316 portadores de transtorno mental do estudo, 60 (4,55%) delaram fazer uso de tabaco. O uso de tabaco é mais frequente entre os portadores de transtorno mental (aproximadamente um terço) do que nos demais grupos da população, dado que a prevalência atual de tabagistas na população brasileira é de 17,5%. Estudos realizados na Austrália, Estados Unidos e Israel mostram que a frequência de tabagistas entre os portadores de transtorno mental é, aproximadamente, duas vezes superior à encontrada nas pessoas sem história de doenças psiquiátricas (OLIVEIRA et al, 2014).

O elevado grau de dependência nicotínica entre os sujeitos com comorbidades somáticas é coerente com o conhecimento de que o tabagismo é fator de risco para complicações físicas. Estudo brasileiro com 100 pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio mostrou que os fumantes percebem mais o risco de adoecer, pois, diante dos sintomas de infarto, procuram ajuda profissional mais rapidamente do que os demais sujeitos (OLIVEIRA et al, 2014).

Em relação ao uso do álcool, 16 (1,21%) utilizavam essa substância. Um estudo realizado na Bahia sobre doença mental num bairro de Salvador, a partir de uma amostra constituída de 1549 pessoas, encontrou-se a taxa de prevalência de alcoolismo de 3%, sendo que a taxa no sexo masculino foi 8 vezes maior que no feminino. Em outro estudo realizado na cidade de Camaçari, vizinha de Salvador, encontrou-se a taxa de prevalência de 2,4% entre 1.067 indivíduos. Esta taxa constituiu-se de pessoas que tinham consumo diário de álcool e que também declararam ter tido episódios de embriaguez, porém não era preocupação do autor fazer o diagnóstico específico de alcoolismo (CARDIM et al, 1986; LUCCHESI, et al., 2017).

Entre os pacientes portadores de transtorno mental, 17 (1,29%), possuem epilepsia. Estudos epidemiológicos populacionais apontam a prevalência de transtornos mentais de 29% a 48% em adultos com epilepsia. A prevalência de pessoas com epilepsia em unidades de atendimento psiquiátrico é maior do que na população geral. A presença de transtornos mentais associados à epilepsia é significativo fator de piora de qualidade de vida, podendo, em certas ocasiões, ser considerado como fator de maior influência sobre este aspecto do que a própria frequência de crises epilépticas (MARCHETTI et al, 2005).

Nos últimos 40 anos o cenário da mortalidade e da epidemiologia transformou-se em enfermidades crônicas, onerosas e típicas da terceira idade. Estas usualmente dão associadas, tornando a pessoas portador de múltiplas doenças, que, por sua cronicidades perduram por anos, e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos, necessitando de uma reorganização pessoal, familiar e social para atender essas novas demandas (PARANÁ, 2017).

As doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas no País em meados do Século XX, atualmente correspondem a menos de 10%, e no município em tela, a menos 1% em Maringá (PARANÁ, 2017).

Para exemplificar, no ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram por Doenças não transmissíveis no mundo (WHO, 2005). No Brasil, 72,4% das mortes ocorridas em 2009, foram por estas doenças, com uma leve tendência de crescimento (DUNCAN et al, 2012).

Em relação à mortalidade de idosos, os principais grupos de causas em 2015 foram as doenças cardiovasculares, seguidas pelas neoplasias, doenças do

aparelho respiratório, doenças endócrinas e metabólicas e doenças do aparelho digestivo, nesta ordem, algumas desses desfechos estão associados as patologias da Tabela 5.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Maringá possui população idosa elevada corroborando a vários estudos sobre envelhecimento populacional no Brasil e no Mundo. As regiões com maiores concentrações de idosos são as mais antigas do município, onde os indivíduos povoaram e ali permaneceram por gerações. A feminilização do envelhecimento é um fenômeno encontrado no estudo pelas características sociais e biológicas dos gêneros.

O estudo demonstra que a região com maior proporção de portadores de transtorno mental foi a Pinheiros. Dentre os idosos, a faixa etária predominante foi entre 60 e 69 anos, com destaque para o sexo feminino. O principal hábito de vida associado ao TM foi o tabagismo.

Ressalta-se que é necessário realizar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, a fim de evitar complicações e melhoria na qualidade de vida dos idosos com TM. Frente ao exposto, o estudo pode contribuir para o norteamento e ações de saúde, no âmbito dos transtornos mentais na Atenção Primária em Saúde almejando a melhoria na assistência proporcionada aos idosos do município de Maringá/Paraná.

Como limitação encontrada no estudo, vale salientar a falta de maiores informações no banco sobre características desses idosos, como condição sociocultural econômica, psicológica e hábitos de vida, que ajudariam em uma análise e compreensão mais ampla da ocorrência da doença de forma individual nessa população.

REFERÊNCIAS

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEAGA, N. J. **Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1415-1426, 2013.

CARDIM, M. S.; ASSIS, S. G.; SBERZE, M.; IGUCHI, T.; MORGADO, A. F. **Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil.** Cad. De Saúde Pública. 2 ed., p. 191-211. Rio de Janeiro, 1986.

CLEMENTE, A.S.; FILHO, A. I. L.; FIRMO, J. O. A. **Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental.** Ad. Saúde Pública, v. 27, n. 3. Rio de Janeiro, 2011.

ERMINDA, J.G. **Os idosos: Problemas e realidades.** 1 ed. Formasau, 1999.

- ESQUEZANI, D. ; SILVA, S.R.B. ; GUIMARÃES, M.A.M. **Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 13, n. 2, 2013.
- LUCCHESI, R. ; SILVA, D.; CINTHIA, P.; TAINARA, C. D.; RODRIGO, L. P.; CASTRO, V. I.; BUENO, P. A. A.; FERNANDES, A. L. **Transtorno Mental Comum entre Indivíduos que Abusam de Álcool e Drogas: estudo transversal.** Texto & Contexto Enfermagem, vol. 26, núm. 1, p. 1-7. 2017.
- LUCKASSON, R.; BORTHWICK, S. D., BUNTINX; COULTER, W.H.E.; CRAIG, D. L.; REEVE, E. M.; SCHALOCK, A.; SNELL, R. L.; SPITALNIK, M. E.; SPREAT, D. M.; TASSE, M. J. **Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports.** The Psychological Record, 10 ed., 2003.
- MARCHETTI, R. L.; CASTRO, A. P. W.; KURCGANT, D.; CREMONESE, E.; NETO, J. G. **Transtornos mentais associados à epilepsia.** Rev. Psiq. Clín. 3 ed., p. 170-172. 2005.
- MURTHY, R. S.; BERTOLOTE, J. M.; JORDAN, J. E.; FUNK, M.; PRENTICE, T.; SARACENO, B.; SAXENA, S. **Relatório mundial da saúde: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** 1 ed. LISBOA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. 2-25 p.
- NÓBREGA S. S. M. P.; SILVA, G. B. F. , SENA, A. C. R. **Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental.** 5 Congresso de Investigação Qualitativa em Saúde, vol. 2.
- OLIVEIRA, M. F. **Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas em administração.** 1 ed. Catalão, 2011.
- OLIVEIRA, R. M.; JÚNIOR, A. C. S.; SANTOS, J. L. F.; FUREGATO, A. R. F. **Dependência nicotínica nos transtornos mentais, relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 4 ed., p. 685-692. Agosto, 2014.
- ONU.NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; oms diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global'**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Superintendência de Atenção à Saúde.** Linha guia da saúde do idoso. 1 ed. Curitiba: SESA, 2017.
- SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. **Prevalencia dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009.** J. Bras. Psiquiatria, v. 59, n. 3. Rio de Janeiro, 2010.
- SILVA, P. A. S.; ROCHA, S. V.; SANTOS, L. B.; SANTOS, C. A.; AMORIM, C. R.; ALVES, A. B. **Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil.** Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, p. 639-646, jan. 2018.
- SIMÕES, C. C. S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população.** 4 ed. Rio de Janeiro: IBGE , 2016. 10-20 p.

ANÁLISE DOS TRANSTORNOS PSÍQUICOS MENORES CAUSADOS EM ESTUDANTES DURANTE A GRADUAÇÃO

Data de aceite: 20/02/2020

Cláudio José de Souza

Enfermeiro. Pós-Doutor, Doutor e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor Adjunto A da Universidade Federal Fluminense. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem Terapia Intensiva pela Faculdade Bezerra de Araújo – FABA. Coordenador da Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva pela FABA.

Cristiane Maria de Souza Araújo

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Bezerra de Araújo – FABA.

Karina Dutra Saraiva Cruz

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Bezerra de Araújo – FABA.

Marcus Vinicius Figueiredo Bezerra

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Bezerra de Araújo – FABA.

Ana Carla Alves Cruz

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Docente da Graduação e Pós-Graduação pela Faculdade Bezerra de Araújo – FABA. Coordenadora da Pós-Graduação em PICS – FABA.

Zenith Rosa Silvino

Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Titular de Administração em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). Membro Titular da Academia Brasileira de

Administração Hospitalar, Niterói/RJ.

Deise Ferreira de Souza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta IV da Universidade Federal Fluminense.

Cristina Lavoyer Escudeiro

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Associada da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Fabiana Lopes Joaquim

Enfermeira. Pós-Doutora, Doutora e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

RESUMO: Objetivo: Analisar as implicações dos Transtornos Psíquicos Menores no ensino aprendizagem de acadêmicos de enfermagem.

Método: Estudo de Revisão Integrativa da Literatura, de característica crítica e retrospectiva, com fontes de dados primárias. A busca ocorreu na Biblioteca Virtual de Saúde por meio das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), e ainda, na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizou-se os descritores localizáveis por intermédio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) de maneira única “Transtornos mentais”, “Estudantes de Enfermagem”, “Educação em Saúde”, e depois utilizando o operador booleano “and” para os descritores “Transtornos mentais e Estudantes de Enfermagem”. Critérios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra, que apresentavam aderência em Português, publicados nos anos de 2015-2019. **Resultados:** foram selecionados de 9 artigos dos quais emergiram quatro categorias temáticas: Principais Transtornos Psíquicos Menores entre os estudantes de graduação; Principais sintomas, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital, entre os estudantes de graduação; Uso de consumo de drogas devido aos Transtornos psíquicos Menores entre os estudantes de graduação e Implicações dos Transtornos Psíquicos Menores no ensino aprendizagem de acadêmicos de enfermagem. **Conclusão:** De acordo com o presente estudo foi possível: Identificar que a ansiedade, a depressão e a insônia são os principais transtornos psíquicos menores que acometem os estudantes de enfermagem durante o período da graduação; descrever as implicações destes transtornos na vida dos discentes; analisar os sinais e sintomas que se manifestam nos graduandos e propor medidas para prevenir e minimizar esses prejuízos.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos Mentais; Estudantes de Enfermagem; Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

Estudos indicam que mais de 80% das morbidades psiquiátricas encontradas nos estudantes referem-se a transtornos não-psicóticos, porém, devido à várias questões conceituais e metodológicas, foi designado um conceito de “Transtornos Mentais Menores” (TMM) por motivo de existir um entrelaçamento no diagnóstico desses transtornos, especialmente no que se refere a distinção entre depressão e ansiedade (CERCHIARI; CAETANO;FACCENDA, 2005).

A carga horária extensa da graduação somada a fatores como a distância e dificuldade de descolamento até a universidade, expectativa e cobrança de um bom desempenho, responsabilidades com vínculos empregatícios, estressores pessoais desenvolvem no acadêmico um quadro de ansiedade, cansaço e padrão de sono irregular (ARAÚJO et al, 2016).

A assertiva supracitada denota que os fatores estressores ao acadêmico podem causar uma exaustão tanto física quanto emocional e, essa sobrecarga, traz consigo os sintomas que propiciam o surgimento de um TMM.

Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005) dizem que a sintomatologia desses

transtornos é diagnosticada em pelo menos um terço da população que busca atendimento em serviços primários de saúde, sendo os distúrbios neuróticos, especialmente ansiedade e fobias, os principais problemas de saúde mental da população urbana. A tensão ou estresse psíquico se manifesta no corpo (distúrbios psicossomáticos) pelo fato do indivíduo apresentar dificuldade em lidar com suas emoções em situações conflitantes

O formato de trabalho dentro das universidades ainda nos dias atuais pode-se considerar arcaico no que concerne ao amparo ao aluno neste tema. O acadêmico encontra-se com várias limitações devido a rotina extenuante e em muitos casos sem ter a quem recorrer, devido à falta de relação professor-aluno onde exista um diálogo sobre o formato de ensino e, muitas das vezes a falta de compreensão do mesmo com a particularidade de vida de cada aluno acentua cada vez mais a incidência de doenças de perfil psicológico (FERNANDES et al, 2018).

Devido à alta prevalência de TMM nos alunos, acreditamos que seja de grande relevância que as Instituições de Ensino Superior (IES) tenham um olhar mais crítico, analítico e reflexivo sobre o tema, além de desenvolver ações de bem-estar, promoção de saúde mental, diagnóstico e tratamento precoce.

O início da vida acadêmica traz mudanças para o aluno, onde a correlação das exigências acadêmicas com sua vida pessoal e cobranças individuais fazem com que as preocupações comecem a surgir com mais peso. Essa sobrecarga é uma possível desencadeadora da depressão. As pesquisas revelam a prevalência de 30,6% de casos de depressão em universitários, sendo que em toda a sociedade a prevalência é de 9%, corroborando para a comprovação de que os acadêmicos vivem sob uma pressão que é de fato preocupante. Ainda de acordo com o autor, as principais características destes TMM são: alterações de humor (tristeza profunda), desesperança, baixa autoestima, ansiedade, distúrbios do sono e apetite, desconcentração, falta de autocuidado e etc (FERNANDES et al, 2018).

Ainda neste íterim, Fernandes et al (2018) dizem que a ansiedade é um transtorno mental comum, por ser uma resposta fisiológica ao que o indivíduo possa estar vivenciando, porém, pode se tornar patológica quando vem acompanhada de inquietação, dificuldades de concentração, tremores, cansaço, insônia, entre outros.

Trazendo estes TMM para a graduação de Enfermagem, observa-se que estes alunos trazem consigo fatores intrínsecos que aumentam o risco de ansiedade, podendo ser citado o medo de cometer erros por lidar diretamente com a vida e o sofrimento. A ansiedade supracitada é um dos principais fatores que desregulam o padrão de sono. O excesso de tarefas acadêmicas associado às práticas sociais ocasionam um gasto de energia muito grande que por muitas vezes não é restituída, sendo assim, não há um equilíbrio entre o descanso e o gasto de energia exigido pelas demandas no dia a dia. Geralmente, quando um acadêmico possui uma

sonolência diurna excessiva é por conta de dificuldades de sono noturno e isso tem grandes impactos no desempenho de atividades que deveriam ser realizadas durante o dia (ARAÚJO et al, 2016).

Frente ao exposto, o presente trabalho objetivou analisar as implicações dos Transtornos Psíquicos Menores no ensino aprendizagem de acadêmicos de enfermagem.

METODOLOGIA

Nesta pesquisa foi utilizado o método de investigação conhecido como revisão integrativa, que viabiliza a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre transtornos psíquicos menores que acometem estudantes de enfermagem de nível superior. A revisão integrativa surgiu como alternativa para revisar rigorosamente e combinar estudos com diversas metodologias, por exemplo, delineamento experimental e não experimental, e integrar os resultados. Tem o potencial de promover os estudos de revisão em diversas áreas do conhecimento, mantendo o rigor metodológico das revisões sistemáticas. O método de revisão integrativa permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tópico, ampliando as possibilidades de análise da literatura. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Para a realização do método, foram seguidas as seis etapas: o estabelecimento da questão de pesquisa, a busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Foram definidas as seguintes questões de pesquisa: Quais as implicações dos Transtornos Psíquicos Menores no ensino aprendizagem de acadêmicos de enfermagem e de que maneira, a Instituição de Ensino Superior, pode criar alternativas de prevenir e/ou minimizar tais implicações a estes estudantes?

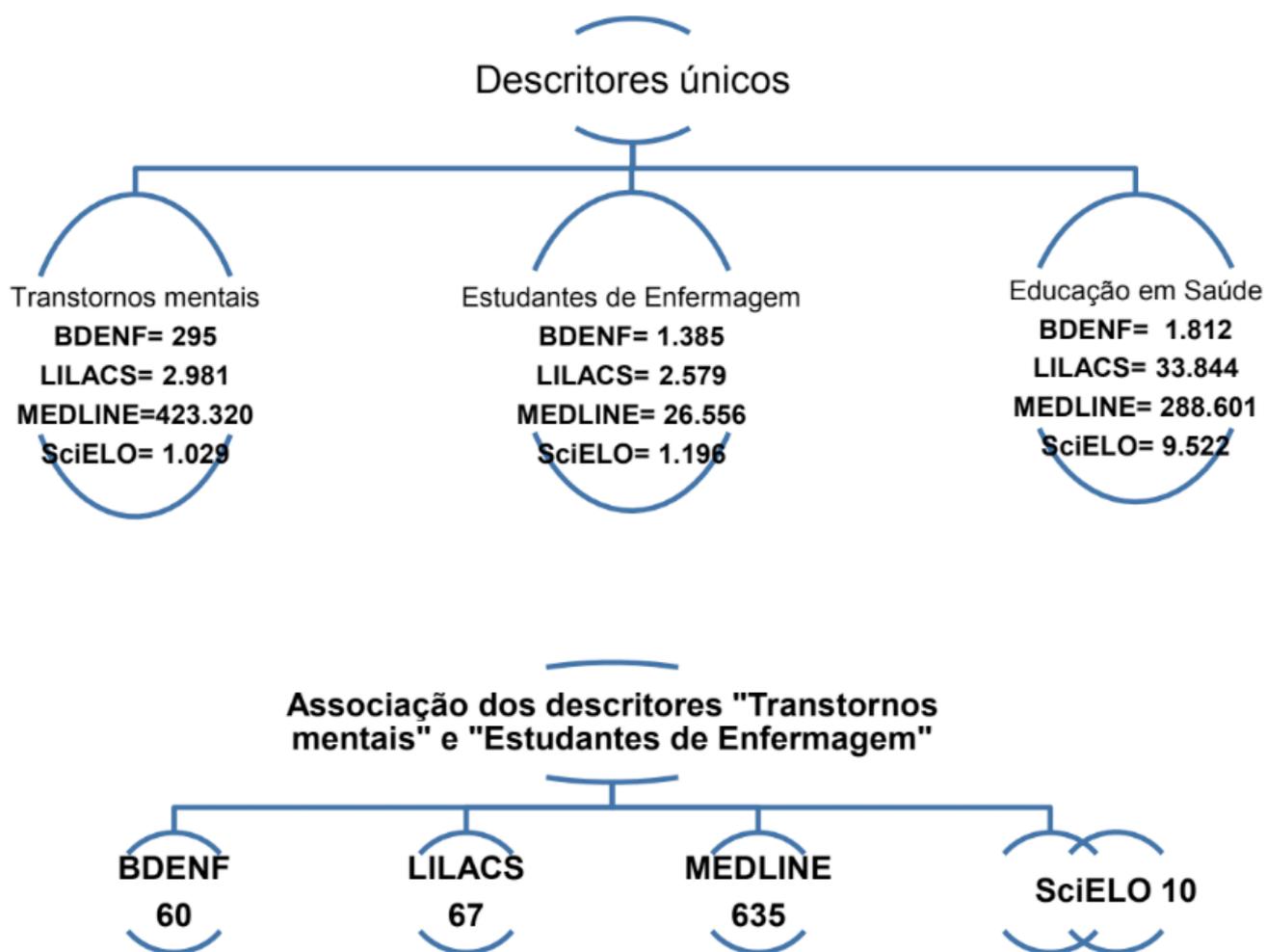
Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados se deu no mês fevereiro-março de 2019 e contou com o apoio de um instrumento de coleta de dados gerador de indexados em pelo menos uma das bases de dados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) tais como: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), e ainda, na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO); localizáveis por intermédio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) de maneira única “Transtornos mentais”, “Estudantes de Enfermagem”,

“Educação em Saúde”, e depois utilizando o operador booleano “and” para os descritores “Transtornos mentais e Estudantes de Enfermagem”. A investigação destes descritores realizou-se na base de dados da Terminologia DECS (Descritores em Ciências da Saúde).

Também foi utilizada a literatura cinzenta através do Google Acadêmico como fonte de busca, onde pesquisamos a palavra chave “transtornos mentais menores” .

A partir das buscas, foi elaborado um quadro sinóptico que demonstra o Estado da Arte, sendo possível comparar os resultados encontrados nos descritores únicos e associados. Através da comparação, foi possível identificar a lacuna que ainda existe na publicação de artigos que associem os estudantes de enfermagem aos transtornos mentais.



Quadro sinóptico 1: Estado da Arte

Elaboração: Base na BVS (LILACS; BDNF e MEDLINE) e SciELO

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão adotados para orientar a busca e seleção das publicações foram: a) Artigos publicados que abordem a temática; b) Divulgados

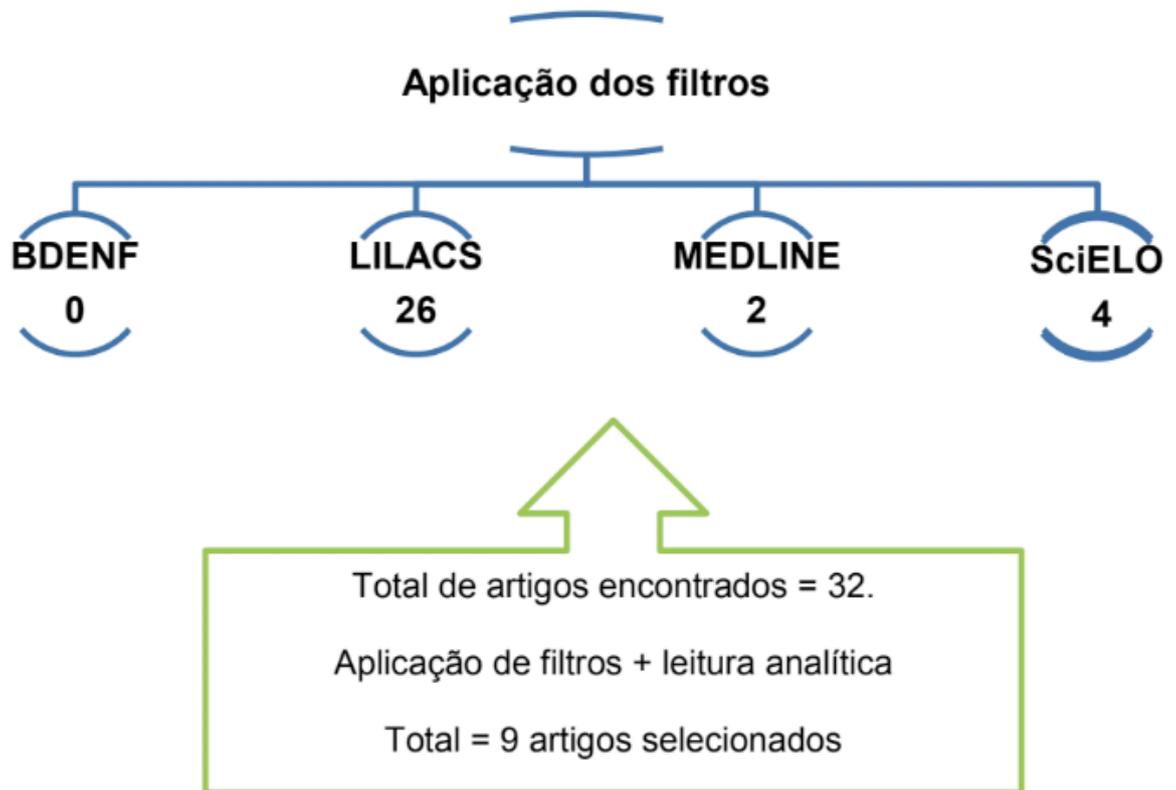
em língua portuguesa; c) Publicados entre os períodos de 2005 a 2018, ou seja, nos últimos treze anos, considerando a necessidade de atualidade na revisão sobre o tema.

Os critérios de exclusão foram: a) Publicações que não se encontravam disponíveis em texto completo; b) Publicações que apresentavam disponibilidade de texto completo, mas cujo link apresentava erro mediante a tentativa de acessá-lo.

Categorização dos dados

Foi utilizado os descritores associados “Transtornos mentais e Estudantes de Enfermagem” como estratégia de busca. A seleção ocorreu primeiramente com a utilização dos seguintes filtros: texto completo, Idioma em Português, ano de publicação de 2008 a 2018 e tipo de documento em formato de artigo, resultando em um total de 32 artigos. Dentre estes, houve a leitura dos títulos e resumos dos e a seleção dos que abordassem a temática e a consonância com as perguntas norteadoras da investigação, resultando em 8 artigos demonstrados no quadro sinóptico 2. Quando houve dúvida referente à inclusão ou exclusão do estudo, o mesmo foi lido na íntegra, para reduzir o risco de perdas de publicações relevantes.

Além dos 8 artigos selecionados foi incluído outro estudo publicado em 2005 encontrado no Google Acadêmico através da utilização da palavra-chave “transtornos mentais menores” que acrescentou informações que contribuíram significativamente para a elaboração deste trabalho.



Quadro sinóptico 2: Esquema dos artigos encontrados após a utilização dos filtros(Texto completo, Idioma em Português, Ano de publicação de 2008-2018 e tipo de documento em formato de artigo) e leitura dos títulos e resumos.

Foram avaliados os nove artigos incluídos no trabalho, através da leitura minuciosa dos três graduandos componentes do grupo. Após a leitura, foi criado um quadro para a facilidade de extrair informações, onde foi extraído de cada estudo o ano de publicação, autores, objetivo, tipo de método, instrumento utilizado para a coleta de dados, participantes das pesquisas e resultados encontrados, que fora demonstrado em ordem cronológica decrescente demonstrado no Quadro 1.

Ano	Autores	Objetivo	Método/ instrumentos de coleta de dados / participantes	Resultado
2018	CARLETO, Cíntia Tavares et al.	Objetivou-se avaliar a adaptação à universidade e a sua relação com a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em graduandos de enfermagem.	Estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa. Aplicou-se Questionário de Vivências Acadêmicas-reduzido (QVA-r) e o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Realizado com 92 graduandos de enfermagem.	Encontrou-se um indicativo de TMC de 43,5% e uma correlação inversa com adaptação à universidade, indicando que quanto melhor a adaptação, menor a probabilidade de TMC.

2018	FERNANDES, Márcia Astrês et al.	Identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos e suas correlações com características sociodemográficas e ocupacionais em universitários	Trata-se de estudo censitário, transversal, e analítico. Foram aplicados os inventários de Beck para ansiedade e depressão. Participaram 205 universitários de todos os períodos do curso de enfermagem.	A prevalência de depressão foi de 30,2% e de ansiedade, 62,9%. Identificou-se associação entre o nível de sintomas depressivos, trabalho, sexo e lazer
2018	MAGALHÃES, Luciana de Souza Pereira et al. 2018	Descrever e analisar o perfil do uso e abuso de drogas entre estudantes de enfermagem do 1º e 5º ano de graduação e investigar suas atitudes e crenças em relação às drogas e aos usuários.	Estudo quantitativo, descritivo e transversal, Instrumentos de coleta de dados: ASSIST e NEADA FACULTY SURVEY. As análises estatísticas foram realizadas com nível de significância de 5%. Foi realizada com 105 estudantes do 1º ano e 55 estudantes do 5º ano de graduação.	Os estudantes do 1º e 5º ano apontam o álcool como a droga mais usada nos últimos três meses - 69,4% e 80,0% respectivamente. Os estudantes acreditam ter educação básica adequada sobre drogas, porém, apresentam visão preconceituosa e atitudes negativas em relação aos usuários.
2016	A R A Ú J O , Marcos Antônio Nunes et al.	Conhecer para poder avaliar o padrão do sono dos estudantes de enfermagem de uma universidade pública estadual.	Estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa. Instrumento de coleta de dados: questionários, Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (PSQI) e a Escala de Sonolência de Epwoth (ESS). , Realizado com 42 estudantes.	O teste de PSQI mostrou que 100 % dos estudantes apresentaram má qualidade de sono ou pouco sono reparador. A ESS demonstrou que 85,7 % apresentaram sonolência diurna excessiva e, dentro desse total, 26,2 % obtiveram escores maiores que 16 pontos, apresentando sonolência diurna excessiva grave.
2016	DÁZIO, Eliza Maria Rezende; ZAGO, Márcia Maria Fontão; FAVA, Silvana Maria Coelho Leite.	Compreender os significados que os universitários do sexo masculino atribuem à condição de usuários de álcool e outras drogas.	Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, com análise indutiva. Instrumento de coletas de dados: entrevistas semi-estruturadas. Realizada com 20 universitários do sexo masculino de uma universidade pública da região sudeste do Brasil.	Os dados foram construídos utilizando análise indutiva de conteúdo para dois tópicos: uso de álcool e / ou drogas como saída; e uso de álcool e / ou outras drogas: uma alternativa para pertencimento e identidade.
2016	M O U R A , Ionara Holanda et al.	Analisar a Qualidade de Vida (QV) de estudantes de graduação em Enfermagem	Estudo descritivo e transversal. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um formulário e o questionário WHOQOL-bref. Os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis foram utilizados na análise dos dados, com nível de significância de 5%. Realizado com 206 estudantes	Os domínios com melhor avaliação média foram o Físico (69,4) e o das Relações Sociais (74,3); já os piores foram o Psicológico (68,5) e o Ambiente (54,2). Houve significância estatística ao cruzar QV com o número de filhos (p=0,029). Logo, os estudantes sem filhos obtiveram melhor desempenho

2014	SILVA, Bruno Pereira et al.	Identificar a prevalência de transtornos mentais comuns e consumo de bebida alcoólica e tabaco entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública da Amazônia Ocidental brasileira	Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, utilizando-se os instrumentos AUDIT, SRQ-20 e questionário de tabagismo. Realizado com 76 estudantes universitários do 1º, 3º, 5º, e 7º períodos do curso de graduação em Enfermagem.	Do total de estudantes, 93,4% afirmou fazer consumo de álcool de baixo risco, porém 26% afirmou beber no padrão binge pelo menos uma vez ao mês. Em relação ao tabaco, 78,6% afirmou ter usado por curiosidade e desejo de experimentar e 46,1% afirmou que “sente-se nervoso, tenso ou preocupado” e que tem “humor depressivo/ansioso”
2008	PAREDES, Nivia Pinos; MIASSO, Adriana Inocenti; TIRAPELLI, Carlos Renato.	O objetivo deste estudo foi determinar o consumo de benzodiazepínicos sem prescrição em estudantes do primeiro ano de enfermagem de uma universidade pública do Equador	Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário. A pesquisa foi realizada com 181 estudantes	Os resultados mostram que 10,5% dos estudantes consumiram benzodiazepínicos sem prescrição médica alguma vez na vida. Do total, 6,1% consumiram no último ano e 3,9% usam atualmente. O Diazepan foi a BZD mais usada sem prescrição médica, sendo a farmácia, o local de maior acesso. Entre os principais motivos para o consumo de benzodiazepínicos encontraram-se: insônia, ansiedade, estresse, depressão e problemas familiares ou econômicos.
2005	CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; CAETANO, Dorgival; FACCENDA, Orgival.	estimar a prevalência de Transtornos Mentais Menores (TMM) na população de estudantes universitários dos cursos de Ciência da Computação, Direito, Letras e Enfermagem, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	.O estudo utilizou do tipo corte transversal. Para coletados dados utilizaram-se dois questionários auto-aplicáveis: QSG-60 e QDSD. Realizada com 558 estudantes.	Constatou-se uma prevalência de 25% de TMM entre os estudantes, destacando-se, como transtorno principal, os distúrbios psicossomáticos.

Quadro 1: Figura 1. Síntese das publicações, Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2019.

Elaboração: Próprios autores

RESULTADOS

Após a leitura dos 9 artigos para a elaboração da análise, foi feito um levantamento que, primeiramente, dividiu os artigos em temas centrais para que fosse possível saber se os assuntos, mesmo que diferentes, se relacionavam

entre si. Os principais temas dos estudos abordam sobre: Transtornos Psíquicos Menores (TPM); Ansiedade e Depressão” que foi encontrado em 4 (n= 44,4%) artigos, Consumo de droga” em 3 (n= 33,3%), “Qualidade de vida” em 1(n= 11,1%) e “Padrão do sono” em 1(n=11%).

O tema Consumo de drogas foi encontrado como o segundo tema que mais foi abordado, isso se dá devido às buscas feitas nas bases de dados por meio dos descritores associados “Estudantes de Enfermagem” e “Transtornos Mentais” resultarem em diversos artigos que correlacionou este distúrbios com o uso de drogas. Com isso, foi indagado sobre a associação das drogas com os principais sintomas de Transtornos Psíquicos Menores.

Dos 9 artigos incluídos, 7 (n=77%) foram realizados com Acadêmicos de enfermagem, e 2 (n= 22,2%) com acadêmicos que cursam Letras, Direito, Ciências da computação, ciências da saúde e etc. Todos os artigos 9 (n=100%) feitos com estudantes de instituição pública. Com isso, será possível ter um estudo voltado para o perfil dos acadêmicos de enfermagem, porém, não será feito a comparação do perfil dos acadêmicos de instituição pública com a privada visto que todos os estudos foram realizados com acadêmicos de Universidade Pública.

Em relação ao levantamento voltado a temática do trabalho, foi feito a divisão em 4 categorias. Sendo essas denominadas como: 1ª Categoria: Principais Transtornos Psíquicos Menores entre os estudantes de graduação, 2ª Categoria: Principais sintomas, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital entre os estudantes de graduação, 3ª Categoria: Uso de consumo de drogas devido aos Transtornos psíquicos Menores entre os estudantes de graduação e 4ª Categoria: Implicações dos Transtornos Psíquicos Menores no ensino aprendizagem de acadêmicos de enfermagem.

Principais transtornos psíquicos menores entre os estudantes de graduação

Dos artigos analisados 7 (n=77%) destacou a ansiedade 5 (n=55,5%), Distúrbios do sono/ Insônia 4 (n=44,4%) a Depressão. Foi possível perceber que a ansiedade é citada na maioria dos artigos, apesar de seu tema central ser encontrado apenas em quatro. Isso significa que a ansiedade pode estar interligada com outros temas como a qualidade de vida, padrão do sono e uso de drogas.

Assim como a ansiedade, a insônia também é citada em mais artigos que possuem outros temas centrais, visto que apenas um artigo fala do tema propriamente, mas é citado em cinco, demonstrando não ser apenas um fator isolado, e sim, associado a outros fatores que agravam ainda mais a saúde mental dos acadêmicos.

A insônia durante a noite é grande causadora da sonolência diurna excessiva, e isso traz impactos prejudiciais ao desenvolvimento dos acadêmicos, pois

dificulta a assimilação e o aprendizado que, se não tratado, futuramente implicará no desempenho de sua função profissional. Estudos comprovam que o sono insuficiente ou excessivo pode diminuir a expectativa de vida, podendo ser motivo de mortalidade em geral, pois está associado a problemas cardíacos. Sonos de curta duração trazem como consequências irritabilidade, sonolência durante o dia, redução da capacidade de concentração e da criatividade, prejuízo do raciocínio, consequentes dificuldades nos estudos e etc (ARAÚJO et al, 2016)

Ainda de acordo com os referidos autores, os mesmos apontam que estressores sociais, problemas financeiros, desempenho acadêmico, falta de lazer e associação ao sexo feminino está ligada à ansiedade. Foi possível encontrar na literatura que níveis baixos de ansiedade podem favorecer o desempenho do acadêmico, no entanto quando nos referimos a níveis mais altos, o inverso acontece e o desempenho do aluno tende a cair. Sendo assim, quanto mais grave for o nível de ansiedade, mais sintomas como falta de memória, atenção, concentração, raciocínio irão surgir (FERNANDES e et al, 2018).

Para Fernandes et al (2018), a depressão é uma doença psiquiátrica que causa impacto na vida interpessoal, social e profissional do indivíduo. Estudos apontam que de todos os transtornos mentais, a depressão é a que tem o maior risco de causar suicídio.

Principais sintomas, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital, entre os estudantes de graduação

Na categoria de sintomas, dos nove artigos 3 (n=33,3%) destacaram tensão, preocupação e nervosismo; artigos 3 (n=33,3%) Estresse artigos 2 (n=22,2%) a Insegurança (22,2%). Na categoria sintomas somáticos: 5 (n=55,5%) destacou a Fadiga (55,5%), 2 (n=22,2%) Cefaléia e 2 (n=22,2%) Indigestão e/ou desconforto abdominal. E no Decréscimo de energia vital: 3 (n=33,3%) Dificuldade de tomar decisões, : 3 (n=33,3%) Dificuldades na concentração, 2 (n=22,2%) Perda de interesse pelas coisas e 2 (n=22,2%) Diminuição na capacidade de prestar atenção (22,2%).

Carleto et al(2018) dizem que o estresse é acometido ao acadêmico a partir do momento em que inicia a vida acadêmica porque situações como a distância da família, decisão sobre prioridades, gerenciamento da questão financeira, exigências acadêmicas, descolamento, conflitos vivenciados com outros acadêmicos e entre outros, aumentam progressivamente no decorrer da graduação. O autor refere ainda, que, essas situações não são geradoras somente de estresse, mas também dos próprios Transtornos Mentais Comuns (TMC), pois o mesmo estresse causado pelas exigências acadêmicas e suas responsabilidades de lidarem com a vida também causam a ansiedade juntamente com os sintomas como: esquecimento,

insônia, irritabilidade, dificuldade na concentração e tomada de decisões e queixas somáticas, como fadiga, cefaleia, falta de apetite e tremores.

Dentre os sintomas somáticos, foi possível perceber que a fadiga foi o sintoma mais referido entre os estudantes. Fernanades, et al (2018) acreditam que durante a graduação, esse sintoma se torna mais freqüente quando as práticas clínicas são mais intensas. E que durante o exercício profissional, os fatores que desencadeiam são: a natureza do trabalho, a falta de apoio social e administrativo, problemas de carga de trabalho/mudança e demais específicas.

Moura et al (2016) complementam dizendo que a fadiga se dá por conta do estilo de vida do acadêmico, através de situações como: relação professor-aluno, habito alimentar inadequado, falta da prática de exercícios físicos, ausência de ambiente acolhedor, tempo de sono diminuído, a extensa carga horária de aulas teóricas e práticas incluindo a quantidade de excessiva de disciplinas, trabalhos e provas, entre outros. O autores dizem ainda, que essa tensão, medo, insegurança e preocupação estão relacionadas com a inserção nas universidades de maneira geral, mas que a disciplina de enfermagem tem seus agravos relacionados experiências únicas relacionadas às condições precárias de trabalho, ao contato com indivíduos doentes e à realização de procedimentos podem ser mais impactantes (MOURA e et al, 2016).

Uso de consumo de drogas devido aos transtornos psíquicos menores entre os estudantes de graduação.

Apesar de três artigos abordarem especificamente sobre o assunto, cinco autores citam o uso de alguma das substâncias entre os estudantes podendo ser de consumo leve, moderado ou grave.

As principais drogas encontradas foram: 3 (n=33,3%) relacionados ao álcool, 2 (n=22,2%) ao Tabaco e 1 (n=11,1%). Benzodiazepínicos, Hipnóticos, Substâncias psicoativas de maneira geral e Maconha. A fuga dos sintomas gerados pelos transtornos psíquicos menores pode levar os universitários ao consumo de álcool e outras drogas.

Sobre o uso do álcool seguido pelo tabaco e maconha como válvula de escape, foi possível perceber que a maioria dos alunos usam para relaxar, ter um momento longe das cobranças, aguentar a pressão de todas exigências acadêmicas e ter um momento de lazer para suportar o estresse promovido pela rotina (DÁZIO; ZAGO; FAVA, 2016).

Os alunos que participaram da pesquisa de Magalhães (2018) reconhecem seu papel como profissional em ser agente de mudança para o paciente usuário de drogas, apesar dos dados achados sobre o uso de drogas pelos próprios universitários serem altos. O raciocínio mais plausível para esse resultado é de que, apesar de saber os riscos, o estudante se torna vulnerável por conta dos problemas

de ordem emocional e comportamental durante a graduação (MAGALHÃES et al, 2018).

Magalhães et al (2018) inferem que o uso frequente de hipnóticos nos últimos três meses de seus pesquisados, é se dá por conta da ansiedade gerada nos acadêmicos de enfermagem durante a graduação. Paredes, Miasso e Tirapelli (2008), complementam a frase supracitada afirmando que o benzodiazepínico é mundialmente utilizado para combater a ansiedade.

Sobre os medicamentos utilizados, uma pesquisa feita por Paredes, Miasso e Tirapelli (2008), evidenciou que entre a classe dos benzodiazepínicos, o Diazepan é o mais consumido, conseguido principalmente nas farmácias, mas também com amigos e amostras grátis. O consumo ocorre principalmente devido a insônia, ansiedade, estresse, depressão, problemas financeiros, familiares, dentre outros. Fica evidente a necessidade de uma atenção maior a automedicação para evitar seus efeitos destrutíveis.

Já na pesquisa realizada por Silva et al (2014), ao realizar o cruzamento dos Transtornos Mentais Comuns com o consumo de drogas, evidenciou que não há uma relação direta entre esses dois fatores.

Mediante isso, pode-se observar que as drogas legais e ilegais fazem parte do convívio constante dos estudantes da área de saúde. Essa realidade faz com que esses jovens acadêmicos estejam vulneráveis à automedicação. Quando as necessidades do dia-a-dia junto às demandas da faculdade e atenção aos familiares se intensificam, esses universitários tornam alvos ainda mais frágeis (PAREDES; MIASSO; TIRAPELLI, 2008).

Implicações dos transtornos psíquicos menores no ensino aprendizagem de acadêmicos de enfermagem

As principais consequências encontradas evidenciaram impactos não só acadêmicos, mas também, ao exercício profissional que será realizado no futuro. E como principais consequências citadas nos artigos, foram encontradas: 4 (n=44,4%), Impacto negativo no desenvolvimento /rendimento estudantil 4 (n=44,4%), Impacto negativo no desempenho acadêmico, 2 (n=22,2%), Qualidade de vida prejudicada e 1 (n=11,1%), Evolução dos transtornos tornando-se crônico e Suicídio.

Tendo em vista os resultados encontrados na 1ª categoria que aborda sobre os Transtornos Psíquicos Menores, os estudantes também apresentam alguns sintomas (2ª categoria), que associadas ao uso de drogas (3ª categoria) ou não, podem implicar negativamente no processo de ensino aprendizagem no decorrer e até mesmo após a graduação.

Ao analisar, é possível notar que as principais complicações estão interligadas entre si, visto que, o estudante que tem o seu desempenho diminuído não terá o

mesmo desenvolvimento que o restante do grupo. É importante se atentar sobre a qualidade do desenvolvimento desses estudantes, para que possam atuar de forma segura após a formação. Tendo em vista que a profissão da enfermagem atua com responsabilidades diretamente ligadas a saúde do ser humano.

Moura e et al (2016) associam a rotina dos discentes com a diminuição da qualidade de vida, visto que os mesmos abdicam de tempo para dedicarem para si mesmos. Mas, o que faz a qualidade (QV) de vida ter um pico decrescente de grande impacto são os sintomas gerados pelos transtornos psíquicos menores que foram citados na segunda categoria.

E notável sua deterioração da QV através da insônia visto que apresentam consequências negativas nos ciclos sociais, laborais e familiares (PAREDES; MIASSO; TIRAPELLI, 2008).

Carleto e et al(2018) complementam dizendo que o insucesso dos acadêmicos diante das consequências geradas pelos transtornos, incidem em impactos não só sobre a saúde do indivíduo como na saúde da comunidade e no desenvolvimento socioeconômico do país.

DISCUSSÃO

A experiência vivenciada pelo grupo ao longo dos semestres da graduação em enfermagem nos levou a ter um olhar diferenciado sobre o tema proposto, “*análise dos transtornos psíquicos menores causados em estudantes durante a graduação*” visto que em diversos momentos, principalmente em época de avaliações, sentimentos como, ansiedade e nervosismo foram identificados entre os pares e nos diálogos informais trocados em momentos como, antes do início das aulas, nos intervalos e mesmos em grupos de aplicativos.

Ainda, por meio da observação de redes sociais como, por exemplo, *Facebook* e *Instagram* percebeu-se que o termo “*Depressão*” vinha após o nome de Instituições de Ensino Superior (IES) em diversas páginas criadas na web. Para exemplificar, pode-se citar “*Instituição X da Depressão*”. Nessas páginas, alunos e ex-alunos externam por meio de postagens, frustrações, medos e descontentamentos com as universidades por meio de memes – termo utilizado no “*mundo da internet*”, referindo-se ao fenômeno de “*viralização*” de uma informação.

Notou-se que, grande parte dos comentários ocorre durante o período da madrugada, o que levou-nos a inferir que, as postagens expressam sentimentos compatíveis com os que caracterizam *Transtornos Psíquicos Menores*. Além das questões já aventadas, a experiência individual e em grupo, ajudaram na construção da problemática de projeto de trabalho de conclusão de curso, pois por meio da troca de informações, foi possível aproximar o entendimento de que, tais questões

reverberam ainda no momento atual de nossa graduação. São comuns falas entre os colegas de turma sobre tais questões.

A competição no mercado de trabalho devido a expansão do modelo capitalista, está cada vez mais exacerbada em diversas sociedades inclusive em algumas regiões no Brasil. Observa-se que as instituições/empresas, estão cada vez mais rigorosas e exigentes em suas seleções de funcionários, e isto, está despertando o interesse dos indivíduos em aprimorarem seus conhecimentos profissionais (SERQUEIRA *et al*, 2013).

Em busca do famigerado sucesso profissional, e melhoria em sua condição socioeconômica, e devido a alguns programas governamentais tais como; Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM); Programa de Financiamento Estudantil (FIES), Programa Universidade para Todos (ProUni) estes indivíduos estão ingressando nas IES com maior frequência. Estas instituições, por sua vez, estão se preparando de forma a oferecer o melhor ensino e formar os melhores profissionais do mercado em suas respectivas áreas, uma vez que, a qualidade do ensino oferecido está intimamente atrelada ao conceito de qualidade da instituição perante aos órgãos competentes – Ministério de Educação e Cultura (MEC) e a sociedade.

Observa-se com o passar do tempo, que a cada semestre aumenta o número de indivíduos, de diferentes classes sociais, que procuram ingressar em alguma universidade, porém, devido a desigualdade social e econômica desde a formação básica, uma parcela da população não está apta a concorrer de igual para igual com indivíduos mais privilegiados que tem a oportunidade de se preparar para garantir uma vaga em uma instituição pública. Desse modo, procuram se beneficiar dos vários programas governamentais a fim de, garantir sua formação (LEITE; FERNANDES, 2012).

Neste cenário de transição, a educação brasileira tem apresentado transformações significativas e representativas a partir da oficialização da Resolução nº 4 de 6 de abril de 2009, que dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial (BRASIL, 2009).

A partir da homologação da referida resolução, todas IES, tiveram que reformular sua grade curricular, com o objetivo de atender a resolução vigente. Com isso, houve uma série de modificações no que diz respeito não só a grade curricular, como também, ao estágio curricular para cada graduação. Mediante a estas modificações, o estágio que era paralelo ao ensino teórico, passou a ser oferecido praticamente nos últimos períodos da graduação juntamente com as disciplinas finais e a elaboração do trabalho de conclusão de curso (TCC).

No que diz respeito à área das ciências da saúde, os futuros egressos enfrentam uma exigência emocional superior às demais áreas de conhecimento, devido à natureza de sua ocupação exigir tomada de decisões que implicarão direta e indiretamente na vida do cliente que receberá seus cuidados e de sua equipe. Além disso, fatores como a deslocação da residência, emprego, filhos, dependentes, provas, trabalhos, exigência dos docentes, rotinas acadêmicas, entre outros, resultam em grande estresse enfrentado pelos discentes o qual contribuem para que ocorra uma sobrecarga emocional, levando-os a desenvolver em alguma fase acadêmica os “Distúrbios Psíquicos Menores (DPM). Os DPM, são caracterizados, por gerar nos indivíduos quadros clínicos com sintomas de ansiedade, fadiga, insônia, irritabilidade, depressão, desordem psicossomática, redução do nível de concentração e de capacidade funcional (SERQUEIRA *et al*, 2013).

Com base na literatura de Serqueira, et al (2013), analisa-se, que se faz necessário, que as graduações da área da saúde façam uma avaliação e adaptação dos planos curriculares e métodos pedagógicos de ensino, visando a redução do estigma nos discentes e ao mesmo tempo, potencializar as oportunidades criadas durante o curso para o contato e a interação com pessoas com transtornos mentais, a fim de poder conjuntamente encontrar soluções para combater este grande mal do século.

CONCLUSÃO

De acordo com o presente estudo foi possível: Identificar que a ansiedade, a depressão e a insônia são os principais transtornos psíquicos menores que acometem os estudantes de enfermagem durante o período da graduação; descrever as implicações destes transtornos na vida dos discentes; analisar os sinais e sintomas que se manifestam nos graduandos e propor medidas para prevenir e minimizar esses prejuízos.

Com base nas literaturas levantadas, constatou-se que os discentes egressos nos cursos das ciências da saúde estão mais suscetíveis a uma exigência emocional maior que nas outras áreas de atuação. Especificamente os graduandos no curso de Enfermagem tendem a desenvolver os transtornos psíquicos menores com maior frequência devido à natureza de sua ocupação.

A tensão e o estresse psíquico se manifestam nestes indivíduos devido à dificuldade em lidar com as suas emoções em situações conflitantes no dia a dia, gerando assim, sintomas de ansiedade, síndromes fóbicas, insônia e a depressão.

Nesse contexto, foi possível sugerir medidas para prevenir e/ou minimizar estes fenômenos, objetivando um melhor rendimento destes discentes tanto em sua vida acadêmica, quanto em sua futura vida profissional.

Assim sendo, este trabalho proporcionou um vasto conhecimento sobre os transtornos psíquicos menores e, de forma específica, identificou o comportamento dos graduandos relacionado aos desafios e conflitos emocionais enfrentados durante a graduação.

Considera-se, ainda, que a pesquisa atingiu os objetivos geral e específicos e respondeu à pergunta norteadora, concluindo que as Instituições de Ensino Superior (IES) devem implementar ações e medidas para aprimorar os conhecimentos de seus discentes sobre sua saúde mental, disponibilizar equipe multiprofissional para ajudar a minimizar os sinais e sintomas dos transtornos psíquicos menores e habilitar os futuros profissionais de maneira com que estejam preparados para o mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. A. N. et al. Padrão do sono em estudantes de enfermagem de Universidade Pública Estadual. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n.2, p.162-170, 2016. Disponível em < <http://scielo.sld.cu/scielo.php> > acessado em 03 de março de 2019.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4 de 6 de abril de 2009**. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de abr. 2009. Seção 1, p. 27.
- DÁZIO, E. M. R.; ZAGO, M. M. F.; FAVA, S. M. C. L. Uso de álcool e outras drogas entre universitários do sexo masculino e seus significados. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n.5, p. 786-791, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500785&Ing=en&tling=en> acessado em 4 de março de 2019.
- CARLETO, C, T et al. Adaptação à universidade e transtornos mentais comuns em graduandos de enfermagem. *Rev. Eletr.* v. 20, 2016. Disponível em < <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/43888> > Acessado em 16 de fevereiro de 2019.
- CERCHIARI, E.A.N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**. v.10 ,n.3, p.413-420, 2005. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2005000300010>> acessado em 03 de março de 2019.
- CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 2, n.33, p. 8-9, jun, 2012.
- FERNANDES, M. A. et al. Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 5, p. 2169-2175, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102169&Ing=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0752>.
- LEITE, D; FERNANDES, C.B (orgs). **Qualidade da educação superior : avaliação e implicações para o futuro da universidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. 588 p. – (Série Qualidade da Educação Superior; 6)
- LOTUFO, Neto F. *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. Livre Docência [Tese] — Universidade Federal de São Paulo. São Paulo; 2014.

MAGALHÃES, L. S. P. et al. O Fenômeno das drogas na perspectiva dos estudantes de enfermagem: perfil do consumo, atitudes e crenças. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170205, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100216&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Jan. 2020. Epub Feb 01, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0205>.

MILLAN, L. R.; ARRUDA, P. C. V.. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 90-94, Feb. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100027&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000100027>.

MOURA, I. H et al. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e55291, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200407&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Jan. 2020. Epub May 31, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55291>.

PAREDES, N.P; MIASSO, A.I; TIRAPELLI, C.R. Consumo de benzodiazepínicos sem prescrição médica entre estudantes do primeiro ano da escola de enfermagem da Universidade de Guayaquil, Equador. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, p. 634-639, Aug. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700021&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700021>.

SILVA, B. P et al. Transtornos mentais comuns e consumo de bebida alcoólica e tabaco entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública na Amazônia Ocidental brasileira. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 10, n. 2, p. 93-100, 1 ago. 2014.

SERQUEIRA, C. *et al.* Vulnerabilidade mental em estudantes de enfermagem no ensino superior: estudo exploratório. **J Nurs Health**. v.3, n.2, p.170-181, 2013. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3551>

SOUSA, P. L. R. **A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte**. Brasiliense. São Paulo. 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

APRENDIZAGEM E ESTÁGIO PRÁTICO SUPERVISIONADO: UMA ANÁLISE DA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 20/02/2020

Data da submissão: 10/01/2020

Lucas Malta Almeida

SEE-DF – BRASÍLIA-DF

<http://lattes.cnpq.br/6719986984699221>

Elias Batista dos Santos

SEE-DF; FAPRO – BRASÍLIA-DF

<http://lattes.cnpq.br/7645891545285764>

RESUMO: Este capítulo se insere no contexto das atividades realizadas pelo Laboratório de Ensino e Pesquisa em Educação Profissional do Centro de Educação Profissional Escola Técnica de Planaltina, em que se investigam possibilidades de melhoria na qualidade dos processos ensino-aprendizagem que se desenvolvem no âmbito da unidade escolar. O início da discussão sobre essa temática foram conversas informais com docentes em que se tornou recorrente a preocupação com a relação entre a qualidade da aprendizagem dos estudantes e as práticas realizadas no contexto do Estágio Prático Supervisionado (EPS). Assim, este trabalho teve como objetivo analisar as contribuições do espaço-tempo destinado ao EPS para o processo de aprendizagem de

estudantes do curso técnico em enfermagem, na perspectiva do próprio estudante. Para tanto, a partir dos princípios da teoria da subjetividade de González Rey e inspirados na Epistemologia Qualitativa, utilizamos as conversas informais, as dinâmicas conversacionais, o complemento de frases e a história de vida dos participantes para favorecer a produção e análise das informações. Os resultados indicaram que o processo de aprendizagem se constitui como sendo mais significativo para o estudante quando as práticas do EPS são desenvolvidas a partir de uma relação de interdependência com a teoria que interpreta e orienta essas práticas; que no desenvolvimento das práticas do EPS, o contexto em que se estabelece a relação pedagógica docente-discente pode se constituir como favorecedor da assunção do estudante como protagonismo de seu processo de aprendizagem; a utilização intencional, com foco na atenção e no cuidado ao ser humano, do espaço-tempo destinado às práticas do EPS pode favorecer a criação de uma ambiência favorável à aprendizagem do estudante.

PALAVRAS-CHAVE: subjetividade; estágio supervisionado; educação profissional, processos de aprendizagem.

LEARNING AND SUPERVISED INTERNSHIP: AN ANALYSIS OF THE PERSPECTIVE OF NURSING TECHNICAL COURSE STUDENTS

ABSTRACT: This chapter is inserted in the context of researches developed by the Laboratory of Educational and Professional Education of Center of Professional Education – Professional School of Planaltina – Brasília (Brazil), conducting research in new methodologies to increase the quality of learning-teaching process in our school. The trigger of discussion about this subject was informal conversation with teachers in relation to the recurring concern of the student’s learning quality and the *praxis* developed in the context of the internship at hospital. Therefore, this work had the goal to analyze the contribution of the place and period reserved to internship to the nursing technician learning in student’s point of view. In term of the principles of theory of subjectivity by González Rey and inspired in qualitative epistemology, we used documental analysis, conversational dynamics, complement of sentences and history of life to favor the production and analysis of information. The results indicate that the learning process is more significant for the student when the internship is developed closely with theory; in the context of internship the development of pedagogical relation between students and teachers may constitute a trigger to an active process in the pursuit of knowledge; the intentional use of place and period reserved to internship, with a focus in human being care, may contribute to create a favorable environment to nursing technician learning.

KEYWORDS: Subjectivity; internship; professional education, learning process.

1 | INTRODUÇÃO

Este capítulo se insere no contexto das atividades realizadas pelo Laboratório de Ensino e Pesquisa em Educação Profissional (LEPEP), em uma escola pública de educação profissional do Distrito Federal em que, no espaço-tempo destinado ao Estágio Prático Supervisionado (EPS), foi desenvolvido junto aos estudantes, uma pesquisa qualitativa utilizando instrumentos como História de Vida, Complemento de Frases e Dinâmicas Conversacionais. O objetivo foi analisar as contribuições do espaço-tempo destinado ao Estágio Prático Supervisionado (EPS) para o processo de aprendizagem de estudantes do curso técnico em enfermagem, na perspectiva do próprio estudante, a partir dos princípios da teoria da subjetividade de González Rey (2005).

1.1 A teoria da subjetividade

González Rey (2005) entende a subjetividade, em uma perspectiva cultural-histórica, como sendo “formas complexas em que o psicológico se organiza e funciona nos indivíduos”, isso acontece nos espaços sociais das suas ações e

estilos de vida. Esse conceito favorece a compreensão da subjetividade como sendo intrínseca ao processo de ensino-aprendizagem. Mitjans Martínez e González Rey (2017a) desenvolvem o conceito de subjetividade de maneira não reducionista, ao abordá-la a partir de uma perspectiva multidimensional, recursiva, contraditória e imprevisível configurando-a como, simultaneamente, social e individual. .

Essa imprevisibilidade pode ser compreendida a partir da análise da assunção de um comportamento subjetivo que, dentro do contexto social e individual, pode se expressar de maneira subversiva e contraditória. Assim, a complexidade da experiência humana, expressada nela mesma, é partícipe do processo de produção de sentidos subjetivos, produzidos em um contexto simbólico-emocional, não se constituindo como entidade fixa. Os processos simbólico-emocionais são inseparáveis do ponto de vista da subjetividade, e não podem ser reduzidos à cognição (MITJÁNS MARTÍNEZ; GONZÁLEZ REY, 2017b), como recorrentemente procuram fazer os docentes que se orientam por uma perspectiva empirista-positivista (SANTOS, 2013).

Outro princípio da Teoria da Subjetividade de González Rey é o que apresenta o sujeito como sendo a pessoa ativamente envolvida na constituição e desenvolvimento de espaços pessoais dentro das atividades sociais que desenvolve. Sendo assim, no processo ensino-aprendizagem, nem sempre um indivíduo assumirá a condição de sujeito, pois o processo de assumir-se como sujeito está imbricado com o processo de produção de sentidos subjetivos e configurações subjetivas que expressam naquele momento, como citam Mitjans Martínez e González Rey (2017b).

1.2 O processo de aprendizagem na perspectiva da subjetividade

Tendo esses princípios como referência, percebe-se que o processo de aprendizagem é complexo e configura-se de forma subjetiva implicando experiências diversas da história de vida, o emocional e o contexto atual do aprendiz (MITJÁNS MARTÍNEZ e GONZÁLEZ REY, 2017b). Estes autores citam três tipos de aprendizagens:

Aprendizagem reprodutiva-memorística – O aprendiz possui postura **passiva** no processo de aprender. A assimilação dos conteúdos é de forma mecânica, sem uma compreensão real daquilo que foi estudado. O aprendiz tem dificuldade de utilizar o conhecimento em situações novas que vivencie.

Aprendizagem compreensiva – O aprendiz possui postura ativa no processo de aprender. As operações reflexivas se destacam nessa aprendizagem, sendo que os conteúdos aprendidos podem ser associados a situações novas e resolução de problemas.

Aprendizagem criativa – O aprendiz possui postura ativa no processo

de aprender. A criatividade é bem evidente. Configuração de três elementos, personalização da informação, a confrontação com o conhecimento, a produção e geração de ideias próprias e “novas” que vão além do conhecimento apresentado.

Assim, Mitjans Martínez e González Rey (2017b) definem a educação escolar como sendo um processo subjetivo quando as experiências vividas pelo aprendiz participam da aprendizagem a partir dos sentidos subjetivos que se configuram no curso dessa experiência. Santos (2013) também considera que os fatores externos vividos por um estudante são subjetivados no processo de aprendizagem de uma maneira única, a depender dos sentidos subjetivos que o aprendiz produziu na vivência dessas experiências (MITJÁNS MARTÍNEZ; GONZÁLEZ REY, 2017b).

O processo de aprendizagem se desenvolve a partir das relações docente-discente, a depender dos sentidos subjetivos que são produzidos e expressados pelos participantes do contexto de sala de aula. Dessa forma, o docente, ao se comunicar de forma dialógica, reflexiva e propondo desafios para os estudantes em uma relação afetiva de autenticidade e confiança, pode favorecer o processo de aprendizado destes (MITJÁNS MARTÍNEZ; GONZÁLEZ REY, 2017b). Lembramos que os sentidos subjetivos produzidos e expressos nesse contexto podem favorecer ou não o processo de aprendizagem dos participantes (SANTOS, 2013).

1.3 A educação profissional

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996, a educação profissional técnica de nível médio preceitua, em sua essência, formar cidadãos capacitados ao desempenho de atividades profissionais técnicas e articula-se com as dimensões da ciência e da tecnologia. Para Santos e Marchesan (2017), a análise crítica do histórico da educação profissional e tecnológica traz em si a necessidade de formação de mão de obra especializada para uma sociedade impactada pela revolução industrial. Ainda para esses autores, a gênese da educação profissional no Brasil remonta às Escolas de Aprendizes Artífices (1909), passando por um longo processo de transformações educacionais até a consolidação dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFET), em 2008.

1.4 O estágio prático supervisionado (EPS)

A enfermagem é uma categoria profissional que se subdivide em outras, entre as quais destacamos o técnico em enfermagem. Os profissionais de enfermagem possuem atuação definida e delineada em lei própria, cabendo ao técnico de enfermagem o exercício das atividades próprias de orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem (COFEN, 2019).

O curso de Técnico em Enfermagem possui carga horária mínima de 1200 horas

em que a ênfase pedagógica está focada nos princípios teórico-metodológicos que interpretam e orientam a prática profissional (MINISTÉRIO da EDUCAÇÃO, 2016). Com isso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) propôs uma carga horária mínima de 400 horas para o desenvolvimento do EPS em todas as instituições que ofereçam curso técnico em enfermagem, visando melhorar a qualidade da formação inicial dos profissionais que atuam nesta área. Esta visão sobre a necessidade do EPS parece estar consolidada entre docentes, profissionais da área de saúde, gestores e órgãos de controle, entretanto a análise da percepção dos estudantes sobre essa temática, a partir de uma análise subjetiva, ainda carece de estudo.

2 | METODOLOGIA

Nossa pesquisa se inspirou na perspectiva da Epistemologia Qualitativa (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017b), isto porque estávamos interessados em analisar como os estudantes do curso técnico em enfermagem percebiam as contribuições do espaço-tempo destinado ao EPS para seus processos de aprendizagem. Apresentamos a seguir, a unidade escolar em que a pesquisa foi desenvolvida.

2.1 O Centro de Educação Profissional - Escola Técnica de Planaltina (CEP-ETP)

O CEP-ETP, é uma instituição pública de ensino vinculada à Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF) e teve suas atividades iniciadas em Planaltina, Distrito Federal, ao ofertar o Curso Técnico em Enfermagem, no ano de 1999. Posteriormente, novos cursos técnicos foram implementados na escola, a saber: Nutrição e Dietética, Saúde Bucal, Análises Clínicas, Segurança do Trabalho, Registros e Informações em Saúde, Secretaria Escolar, Artes Cênicas, Artes Circences, Informática e uma Especialização Técnica de Nível Médio em Urgência e Emergência.

Como missão, a escola pretende promover educação profissional pública de qualidade por meio da integração de atividades de ensino, extensão e pesquisa na formação de jovens e adultos críticos e reflexivos, com conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos, comprometidos com o mundo do trabalho e com a busca de soluções criativas para a sustentabilidade humana. (PPP, 2018).

2.2 O espaço-tempo destinado ao estágio profissional supervisionado (EPS)

O EPS tem o objetivo de favorecer a vivência do estudante em um ambiente real do trabalho produtivo, tendo 100% de sua carga horária supervisionada por um docente devidamente habilitado. Ao longo dos anos tem-se constituído como sendo um espaço-tempo adequado para que o estudante aprenda fazendo e, ao mesmo

tempo, faça aprendendo. (SANTOS, 2013)

Neste espaço-tempo de aprendizagem, o educando tem a oportunidade de vivenciar realidades diferentes, teorizar e refletir sobre a prática profissional e buscar soluções de problemas a partir das condições do ambiente a qual está inserido. Para tanto, o EPS do curso técnico em enfermagem do CEP-ETP tem carga horária mínima de 500 horas desenvolvidas a partir de nove componentes curriculares que acontecem em Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Lar de Idosos e Centro de Atenção Psicossocial (CAPs).

2.3 Os voluntários participantes da pesquisa

Para a escolha dos participantes desta pesquisa o coordenador enviou convite via aplicativo de mensagem para todos os estudantes do curso técnico em enfermagem que fizeram EPS durante o segundo semestre de 2019 e que estavam com o número de telefone atualizado junto à coordenação do seu curso. Foram enviados vinte convites dos quais três retornaram com disponibilidade para participar da pesquisa. Dos três estudantes voluntários, um tinha horário incompatível com as atividades que seriam realizadas ao longo da pesquisa, assim, a pesquisa que transcorreu durante o segundo semestre de 2019, contou com dois estudantes voluntários.

Os dois participantes da pesquisa são estudantes do curso técnico em enfermagem do CEP-ETP. No momento da pesquisa, uma participante era formanda e o outro participante já concluía sessenta por cento da carga horária exigida para a conclusão do EPS.

A estudante era solteira, tinha 19 anos, não tinha filhos, não trabalhava com carteira assinada e estava matriculada em um curso superior em enfermagem. Nasceu e cresceu em outra unidade da federação na região nordeste. Foi criada pela avó materna durante a infância e parte da adolescência (até os 14 anos). Veio morar com a mãe em Planaltina-DF para estudar. Nesta cidade, concluiu o ensino médio e ingressou no curso técnico em enfermagem no CEP-ETP. Para as análises que se seguem, ela recebeu o codinome de “Estudante-A”.

O outro participante da pesquisa era casado, pai de dois filhos, tinha 34 anos e possuía formação superior. Era nascido e criado no Distrito Federal e, em sua infância conviveu com o pai e a mãe. Atualmente, é servidor concursado do governo do Distrito Federal e ingressou no curso técnico em enfermagem para aprender um pouco mais sobre a área da saúde. Para as análises que se seguem, ele recebeu o codinome de “Estudante-B”. Os participantes desta pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

2.4 Os instrumentos para a produção de informação

Com inspiração na Epistemologia Qualitativa, utilizamos instrumentos variados para a produção e análises das informações, a seguir, apresentamos resumidamente, cada um deles.

O Complemento de Frases foi um Instrumento idealizado por González Rey e Mitjáns Martínez que possui indutores com o objetivo de identificar elementos que possam expressar, de forma livre e espontânea, a constituição da subjetividade individual (ROSSATO e MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Em nossa pesquisa, utilizamos indutores como: Minha vida..., Amo..., Estágio Prático Supervisionado, dentre outros. Esse instrumento será citado no texto como CFA para a “Estudante-A” e CFB para o “Estudante-B”.

As Dinâmicas Conversacionais propostas por González Rey (2005) se constituem como um processo ativo baseado na indução da expressão do outro, sem perguntas diretas, sendo conduzido a campos significativos de sua experiência pessoal e expressando elementos da produção simbólico-emocional (ROSSATO; MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Esse instrumento será citado, neste texto, como DCA para a “Estudante-A” e DCB para o “Estudante-B”.

Para González Rey (2005) a subjetividade se produz sobre sistemas simbólicos e emoções que expressam de forma diferenciada o encontro de histórias singulares de instâncias sociais e sujeitos individuais, com contextos sociais e culturais multidimensionais. Nessa perspectiva, a história de vida dos participantes da pesquisa foi utilizada como uma fonte geradora de sentidos. Esse instrumento será citado no texto como HVA para a “Estudante-A” e HVB para o “Estudante-B”.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o processo construtivo-interpretativo, algumas situações expressadas recorrentemente pelos participantes chamaram nossa atenção. Isto porque, conforme destaca González Rey (2005), os instrumentos utilizados nesta pesquisa favoreceram uma análise mais aprofundada sobre as escritas, falas espontâneas e posicionamentos assumidos pelos participantes, inspirados por imagens e palavras, que evidenciaram aquilo que sentiam quando expunham suas vidas e sua relação ao curso Técnico em Enfermagem e ao EPS. Para facilitar o entendimento de nosso percurso construtivo-interpretativo apresentaremos nossa compreensão do fenômeno estudado a partir de três situações integrativas. Sabemos que essas situações integrativas se constituíram de maneira recursiva e autotransformadora ao longo do nosso processo interpretativo, entretanto, para fins didáticos, optamos por apresentá-las separadamente como se segue.

3.1 As práticas do eps desenvolvidas de maneira interdependente com a teoria que interpreta e orienta essas práticas

Durante o processo de análise das informações produzidas ao longo de nossa inserção empírica foi-nos possível perceber que os estudantes consideraram como sendo mais significativa para eles a aprendizagem em que as práticas do EPS estavam alinhadas com a teoria e quando o mesmo docente responsável por fazer a transposição didática das teorias que interpretava e orientava essas práticas era seu supervisor no espaço-tempo do EPS. Essa nossa interpretação pode ser exemplificada em diferentes momentos da pesquisa, entretanto, trazemos para a discussão neste texto alguns momentos que consideramos suficientes para subsidiarem nosso processo interpretativo.

Assim, por exemplo, ao completar a frase **“Eu aprendi no estágio que”**, a “Estudante-A” escreveu que “teoria e a prática andam lado a lado, mas é na prática que temos a noção do que é a enfermagem de verdade”. (CFA). Nesse fragmento e, recorrentemente, durante nossas conversas informais, a estudante expressava sua compreensão de que não era possível separar a teoria e prática. Em várias e diferentes situações ela se manifestou contrária a qualquer tentativa de se apresentar uma teoria desvinculada da prática vivenciada no que-fazer do técnico em enfermagem.

Entendemos que o espaço-tempo destinado ao EPS pode favorecer o processo de aprendizagem do estudante que se insere no contexto das vivências de situações reais, sob orientação de um docente, uma vez que o estudante pode vivenciar os conceitos que em outra situação seriam apresentados como sendo estáticos e restritos ao contexto da sala de aula, exigindo uma ação de memorização, o que poderia se constituir como sendo uma aprendizagem reprodutiva-memorística (MITJÁNS MARTÍNEZ ; GONZÁLEZ REY, 2017b).

Ainda corroborando com a interdependência teoria-prática, a “Estudante-A” ao falar sobre o CEP-ETP e sua aprendizagem, na dinâmica conversacional, volta a enfatizar que obteve melhor aproveitamento em seu processo de aprendizagem quando os docentes expressavam em sua prática pedagógica conhecimento empírico das situações de cuidado e atenção ao paciente, como, por exemplo, no caso de tirar dúvidas em relação à situações cotidianas que não estão explicitadas nos manuais:

às vezes a gente vai perguntar (ao docente) alguma coisa que não está lá no protocolo...e acontece, tem muita coisa que não tá lá no protocolo... Quando ele (o docente) já vivenciou o atendimento ao paciente tem mais possibilidade de nos explicar... **igual eu falei ali, tem muita coisa que não tá na teoria que a gente só vai aprender na prática.** (DCA, grifo nosso)

É importante salientar que caso o aprendiz não assuma uma postura ativa no

seu processo de aprender ao não se reconhecer como sujeito de seu aprendizado pode ser que aconteça uma mera reprodução de protocolos e de procedimentos. A “Estudante-A” reconhece a postura ativa do estudante ao falar: **“Caso fosse possível voltar ao início do estágio eu... com certeza estudaria e me dedicaria mais para vivenciar as coisas”** (CFA). Ao de novo destacar a interdependência teoria-prática, a estudante evoca a necessidade de “vivenciar as coisas” para que sua aprendizagem fosse ainda mais significativa para ela. Depois, no mesmo instrumento, ela enfatiza que gostaria de desejar aos colegas que estão iniciando o curso: **“Eu diria para um estudante que está começando o curso...para se dedicar e estudar ao máximo nas aulas teóricas, pois é indispensável no estágio”** (CFA). Notemos que ela coloca o valor da teoria intrinsecamente ligado ao exercício da prática, esta sua compreensão está em linha com o que Mitjás Martínez e González Rey (2017b) destacam quando asseveram que o aprendiz precisa se colocar em posição ativa no processo de aprendizagem, o que favorece a aprendizagem compreensiva e/ou criativa.

Da mesma maneira, o “Estudante-B” considerava a interdependência teoria-prática em suas expressões durante a realização dos mais variados instrumentos. Por exemplo, corrobora com a ideia de participação ativa do estudante no processo de aprender ao considerar que **“Eu aprendi no estágio que... um pequeno erro prejudica uma vida”** (CFB) . Ao fazer essa afirmativa, o estudante destaca seu entendimento sobre a íntima relação entre teoria e prática ao trazer a exemplificação da relação cuidado-vida. Assim, o conhecimento técnico do saber-fazer deve estar alinhado ao saber-saber, o qual não necessariamente vem da educação escolar formal, mas da vivência do aprendiz com quem faz sabendo e sabe fazendo, a fim de que se possa oferecer o melhor serviço para qualquer pessoa que dele dependa.

3.2 A relação pedagógica docente-discente como favorecedora da assunção do estudante como protagonista de seu processo de aprendizagem

Os relacionamentos pedagógicos docente-discentes podem favorecer ou não na produção de interesse e aprendizado dos estudantes, podendo se constituir como um obstáculo para a aprendizagem. Esse nosso entendimento pode ser exemplificado, entre outras situações recorrentes, durante a dinâmica conversacional em que a “Estudante-A” ao falar sobre **o pior dia no estágio** relatou ter tido dificuldades com um dos componentes curriculares por conta da exigência dos professores e a tensão criada em alguns momentos do EPS: “[...] todo dia elas (professoras) pediam devolutiva e nunca estava bom e a gente ficava com aquele sentimento de insuficiência sabe?” (RCA). Segundo Mitjás Martínez e González Rey (2017b), a história de vida de cada aluno, suas percepções sobre o mundo e sua forma de se relacionar com as exigências de cada professor são pessoais e os

sentidos subjetivos criados neste contexto podem favorecer ou não o processo de aprendizagem. A Estudante também relatou que a sensação de pressão exercida pela maneira com que as ações das docentes eram subjetivadas pelos estudantes acabou por prejudicar seu desempenho acadêmico neste componente curricular:

eu não vou mentir, claro, eu sabia que eu não tinha...não desenvolvi a rotina do Pronto Socorro, pra mim era muito corrido e **sempre que um professor bota pressão em mim eu travo**, [...] e aí não rolou, eu não desenvolvi e no último dia eu adoeci...”. (DCA, grifo nosso)

O processo de aprendizagem, do ponto de vista da subjetividade, se desenvolve, dentre outras vertentes, pelas relações entre professores e alunos, a depender dos sentidos subjetivos que são gerados e expressos pelos estudantes nos seus relacionamentos interpessoais com eles (MITJÁNS MARTÍNEZ; GONZÁLEZ REY, 2017b). No caso, a estudante além de não conseguir superar as exigências mínimas para a aprovação no referido componente, ainda finalizou aquele ciclo adoecendo. Fato incomum em sua trajetória estudantil e que pode estar interligado com as produções de sentido que desenvolveu ao longo de sua relação com as docentes responsáveis pelo componente curricular.

Em outra oportunidade, a “Estudante-A” relatou que quando pensava nos processos de aprendizagem que vivenciou, chegava a seguinte conclusão: “aprendi que realmente o mundo te devora, as pessoas querem te ver bem mas nunca melhor do que elas e isso se aplica demais a nossa profissão” (HVA). Nesse momento e em várias conversas informais ao longo do semestre semestre de 2019, ela expressou recorrentemente sua visão sobre o exercício de sua profissão como um espaço-tempo em que nem sempre há cooperação para o desenvolvimento profissional mas, talvez, haja cooperação apenas para que o(s) serviço(s) seja(m) executado(s).

Assim, por exemplo, no HVA, ao ser solicitado que escolhesse aleatoriamente uma figura entre oito possibilidades, e relacioná-la com alguma situação que vivenciou no estágio e que tinha relação com sua aprendizagem, ela sorteou a imagem “*Cebolinha e Cascão andando de Skate*” e escreveu: “é muito importante contar com alguém, uma dupla que te auxilie e curta com você aquele momento de estágio”. Notamos que ela considerou na situação o fato dos personagens estarem “juntos ao andar de skate” e considerou essa “parceria” como sendo alavancadora de possíveis processos de aprendizagem. Ao ser questionada sobre nossa percepção ela destacou a importância que conferia à cooperação voltando a considerar que no componente curricular em que foi reprovado não conseguiu perceber essa cooperação entre os participantes. Em nosso entendimento, a “Estudante-A” parece considerar que seu processo de aprendizagem se potencializa quando se desenvolve em uma ambiência de colaboração, o que pode indicar uma produção e expressão de sentidos subjetivos vinculados ao contexto sociorrelacional. O processo de

aprendizagem se desenvolve pelas relações docente-discente, a depender dos sentidos subjetivos que são gerados pelos estudantes nos seus relacionamentos interpessoais e vice-versa (MITJÁNS MARTÍNEZ; GONZÁLEZ REY, 2017b).

Sendo assim, é possível que no seu processo de aprendizagem, nem sempre a “Estudante-A” se assuma como protagonista, pois a depender de suas relações interpessoais pode se assujeitar e considerar o espaço-tempo das práticas do EPS como um não lugar (SANTOS, 2013). Notemos que o processo de assumir-se como sujeito está imbricado com o processo de produção de sentidos subjetivos e configurações subjetivas produzidos e expressos naquele momento atual do indivíduo, porquanto, a produção de sentidos subjetivos pelo estudante não é apenas individual, mas é, também, sociorrelacional (MITJÁNS MARTÍNEZ; GONZÁLEZ REY, 2017b).

Sendo os processos simbólicos e emocionais inseparáveis do ponto de vista subjetivo, então os mesmos não podem ser reduzidos à cognição (MITJÁNS MARTÍNEZ; GONZÁLEZ REY, 2017b). Quando analisamos o histórico da estudante, que foi criada pela avó materna, desde a infância, por algum tempo longe da mãe e, provavelmente, do pai, é possível que a presença de alguma pessoa que lhe dê segurança no percurso de seu processo de aprendizagem, faça com que crie sentidos subjetivos e configurações subjetivas que favoreçam seu aprendizado ao longo do EPS.

Sobre a relação docente-discente, o “Estudante-B” relata no evento relação interpessoal docente-discente que: CFB – **“O momento mais difícil que enfrentei durante o estágio foi...conflito com professores”**. Na Dinâmica Conversacional esse conflito com uma docente foi melhor descrito:

Eu tive um pequeno desentendimento com a professora, assim, a maneira como ela conduziu o estágio, né, na maneira dela se comportar, então isso me incomodou bastante...quando eu não vejo, quando as coisas não acontecem assim que na minha opinião não tá legal...**assim eu não consigo ficar calado, para mim o comportamento dela não estava adequado**, né, falei para ela poxa aí fica difícil até pra gente fazer as coisas, aí ela, não pode ir lá e fazer? Mas para fazer as coisas no estágio você precisa tá acompanhado do professor, **aí eu falei para ela, desse jeito não dá, você vem para cá é para ajudar a gente [...]**. (DCB, grifo nosso)

Ao analisarmos a recorrência dessa e outras expressões similares durante nossa inserção empírica foi-nos possível compreender que o “Estudante-B” assumia o saber-fazer como sendo central em seus processos de aprendizagens. Assim, no desenvolvimento de seu relacionamento interpessoal com esta docente, em diferentes situações, pareceu a ele que em alguma perspectiva a docente não conferia o mesmo valor ao saber-fazer, considerando o saber-saber suficiente para o bom desenvolvimento profissional. Assim, o “Estudante-B” passou a subjetivar as ações pedagógicas da docente como “não adequadas” ao seu processo de

aprendizagem, o que pode estar no epicentro dos embates que foram travados entre ambos.

Por outro lado, durante a dinâmica conversacional, ao ser colocado o tema “Professor(a) inesquecível”, o “Estudante-B” logo destacou:

A professora “X” é sensacional, a maneira, como ela já trabalhou com a gente, ela deu aula parte teórica de Saúde Coletiva e tudo e depois ela foi para o estágio, profissional de muitos anos de enfermagem assim, a maneira que ela, até, como você tinha uma certa liberdade com ela, né, assim, pela proximidade que a gente já tinha, então ficou tudo mais tranquilo, ela te cobrava, então ela, assim, vamos fazer...assim a maneira que ela cobrava foi um estágio muito legal [...]”.

O relacionamento interpessoal desenvolvido entre a “Professora X” e o “Estudante-B” pode ter favorecido de maneira singular como se deu o processo de seu aprendizagem neste componente curricular, favorecendo uma aprendizagem compreensiva e/ou criativa. Em conversas informais, o “Estudante-B” confirmou nossa suposição ao considerar que, diferentemente da professora anterior, em sua prática pedagógica a “Professora X” enfatizava tanto o saber-fazer quanto o saber-saber, não apresentando esses saberes de forma hierárquica. Assim, durante as práticas do EPS, a docente se fazia presente e orientava as ações dos estudantes para que alcançassem desempenho cada vez mais humanizado e melhor.

Assim, consideramos que no processo de aprendizagem as relações pedagógicas docentes-discentes podem, a depender dos sentidos subjetivos que são produzidos e expressos pelos participantes, se constituir como favorecedores ou não dos processos de aprendizagens que acontecem no espaço-tempo escolar dos estudantes nos seus relacionamentos interpessoais com professores (MITJÁNS MARTÍNEZ, GONZÁLEZ REY, 2017b). O desenvolvimento de uma relação pedagógica afetiva de autenticidade e confiança com os estudantes pode favorecer a produção e expressam de sentidos subjetivos favoráveis alavancadores do processo de aprendizagem das pessoas participantes do espaço-tempo escolar. Dessa forma, o professor, ao se comunicar de forma dialógica, reflexiva, e propondo desafios para os alunos em uma relação afetiva de autenticidade e confiança, favorece o aprendizado destes ao oportunizar o estabelecimento de sentidos subjetivos favoráveis ao aprendizado (MITJÁNS MARTÍNEZ; GONZÁLEZ REY, 2017b).

3.3 Utilização intencional do espaço-tempo destinado às aps com foco na atenção e cuidado ao ser humano

A utilização intencional do espaço-tempo destinado ao estágio prático supervisionado, com foco na atenção e no cuidado ao ser humano, pode favorecer a criação de um ambiente favorável à aprendizagem de estudantes.

Essa nossa interpretação pode ser exemplificada em diferentes momentos da pesquisa, entretanto, trazemos para a discussão neste texto alguns momentos que consideramos suficientes para subsidiarem nosso processo interpretativo.

Por exemplo, quando ao “Estudante-B” foi oportunizado falar sobre seu processo de aprendizagem, ele destacou assumiu que:

tive muita dificuldade porque o meu serviço, assim essa questão do, como eu já vinha trabalhando há muitos anos já na ambulância a gente vendo as coisas na rua mesmo, na rua, dentro do hospital, **a maneira que é realizada a emergência você fica meio que ligado muito a prática, assim você percebe que as pessoas acabam criando vícios, criando coisa que não estão de acordo com o que é passado aqui na teoria...as vezes, nas aulas, eu tinha essa barreira**, o professor falava oh, o protocolo é assim e assim, assado...o protocolo não é engessado, a gente dá um norte, poxa mas não é feito dessa maneira então... **sofri essa dificuldade...do que é passado aqui, do que eu vejo na rua, na hora de um socorro extremo**, do que eu vejo no hospital tudo bem que são situações bem extremas né porque na rua são situações realmente de emergência...**ai eu fico batendo cabeça né**, as meninas falam oh ... **não esquece que você está no CEP e não nas ruas**. (DCB, grifo nosso).

Notemos que antes de iniciar as atividades educativas no contexto do CEP-ETP o estudante estava mais ligado à prática socorrista, especialmente no que se refere à salvar vidas **“meio que ligado muito a prática”**. Com sua inserção no contexto do EPS ele começa a enfrentar dificuldade em se posicionar em relação ao que a teoria poderia ajudar em sua prática **“sofri essa dificuldade...do que é passado aqui, do que eu vejo na rua”**, sendo necessária ajuda de colegas lembrando da importância de uma teoria que oriente e interprete a prática **“não esquece que você está no CEP e não nas ruas”**. Entendemos que esse processo autotransformador não se deu de maneira estanque, linear e sequencial, porém a análise desse momento e de outros similares que foram expressos pelo Estudante-B durante todo o segundo semestre de 2019 nos ajudam a perceber que o cuidado ao paciente pode ajudar o estudante a produzir e expressar novos sentidos subjetivos sobre o cuidar em enfermagem, que realizado de forma profissional e orientado por um conhecimento teórico pode facilitar o processo de melhora clínica do paciente.

Em outra situação, o “Estudante-B” se expressou afirmando que **“Durante o estágio eu me entristeci quando...não pude fazer mais”**. Quando perguntado sobre o significava para ele a expressão “não pude fazer mais” ele considerou que se sentia constrangido quando não podia concluir o atendimento humanizado ao paciente. Para ele era frustrante não acompanhar o desenvolvimento do paciente até o momento de sua liberação do hospital. Mais uma vez, como repetidas vezes ocorrera anteriormente, percebemos que a produção de sentidos subjetivos estava participando do processo em que o “Estudante-B” mobilizava recursos para favorecer o período de recuperação das pessoas que estavam sob seus cuidados no espaço-tempo do EPS.

Na produção e expressão desses sentidos subjetivos, o estudante reconhece sua posição de sujeito ativo no processo de aprendizagem, como pode ser exemplificado nas situações a seguir. Por exemplo, ao complementar a frase **“Meu estágio no CEP-ETP... pode melhorar”**. Entretanto, o trabalho realizado sob pressão em setores hospitalares mais específicos que trabalham com serviços de emergência, muito embora estejam direcionados ao cuidado do paciente, pode gerar sentidos subjetivos desfavoráveis ao aprendizado: HVA – **“Sobre a disciplina de estágio que você menos gostou? O que você escreve sobre ela?”** “Emergência, pelo fato de eu não saber muito bem trabalhar sob pressão”.

Para Mitjáns Martínez e González Rey (2017b), “a personalidade não é mais do que uma configuração de configurações subjetivas”. No processo de ensino-aprendizagem, nem sempre um indivíduo será sujeito, pois o processo de assumir-se como sujeito está imbricado com o processo de produção de sentidos subjetivos e configurações subjetivas naquele momento. Assim, a produção de sentidos subjetivos pelo estudante não é apenas individual, mas é, também, sociorrelacional, como citam Mitjáns Martínez e González Rey (2017b). Outro princípio da Teoria da Subjetividade de González Rey é o que apresenta o sujeito como sendo a pessoa ativamente envolvida na constituição e desenvolvimento de espaços pessoais dentro das atividades sociais que desenvolve.

Ao conversar sobre sua história de vida a Estudante-A quando solicitada a escolher aleatoriamente uma figura entre as oito possibilidades disponíveis, e relacioná-la com alguma situação que vivenciou no estágio e que tinha relação com sua aprendizagem, a “Estudante-A” sorteou uma imagem com os personagens *Cebolinha* e *Mônica* estudando e logo escreveu: HVA – “Estudar é essencial no estágio para dar melhor qualidade do seu trabalho ao seu paciente” mais uma vez evidenciando seu interesse em ser estudante com postura ativa no processo de aprender, sempre objetivando o bem estar do paciente que dela depende para se recuperar. Ela demonstra esse interesse no cuidar ao escrever sobre uma imagem do personagem *cebolinha* entregando uma embalagem com desenho de coração estampado nele à *mônica*: HVA – “O amor é o mais importante nessa profissão e com ele mudamos o dia ou a vida de alguém” e também ao escrever: CFA – **“Estágio Prático Supervisionado (EPS)** não adianta fazer sem amor pois além da teoria mexemos com vidas que tem sentimentos”.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do foi exposto, foi possível identificar ao longo de nosso processo construtivo-interpretativo confluências entre as variadas expressões produzidas pelos participantes que podem ou não favorecer o processo de aprendizagem de

estudantes do curso técnico de enfermagem. Em nosso caso, as práticas do EPS se configuraram como sendo: práticas desenvolvidas a partir de uma relação de interdependência com a teoria que interpretava e orientava essas práticas; relação pedagógica docente-discente estabelecida em um contexto em que o estudante se assumia como protagonismo de seu processo de aprendizagem e utilização intencional do espaço-tempo destinado às práticas do EPS com foco na atenção e no cuidado ao ser humano.

Percebemos que os estudantes consideraram como sendo mais significativa para eles a aprendizagem em que as práticas do EPS estavam alinhadas com a teoria e quando o mesmo docente responsável por fazer a transposição didática das teorias que interpretava e orientava essas práticas era seu supervisor no espaço-tempo do EPS. Podemos perceber, também, que a história de vida de cada aluno, suas percepções sobre o mundo e sua forma de se relacionar com as exigências de cada professor são pessoais, e os sentidos subjetivos criados podem favorecer ou não o processo de aprendizagem deles, fazendo-o assumir a postura ativa em seu processo de aprendizagem. A utilização intencional do espaço-tempo destinado às atividades práticas supervisionadas, com foco na atenção e no cuidado ao ser humano, pode favorecer a criação de um ambiente favorável à aprendizagem do estudante, enfatizando o cuidado com a pessoa e não apenas a tarefa em si. Dessa maneira, o processo intencional de atenção à pessoa humana se constitui como alavancador de processos de aprendizagens dos estudantes participantes da pesquisa.

Com isso, vislumbramos que desdobramentos na prática escolar de nossas análises sobre essas situações integrativas incluem a utilização do espaço-tempo coordenação pedagógica para a discussão e aprofundamento dessas possibilidades favorecedoras da aprendizagem, construindo coletivamente soluções didáticas criativas para o desenvolvimento da melhoria qualidade da formação inicial de nossos estudantes e, ao mesmo tempo, de maneira interdependente, a qualificação profissional de nossos docentes.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Parecer normativo nº001/2019**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-001-2019_72123.html>. Acesso em: 27 dez. 2019.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thomson Learning. 2005.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis; MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina. **Subjetividade: teoria, epistemologia e método**. Campinas: Alínea, 2017a.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. 3º ed. 2016. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/novembro-2017-pdf/77451-cnct-3a-edicao-pdf-1/file>>. Acesso em: 27 dez. 2019.

MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina; GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Psicologia, Educação e Aprendizagem Escolar: avançando na contribuição da leitura cultural-histórica**. São Paulo: Cortez, 2017b.

Projeto Político Pedagógico - Centro de Educação Profissional - Escola Técnica de Saúde de Planaltina. 2018-2019. Disponível em: <<http://www.se.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/07/pppplanaltinaCEP-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2019.

ROSSATO, Maristela; MITJÁNS MARTÍNEZ, Albertina. **A metodologia construtiva-interpretativa como expressão da epistemologia qualitativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade**. *Investigação Qualitativa em Educação*. p. 343-352, 2017. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1352>>. Acesso em janeiro 2019.

SANTOS, Elias B. **O professor em situação social de aprendizagem: autoctonia e formação docente**. 285f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SANTOS, G. S., MARCHESAN, M.T.N. **Educação Profissional e Tecnológica (EPT) no Brasil e seus Docentes: Trajetos e Desafios**. *Linguagens - revista de Letras, Artes e Comunicação*, Blumenau, v. 11, n. 01, p. 357-374, 2017.

ASPECTOS RELACIONADOS À SEGURANÇA DOS PACIENTES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 20/02/2020

Data da submissão: 23/12/2019

Cleidiane Leal Borges

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Floriano – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/1657300804733401>

Amanda Cristina Machado Lustosa

Estácio CEUT
Teresina- Piauí

<http://lattes.cnpq.br/3789030388539138>

Ana Paula Melo Oliveira

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/7426544674979109>

Antonio Ycaro Rodrigues Lucena

Universidade CEUMA
Imperatriz- Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/1948650352260416>

Denise Barbosa Santos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Floriano – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/5211830757765681>

Gabrielly Silva Ramos

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/20999954044778944>

Henrique Alves de Lima

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/3524414049747929>

Maria de Fátima Alves da Rocha

Faculdade do Médio Parnaíba – FAMEP
Teresina – Piauí

Mariana Silva Souza

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri – Piauí

Kayco Damasceno Pereira

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/4144062023277563>

Kelton Silva da Costa

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri – Piauí

Leila Lorrane Araújo de Carvalho

Univafapi

Teresina – Piauí

Tauanne Nunes Orsano Aires

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Floriano – Piauí

<http://lattes.cnpq.br/3415827192079008>

RESUMO: Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o termo segurança do paciente como a redução ao mínimo possível dos riscos de danos desnecessários durante o cuidado prestado. Apesar de recente, a ideia de que o cuidado pode causar danos vem desde Hipócrates (460 a 370 a.C.), considerado o

pai da medicina, com seu postulado *Primum non nocere*, que em português significa - primeiro não cause danos. Quando se comete um erro durante o atendimento, o mesmo é chamado de evento adverso (EA). Em outras palavras, o termo refere-se ao aparecimento de um problema de saúde causado pelo cuidado prestado e não pela doença em si, podendo ocasionar uma lesão involuntária; incapacidade temporária ou definitiva; aumento no tempo de permanência ou morte, como resultado da assistência prestada. A Segurança do Paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” significa àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de vida do paciente. A segurança é um componente de grande importância na qualidade do cuidado. Sendo essencial para os pacientes e suas famílias e para os gestores e profissionais de saúde, no sentido de oferecer uma assistência segura.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem. Segurança do paciente. Eventos adversos.

ASPECTS RELATED TO THE SAFETY OF PATIENTS IN A UNIT OF INTENSIVE THERAPY

ABSTRACT: In 2009, the World Health Organization (WHO) defined the term patient safety as minimizing the risk of unnecessary harm during care. Although recent, the idea that care can cause harm comes from Hippocrates (460 to 370 BC), considered the father of medicine, with his postulate *Primum non nocere*, which means - first do no harm. When a mistake is made during the call, it is called an adverse event (AE). In other words, the term refers to the appearance of a health problem caused by the care provided and not by the disease itself, which may lead to involuntary injury; temporary or permanent disability; increased length of stay or death as a result of the care provided. Patient Safety refers to reducing the risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum. The “acceptable minimum” means what is feasible in the light of current knowledge, available resources, and the context in which care was delivered in the face of the patient’s life risk. Safety is a major component in the quality of care. It is essential for patients and their families and for managers and health professionals to provide safe care.

KEYWORDS: Nursing care. Patient safety. Adverse events.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o termo segurança do paciente como a redução ao mínimo possível dos riscos de danos desnecessários durante o cuidado prestado. Apesar de recente, a ideia de que o cuidado pode causar

danos vem desde Hipócrates (460 a 370 a.C.), considerado o pai da medicina, com seu postulado *Primum non nocere*, que em português significa - primeiro não cause danos (WENNERBERG, 2010).

Quando se comete um erro durante o atendimento, o mesmo é chamado de evento adverso (EA). Em outras palavras, o termo refere-se ao aparecimento de um problema de saúde causado pelo cuidado prestado e não pela doença em si, podendo ocasionar uma lesão involuntária; incapacidade temporária ou definitiva; aumento no tempo de permanência ou morte, como resultado da assistência prestada. O EA pode ser consequência também de procedimentos cirúrgicos, utilização de medicamentos, procedimentos médicos, tratamento não medicamentoso e demora ou incorreção no diagnóstico (SILVA, 2012).

A partir de dados publicados em diversos estudos sobre a assistência à saúde, em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que tem o objetivo de adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente e o aumento da qualidade dos serviços de saúde. Considerando sua importância a nível mundial, a discussão desta temática avançou significativamente mundo a fora (BRASIL, 2014a). Com isso, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013 e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), através da RDC nº 36/2013, sendo este último, o responsável por definir ações para estabelecer o Plano de Segurança do Paciente (PSP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a, 2013b).

Segundo Bernardes (2013), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) /Ministério da Saúde estabelece a obrigatoriedade da implantação do NSP em serviços de saúde, para reforçar o papel na prevenção, controle e redução de EAs. O núcleo é composto por uma equipe multiprofissional, que é formada pela própria direção da instituição e de acordo com a complexidade do serviço.

Segundo o artigo 13 da RDC nº 36/2013, a não estruturação do NSP constitui-se em uma infração sanitária, e nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1978, com prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis. Em 12 de abril de 2016 foi aprovada a portaria estadual 679/2016 que determina as estratégias que deverão ser desenvolvidas em cada unidade de saúde de gestão estadual. Dentre elas, a constituição de NSP, a elaboração do PSP e a implantação dos protocolos, seguindo as rotinas das técnicas padronizadas pelo MS (SESAPI, 2016).

Capucho e Cassiani (2013a) afirmam que segundo a OMS, o NSP é necessário nas diferentes instituições por tratar-se de uma das ações prioritárias do PNSP que contempla metas para gestão dos riscos envolvendo a assistência à saúde; a identificação correta de pacientes; a redução de infecções hospitalares e os erros em procedimentos cirúrgicos e medicamentosos, estando entre as nove soluções

para a segurança do paciente.

Em virtude dos aspectos mencionados, observar-se que é dever dos profissionais a redução da ocorrência de EAs, com o foco na melhoria dos processos de cuidado, no uso de tecnologias da saúde e na expansão de forma sistemática da cultura de segurança.

Portanto, torna-se relevante aprofundar o conhecimento acerca da temática proposta, tendo em vista informar a existência e importância do Núcleo de Segurança do Paciente com o intuito de contribuir para a melhoria da assistência prestada pelos profissionais, baseado nas informações a serem colhidas durante a pesquisa. O estudo ainda contribui para sensibilização dos profissionais de saúde, quanto às ações que regem o PNSP contribuindo para a melhoria e respaldo do serviço prestado.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Segurança do paciente

A Segurança do Paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” significa àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de vida do paciente, ou seja, o cuidado prestado de acordo com o que, no momento, foi julgado correto no atendimento diante das possibilidades apresentadas e da relação risco-benefício (ZAMBON; GALLOTTI; NOVAES, 2012).

Wennberg (2010) afirma que a segurança é um componente de grande importância na qualidade do cuidado. Sendo essencial para os pacientes e suas famílias e para os gestores e profissionais de saúde, no sentido de oferecer uma assistência segura. Os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos, representam uma elevada morbidade e mortalidade em todos os sistemas de saúde. Silva (2012) define evento adverso (EA) como danos não necessários e sem intenção resultante da assistência prestada, não relacionados à doença de base, que acarretam óbito ou prolongamento do tempo de internação nos pacientes afetados.

2.1.1 Protocolos

A portaria GM/MS nº 2.095/2013 aprovou os seis protocolos básicos definidos pela OMS. São eles: Cirurgia Segura; Prática de Higiene das Mãos; Prevenção de Úlceras por Pressão; Identificação de Pacientes; Prevenção de Quedas e Prescrição,

Uso e Administração de Medicamentos. Estes estão recomendados tanto nos desafios globais, quanto nas chamadas soluções de segurança para o paciente e constituem instrumentos obrigatórios nos NSP dos estabelecimentos de saúde, fazendo valer a RDC nº36/2013 da ANVISA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a, 2013b).

2.1.1.1 Cirurgia Segura

Conforme o Ministério da Saúde (2013a) o protocolo *Cirurgia Segura Salva Vidas* foi estabelecido pelo Departamento de Segurança do Paciente da OMS para reduzir o número de óbitos cirúrgicos em todo o mundo. O objetivo do programa é abordar questões importantes de segurança, incluindo as práticas de segurança anestésicas inadequadas, infecções de sítio cirúrgico preveníveis e a má comunicação entre membros da equipe. Tem a finalidade de determinar as medidas que serão implantadas para a redução da ocorrência de EAs, possibilitando o aumento da segurança na realização de cirurgias em locais e pacientes corretos.

Para isso é utilizada uma Lista De Verificação De Cirurgia Segura (LVSC) criada pela ANVISA em parceria com a OPAS/OMS, em 2009, que contém 10 itens a serem avaliados durante os procedimentos cirúrgicos. É em uma ferramenta que tem sido comprovadamente associada a reduções significativas nas taxas de complicações e mortalidade em diversos hospitais (OMS, 2010). Ela deverá ser aplicada em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos ou diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde. Uma atualização desta lista foi feita em 2012, pela própria OMS, com mudanças apenas na formulação das perguntas de modo a facilitar o uso de quem a estará utilizando (PORTO, 2014).

A lista é dividida em três fases que correspondem a três momentos do procedimento cirúrgico: antes da indução anestésica; antes da incisão cirúrgica e antes do paciente deixar a sala de cirurgia. Uma única pessoa deverá ser responsável pela checagem dos itens em cada fase e confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Se algum item não estiver conforme o esperado a cirurgia é interrompida e o paciente permanece na sala até que seja resolvido (OMS, 2014).

2.1.1.2 Prática de Higienização das Mãos

Conforme Lira et al. (2004) o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos”, pra uma maior abrangência do procedimento e agora inclui: higienização simples; higienização antisséptica; fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos que não está inclusa neste protocolo. Porém continua sendo a

medida individual mais simples e fácil para prevenir a propagação de infecções na assistência à saúde.

O protocolo tem a finalidade de criar e promover a higienização das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as IRAS, visando à segurança do paciente, dos profissionais e de todos os envolvidos no processo de cuidado. E deverão ser aplicadas em todas as instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados à saúde, independentemente do nível de complexidade, tendo em vista a necessidade deste procedimento exatamente onde o atendimento ocorre (ANVISA, 2007).

Santos et al. (2014) afirma que para evitar IRAS, as mãos devem ser higienizadas em cinco momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais que podem causar transmissão cruzada pelas mãos, sendo eles: Antes de tocar no paciente; antes de realizar um procedimento limpo e séptico; após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente.

2.1.1.3 Prevenção de Úlcera por Pressão

Segundo a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) (2016), o termo “úlcera por pressão” foi alterado em abril deste ano, 2016, para “lesão por pressão” (LPP) pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão.

Para o Ministério da Saúde (2013c) este protocolo tem por finalidade prevenir a ocorrência de LPP e outras lesões da pele resultante da longa permanência em hospitais. A LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, devido ao prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis. Além de causar dano considerável aos pacientes, dificultando o processo de recuperação, causando dor e o desenvolvimento de infecções graves, sepse e morte.

Para a prevenção das lesões, é recomendada a adoção de uma estratégia com seis etapas, sendo elas: Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes para identificar com o intuito de verificar do risco de desenvolvimento de LPP e detectar a existência de lesões já instaladas; Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de todos os pacientes internados permitindo aos profissionais de saúde ajustar suas estratégias conforme as necessidades; Inspeção diária da pele, que deve ser realizada da cabeça aos pés para evitar que as lesões existentes evoluam ou que novas lesões apareçam; Controle da umidade, mantendo o paciente seco e com a pele hidratada; otimizar a nutrição e hidratação, pois pacientes com

perda de peso tem os ossos mais salientes e deambulação mais difícil; e minimizar a pressão realizando a distribuição o peso do corpo, principalmente as proeminências ósseas, com mudança de decúbito a cada duas horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c).

2.1.1.4 Identificação de Paciente

Este protocolo tem a finalidade de garantir a redução nos erros de identificação do paciente que podem ocorrer na admissão, no diagnóstico, no tratamento e até na saída do paciente (alta). Por isso, a identificação correta é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

De acordo com Hoffmeister e Moura (2015) alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência; mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição. Com isso, o protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos terapêuticos e/ou diagnósticos.

Segundo Smith et al. (2011) para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. Na pulseira são colocados nome completo e número do prontuário de caneta esferográfica com letra legível. Os profissionais devem checar as identificações antes da administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, coleta de amostras para testes clínicos e na realização de tratamentos ou procedimentos. Não deve utilizar o número do leito como identificação, pois o paciente pode ter trocado de lugar sem que ninguém saiba.

2.1.1.5 Prevenção de Quedas

As quedas e as lesões relacionadas a quedas são um desafio para toda organização que presta cuidado de saúde. É uma das principais causas de lesões em hospitais e se encaixa entre os eventos adversos mais dispendiosos e preocupantes para a área da segurança do paciente (TREPANIER; HILSENBECK, 2014). O protocolo de prevenção de quedas visa reduzir a ocorrência no ambiente hospitalar por meio da implantação e implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (INTO, 2013).

Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores

vinculados a condição da pessoa e ao ambiente físico. Entre os fatores relacionados ao paciente temos: idade avançada (acima de 85 anos), histórico de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural. Com relação aos fatores ambientais, podem ser citados: piso escorregadio, objetos largados no chão, altura inadequada da cama (STAGGS; DUNTON, 2013).

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas, como: avaliação do risco de queda; identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira; revisão periódica da medicação; atenção aos calçados utilizados pelos pacientes; educação dos pacientes e dos profissionais; revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas (HOSPITAL SAMARITANO, 2008).

2.1.1.6 Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde é o foco principal deste protocolo. É de suma importância que se saiba a origem dos erros e suas principais causas no intuito de definir as ações necessárias para evitá-los. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas fatores que contribuem para o aumento destes danos. Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância, que possuem maior potencial de provocar danos no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade sendo necessária a adoção de protocolos específicos (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2013).

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Reis (2010) explica que quanto às práticas seguras para prescrição de medicamentos podemos classificar como: urgência/emergência onde geralmente é dose única e precisa ser feita imediato; *Pro re nata* ou se necessário que ocorre quando o medicamento prescrito deve ser administrado de acordo com o que o paciente está sentindo (dor, náuseas); baseada em protocolos que seguem um padrão muito comum em quimioterapia; padrão que é iniciada e o tratamento só terminam quando quem prescreveu o interrompe; padrão com data para acabar, bastante usada em prescrições de antimicrobiano e verbal que só deve ser utilizada em situações de emergência, com a prescrição escrita posteriormente.

2.1.2 Núcleo de Segurança do Paciente

De acordo com o previsto na portaria MS/GM nº 529/2013 e na RDC nº 36/2013, os NSP são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente. Existe diferença entre o núcleo hospitalar e o não hospitalar. Na atenção básica, dependendo do gesto local, o núcleo pode ser único para todas as UBS's. Já na instituição hospitalar, são individuais e devem atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, numa espécie de parceria (BRASIL, 2014b).

A necessidade do NSP nas diferentes instituições é uma das ações prioritárias do PNSP que contempla metas para gestão dos riscos envolvendo a assistência à saúde; a identificação correta de pacientes; a redução de infecções hospitalares; e os erros em procedimentos cirúrgicos e medicamentosos, estando entre as nove soluções para a segurança do paciente (CAPUCHO; CASSIANI, 2013b).

Segundo o Ministério da Saúde (2013b) deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, capacitada em qualidade e segurança do paciente e ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. É interessante que seja composto por membros da própria organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. Deve contar, preferencialmente, com representantes que tenham experiência nas áreas de controle de infecção, gerência de risco, epidemiologia, qualidade, microbiologia, farmácia hospitalar, segurança do paciente entre outras.

2.1.3 Plano de Segurança do Paciente

O PSP é o documento que contém situações de risco e descreve as estratégias e ações que foram definidas pelo NSP visando à prevenção e redução de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente. A implantação do PSP tem o intuito de reduzir a probabilidade de ocorrência de EAs e deve ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2014b).

Conforme a RDC nº 36/2013, a elaboração do PSP é obrigatório e serve como um roteiro para que sejam estabelecidas ações de promoção a segurança e a qualidade dos trabalhos nos serviços de saúde. Deve ser um plano preciso com estratégias voltadas para a realidade local, contendo um cronograma de atividades a serem realizadas e seus respectivos responsáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). O NSP deve verificar se protocolos com os mesmos objetivos daqueles publicados pelo MS estão compreendidos no plano e implantados na sua instituição

e avaliar se devem ser substituídos ou adaptados de acordo com a legislação em vigor (BERNARDES, 2013).

Segundo Brasil (2014a) os indicadores são uma ferramenta importante avaliar a evolução e o desempenho dos processos desempenhados pelo NSP. Acompanhar os indicadores dos protocolos permite avaliar o alcance de metas de qualidade e segurança do paciente e comparar o desempenho identificando oportunidades de melhoria e boas práticas. É importante que o PSP englobe o maior número de estratégias do MS e ANVISA, porém, devendo sempre considerar a realidade da instituição, os recursos disponíveis e as atividades de cada setor podendo conter também, ações diferentes das que são previstas na RDC nº 36/2013.

3 | CONCLUSÃO

A presente pesquisa evidencia os aspectos relativos à segurança na assistência prestada aos pacientes da instituição hospitalar. O hospital possui um NSP atuante e que aos poucos vem sendo aceito pelos profissionais mais resistentes. O mesmo tem o importante papel de agir como a instância responsável pela prevenção, controle e redução de EA's promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade na assistência prestada. A instituição em questão possui cinco dos seis protocolos determinados pelo PNSP com exceção do protocolo de cirurgia segura. Porém, faz-se necessário a implantação do mesmo no centro cirúrgico a fim de assegurar que todas as diretrizes estabelecidas pelo MS sejam efetuadas, garantindo assim a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado seguro ao paciente em todos os âmbitos.

Através desse estudo, conclui-se que apesar de muitos resultados positivos, ainda há uma resistência por parte dos profissionais em aceitar as propostas desenvolvidas pelo núcleo, acreditando que a segurança não faz parte de suas responsabilidades. Portanto, a mudança no modo como os profissionais enxergam os erros e as notificações como algo positivo para o seu aprendizado, é fundamental para a propagação da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007.

BERNARDES, R. **Os avanços se refletem na aprovação de protocolos e na criação do Comitê de Implementação do PNSP**. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Agosto de 2013. Disponível em <http://proqualis.net/noticias/programa-nacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-j%C3%A1-tem-hist%C3%B3ria-para-contar>. Acesso em: 18 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2014a. 40 p.: il.

CAPUCHO, H. C; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p: 791-8, 2013a.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. **Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.23, n.1, p: 36-43, 2015. Disponível em: 10.1590/0104-1169.0144.2522. Acesso em 25 de novembro de 2016.

HOSPITAL SAMARITANO. **Protocolo assistencial multidisciplinar prevenção e tratamento de queda**. São Paulo, 2008.

HOSPITAL SÍRIO- LIBANÊS. **Segurança no Processo de Medicação: unidades de Internação**. São Paulo, 2013.

INTO. **Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. Brasil, Rio de Janeiro, 2013.

LIRA, M. C.; et al. **Higienização das Mãos**. In: HINRICHSEN, S. L. Biossegurança e Controle de Infecções. Risco Sanitário Hospitalar. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004. Cap.6, p: 38-43.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União 2013a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União 2013a.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. Anvisa/ Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União 2013b.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS), 1ª edição**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009/ Organização Mundial da Saúde Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 – Cirurgia Segura Salva Vidas**; tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 20 p.

PORTO, K. L. H. **A segurança do paciente na utilização do checklist**. Rev. Enfermagem Revista. v. 17, n. 2. Belo Horizonte, 2014. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12876>. Acesso em: 25 de novembro de 2016.

REIS, A. M. M. et al; **Perfil de medicamentos envolvidos com erros de administração: conhecer para prevenir**. Rev. Acta Paul Enferm. v. 23, n.2, p: 181-186; 2010.

SANTOS, T. C. R.; et al. **Hand hygiene in hospital environments: use of conformity indicators**. Rev Gaúcha Enferm. v. 35, n. 1, p:70-77, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.40930>. Acesso em 25 de novembro de 2016

SESAPI, SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ. Portaria Sesapi nº 679/2016, determina as ações para

implantação dos núcleos de segurança do paciente. Piauí, 2016. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/309/Plano_par... pdf. Acesso em 04 de julho de 2017.

SILVA, L. D. **Segurança do paciente no contexto hospitalar**. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p: 291-2, 2012. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a01.pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2016.

SMITTH, A. F. et al.; **Uso de pulseiras para reduzir a identificação incorreta de pacientes: uma análise de tarefas guiada pela etnografia**. Int J Qual Health Care; v. 23, n.5, p: 590–599, 2011. Disponível em 10.1093/intqhc/mzr045. Acesso em 25 de novembro de 2016.

SOBEST. **Classificação das Lesões Por Pressão-Consenso Npuap 2016**. *Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE*. Disponível em <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em 25 de novembro de 2016.

STAGGS, V. S.; DUNTON, N. **Associações entre as taxas de quedas de pacientes desassistidos e os contingentes de enfermeiros e técnicos de enfermagem**. Int J Qual Health Care; v. 26, n.1, p: 87-92, 2013. Disponível em: 10.1093/intqhc/mzt080. Acesso em 25 de novembro de 2016.

TREPANIER, S.; HILSENBECK, J. **Uma abordagem do sistema hospitalar para diminuir quedas com lesões e custos**. Rev. Nurs Econ; v. 32, n.3, p:135-141, 2014.

WENBERG, J. E. **Tracking medicine a researcher's quest to understand health care**. NY: Oxford University Press; 2010.

ZAMBON, L. S.; GALLOTTI, R. D.; NOVAES, H. M. D. **Introdução à Segurança do Paciente**. PROQUALIS/ICT/FIOCRUZ, Rio De Janeiro; 2012. Disponível em <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/000004840Sy61.ppt>. Acesso em 25 de novembro de 2016.

COMPORTAMENTO SUICIDA EM UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 03/12/2019

Nanielle Silva Barbosa

Enfermeira pela UESPI, Pós graduanda em Saúde Pública, Saúde da Família e Docência do Ensino Superior pela IESM
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/1573380751471631>

Kauan Gustavo de Carvalho

Enfermeiro pela UESPI, Pós graduando em Saúde Pública, Saúde da Família e Docência do Ensino Superior pela IESM
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/9752147303031535>

Lorena Uchoa Portela Veloso

Enfermeira pela UFPI, Doutoranda em Enfermagem pela UFPI.
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/4588959423490299>

Kayron Rodrigo Ferreira Cunha

Enfermeiro pela UESPI, Pós graduando em Saúde Pública, Saúde da Família e Docência do Ensino Superior pela IESM
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/4729591385356319>

Laércio Bruno Ferreira Martins

Graduado em Fisioterapia pela UESPI
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/5999162888694815>

Francisco Florêncio Monteiro Neto

Enfermeiro pela UESPI, Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UFPI
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/3918514337860721>

Deise Mariana Aguiar da Costa

Enfermeira pela UESPI, Pós graduanda em Urgência e Emergência pela GIANNA BERETTA
São Luís, Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/4919421522003824>

Maria da Conceição Lopes de Oliveira

Enfermeira pela AESPI/FAPI
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/2576734306022252>

Vanessa Maria Oliveira Viana

Enfermeira pela UFPI, Pós graduanda em Saúde da Família pela UNIDIFERENCIAL
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/2367002236398261>

Maria Letícia Silva Duarte

Graduanda em Serviço Social pela CHRISFAPI
Piripiri, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/4919421522003824>

Palloma de Sousa

Graduanda em Nutrição pela Estácio
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/8155483976599306>

Alana de Sena Rocha

Enfermeira pela UFPI, Pós graduanda em Urgência e emergência pela UNINOVAFAPI
Teresina, Piauí
<http://lattes.cnpq.br/497754370923247>

RESUMO: INTRODUÇÃO: Estudos que abordam o suicídio em grupos específicos revelam-se importantes por permitirem o planejamento de estratégias voltadas para a prevenção e intervenção adequadas de acordo com as necessidades identificadas. Um dos grupos onde o fenômeno suicídio apresenta relevante magnitude e intensidade são os estudantes universitários. **OBJETIVOS:** Identificar, através de revisão da literatura, os fatores relacionados ao em universitários, pontuando estratégias necessárias de prevenção. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. A busca de artigos incluiu pesquisa em bases eletrônicas e busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas. A base eletrônica pesquisada foi a Biblioteca Virtual em Saúde BVS. Foram utilizadas as palavras-chaves: saúde mental, suicídio e comportamento suicida em universitários. O período de abrangência foi entre janeiro de 2012 a fevereiro de 2018. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram identificados 220, após leitura dos resumos, restaram 20 artigos que foram utilizados para elaboração desse artigo. O período da graduação é caracterizado por desafios e incertezas, pode originar vários problemas de saúde mental, entre eles a presença do comportamento suicida. Essa ampla gama de mudanças pode afetar todos os níveis de suas vidas, independentemente do seu contexto sociocultural. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Tais achados se constituem tanto como um diagnóstico para que as instituições de ensino superior promovam ações de prevenção e enfrentamento a essas questões, como também para que os profissionais de saúde que atuam dentro do campus ou os que assistem os estudantes fora dele, tenham ciência da importância de medidas que visem identificar e minimizar tal situação.

PALAVRAS-CHAVE: “Saúde Mental”; “Suicídio” and “Comportamento suicida em universitários”.

UNIVERSITY SUICIDE BEHAVIOR: NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: INTRODUCTION: Studies that address suicide in specific groups are important because they allow the planning of strategies aimed at the appropriate prevention and intervention according to the identified needs. One of the groups where the suicide phenomenon presents relevant magnitude and intensity is the university students. **OBJECTIVES:** To identify, through a literature review, the factors related to undergraduate students, punctuating necessary prevention strategies. **METHODOLOGY:** This is a study of narrative literature review. The search for articles included electronic search and manual search for citations in the initially identified publications. The researched electronic base was the Virtual Health Library VHL. We used the keywords: mental health, suicide and suicidal behavior in college students. The coverage period was from January 2012 to February 2018. **RESULTS AND**

DISCUSSION: We identified 220, after reading the abstracts, left 20 articles that were used for the preparation of this article. The undergraduate period is characterized by challenges and uncertainties, can lead to various mental health problems, including the presence of suicidal behavior. This wide range of changes can affect every level of your life, regardless of your sociocultural context. **FINAL CONSIDERATIONS:** These findings constitute both a diagnosis for higher education institutions to promote prevention and coping with these issues, as well as for health professionals working on campus or assisting students outside the campus, be aware of the importance of measures to identify and minimize such a situation

KEYWORDS: “Mental health”; “Suicide” and “Suicidal behavior in college students.”

1 | INTRODUÇÃO

O suicídio pode ser caracterizado como uma ação deliberada, intencional, consciente, mesmo que haja ambivalência, executada pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, usando um meio que acredita ser letal. Os comportamentos suicidas podem ser classificados em quatro categorias: a ideação suicida, o plano, a tentativa de suicídio e suicídio consumado (SANTA; CANTILINO, 2016).

Para Ores et al. (2012) ideias, desejos, declarações sobre querer morrer, planejamento da morte e o pensamento sobre como tal atitude iria influenciar as pessoas também fazem parte do espectro de comportamento suicida. Frequentes ou pouco frequentes, essas ações normalmente procuram resolver algo insuportável para o indivíduo e aparecem em escala de gravidade. Este gradiente vai desde a concepção até a consumação do suicídio.

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800 mil pessoas se suicidam no mundo anualmente, o que equivale a uma pessoa a cada 40 segundos, com uma taxa de 10,7 mortes a cada 100 mil habitantes. Diante desses números estima-se que até o ano de 2020 poderá ocorrer um aumento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo, sendo que o número de vidas perdidas desta forma, a cada ano, ultrapassa o número de mortes decorrentes de homicídio e guerra combinados (ABP, 2014).

Estudos que abordam o suicídio em grupos específicos revelam-se importantes por permitirem o planejamento de estratégias voltadas para a prevenção e intervenção adequadas de acordo com as necessidades identificadas. Um dos grupos onde o fenômeno suicídio apresenta relevante magnitude e intensidade são os estudantes universitários.

Informações relacionadas ao comportamento suicida em universitários ainda são restritas e escassas. Estudo internacional apontou que, durante os anos universitários, 12% dos estudantes experimentaram pensamentos suicidas,

com 2,6% deles expressando ideiação persistente (WILCOX et al., 2010). Em pesquisa realizada pela American College Health Association afirmou-se que 3,7% dos estudantes consideraram seriamente suicídio nos últimos 12 meses e 1,5% pensaram em ter suas próprias vidas nas duas semanas anteriores à coleta dos dados (PEREIRA; CARDOSO, 2015).

Para Ramis et al. (2013) o ingresso no ensino superior ocorre uma série de mudanças no convívio social e atividades cotidianas, o que gera maior autonomia e liberdade ao estudante, ao mesmo tempo que surgem novas responsabilidades frente às cobranças acadêmicas.

Diversos são os fatores que têm sido apontados na literatura associados à ideiação suicida, o que demonstra ser esse um evento multifatorial ou multidimensional. Aspectos mais subjetivos como desesperança, impulsividade, agressividade, percepção do corpo, dificuldades de comunicação e falta de pertencimento social têm sido apontados como possíveis fatores que desencadeiam o processo de ideiação suicida. Outros aspectos como: variáveis demográficas e socioeconômicas, orientação sexual, prática religiosa, comportamento suicida na família e entre amigos, consumo de álcool e sintomas depressivos também têm ganhado relevância na literatura (KELLER; GUEVARA, 2005).

Conforme Pereira e Cardoso (2015) a divulgação de informações sobre o tema devem embasar estratégias de enfrentamento que permitam aos estudantes vivenciar a academia de forma mais confortável. Caso contrário, as mudanças e desafios que os alunos enfrentam podem trazer intenso sofrimento psicológico e, no extremo, levá-los, como estratégia de fuga, ao suicídio.

Embora se tenha conhecimento sobre diretrizes e intervenções voltadas para o suicídio, a falta de planejamento, inabilidade para a gestão do risco, indisponibilidade de recursos, tabu e o estigma, assim como a dificuldade enfrentada pelo indivíduo em buscar ajuda, condicionam barreiras para a prevenção. Sendo assim é necessário o desenvolvimento, planejamento e implementação de políticas e ações conjuntas do governo, dos profissionais da saúde e dos pesquisadores para que se alcance uma compreensão mais abrangente do comportamento suicida (ABP, 2014).

A motivação principal para a realização desta revisão decorreu da presença significativa de suicídios em universitários, o enfoque do tema na graduação, da necessidade prática dessa temática em qualquer cenário da saúde e do interesse crescente pelo tema identificado pelos autores em suas práticas acadêmicas. Este estudo propõe responder algumas questões e contribuir com melhores práticas profissionais relacionadas ao tema. Logo, tem como objetivo identificar, através de revisão da literatura, os fatores relacionados ao em universitários, pontuando estratégias necessárias de prevenção.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. Revisões narrativas são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e ou eletrônicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012).

A pergunta de pesquisa foi: quais os fatores relacionados ao comportamento suicida em universitários? A busca de artigos incluiu pesquisa em bases eletrônicas e busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas. A base eletrônica pesquisada foi a Biblioteca Virtual em Saúde BVS. Foram utilizadas palavras-chaves em português. O período de abrangência foi entre janeiro de 2012 a fevereiro de 2018.

Para a busca dos artigos utilizou-se os descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde: saúde mental, suicídio e comportamento suicida em universitários. Os títulos e os resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica foram revisados.

Com base nesta ação, foi criada uma lista de artigos para serem incluídos no estudo. Os resumos foram compilados e direcionados segundo os objetivos para a construção do artigo. Os critérios de inclusão foram: serem artigos de pesquisa, estudos de caso e revisões sistemáticas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando ser uma revisão narrativa da literatura, esta pesquisa propõe destacar a importância de observar a presença de universitários que apresentaram fatores de risco para o comportamento suicida, como sintomatologias depressivas e ansiosas e uso de substâncias psicoativas, sem, no entanto, haver o desenvolvimento de ações planejadas de prevenção ao suicídio (SMITH et al., 2014).

No período entre 2012 e 2018 na base de dados BVS foram identificados 220, após leitura dos resumos, foram selecionados 20 artigos. Os principais motivos para exclusão dos artigos foram artigos incompletos.

Dos 20 artigos analisados, 14 dos estudos apresentam desenho transversal, 9 de análise retrospectiva dos dados e 11 estudos apresentam desenho transversal com abordagem qualitativa. Dentre os estudos selecionados, todos realizaram comparações da orientação de vida de acadêmicos com e sem comportamentos de risco para a saúde. Encontraram-se estudos originários dos 2 continentes, com destaque para publicações norte-americanas e brasileiras.

Sendo esse entendido como um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Podendo também ser definido como o ato humano de causar a cessação da própria vida. Dada a sua complexidade, é compreendido como um fenômeno multidimensional, resultado da interação de diferentes fatores desde os ambientais e sociais até os genéticos, biológicos e fisiológicos que assume significados diversos que variam conforme a subjetividade de cada pessoa (PERES et al., 2016).

Já ideação ocorre quando há pensamentos que fomentam o desejo de dar fim à sua vida e esta pode vir acompanhada com plano de ação para deliberar o ato suicida. Já a tentativa compreende atos realizados por indivíduos com a intenção de tirar sua própria vida e cujo desfecho não chega ao óbito. Sendo geralmente relacionada à impossibilidade de encontrar métodos viáveis para a solução de seus problemas e sofrimentos, optando pela morte como resposta. O suicídio seria justamente o ato do indivíduo que já possui a intenção e provoca a própria morte (MINAYO et al, 2016).

As tentativas de morte autoinfligida têm impacto significativo em nível individual e familiar, especialmente pelo impacto psicológico e físico que as acompanham. Mas também elas influenciam a sociedade no nível comunitário e institucional, com destaque para a utilização de serviços de saúde para tratar as consequências decorrentes da tentativa e as incapacidades ou deficiências decorrentes das lesões ocorridas (ZANA; KOVACS, 2013).

Conforme Organização mundial de Saúde em todo o mundo, uma morte autoinfligida é pensada, preparada e antecedida por tentativas. Existem suicídios por impulso, mas são raros. O suicídio fatal se encontra entre as dez principais causas de óbito no mundo atingindo principalmente jovens e jovens adultos, o que tem impacto social, econômico, familiar, comunitário e nas sociedades (WHO, 2015).

Os diferentes e possíveis fatores associados à ideação suicida podem se apresentar durante o ingresso na universidade, considerado um momento ímpar da vida, onde diversas transformações estão ocorrendo, que são os desafios próprios do processo de desenvolvimento pessoal, social e acadêmico, estes demandam maturidade e autonomia para tomada de decisões frente às determinações rígidas do ambiente acadêmico (NYER et al., 2013). Segundo Dutra (2012) o distanciamento familiar e entrada em um ambiente não familiar, com altos padrões acadêmicos, podem causar depressão ou altos níveis de angústia.

De acordo com Gonçalves, Freitas e Sequeira (2011) esse período, caracterizado por desafios e incertezas, pode originar vários problemas de saúde mental, entre eles a presença do comportamento suicida. Essa ampla gama de mudanças pode afetar todos os níveis de suas vidas, independentemente do seu contexto sociocultural (PEREIRA; CARDOSO, 2015).

Esta experiência também pode expô-los a situações estressantes que podem ter um impacto sócio-emocional e acadêmico. Um estudo direcionado para a análise da prevalência de ideação e condutas suicidas em 460 estudantes, de uma universidade chilena, demonstrou altas taxas: 84,8% e 82,8%, respectivamente, nos seis meses anteriores a pesquisa. Ressaltou-se que 21,1% desses alunos tinham, como antecedentes, histórico familiar de ideação suicida (MICIN; BAGLADI, 2011).

Já uma pesquisa realizada no nordeste do Brasil obteve, dentre os 637 estudantes universitários, uma prevalência de 7,5% para a tentativa de suicídio e 52,5% para a ideação suicida (DUTRA, 2012).

Pereira e Cardoso (2015) discutem que as variáveis acadêmicas são significativamente importantes para os estudantes. Quando estudam em seus cursos favoritos, apresentam níveis mais baixos de depressão se comparados aos que escolhem o curso devido pressão familiar ou à capacidade de encontrar emprego futuramente.

O uso abusivo de álcool e outras drogas é um problema de saúde pública global. Micin e Bagladin (2011) apontaram em sua pesquisa que esse consumo apresenta-se como um fator de risco importante para o desenvolvimento de transtornos mentais que podem levar ao comportamento suicida.

Ao ingressar na universidade, o estudante pode ser alvo das chamadas praxes acadêmicas, conhecidas no Brasil como trotes acadêmicos. Vários autores assumem que essas praxes configuram rituais de transição entre o ensino médio e superior. O desejo de entrar para um novo grupo atenua o sentimento de identidade pessoal o que conduz à submissão e conformismo. A tendência para o agravamento de algumas práticas pode converter as atividades de praxe em situações de *bullying* (ZUIN, 2002).

Alguns autores consideram as atividades de praxe como geradoras de ansiedade, abusivas, desnecessárias e humilhantes que podem, por vezes, apresentar atitudes de violência física e psicológica que atentam contra a dignidade humana (MARTINS et al., 2015). Essas práticas, dependendo de suas intenções, podem contribuir para o desenvolvimento de sintomatologias psiquiátricas que podem influenciar na adoção de comportamentos suicidas.

Dutra (2012) traz ainda o estresse como um fator significativo. Estima-se que perdas interpessoais, conflitos familiares ou amorosos estão presente em 70% dos casos de tentativas de suicídio e de suicídio. Essa compreensão, aliada a um senso de responsabilidade, tornam o adolescente e o adulto jovem mais suscetível ao estresse associado à escola, estudos ou problemas sociais.

O risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas. Estudos

demonstram que cerca de 70% dos indivíduos buscam os serviços de saúde até três meses antes das tentativas de suicídio (SILVA et al., 2015). Assim, pode-se considerar que o reconhecimento e identificação dos fatores de risco em um atendimento é imprescindível para auxiliar o indivíduo que pensa no suicídio a romper com o ciclo de desespero em que se encontra.

As dificuldades para se obter estatísticas de tentativas de suicídio são ainda maiores que as encontradas para se avaliar o suicídio. Este é sabidamente influenciado por questões de ordem religiosa e financeira, não recebimento de seguro de vida, impactando a qualidade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Para o suicídio, considera-se que a taxa de subnotificação seja ainda mais elevada que as associadas a outras causas externas (VIDAL; GONTIJO, 2013).

A obtenção de dados epidemiológicos contribui para a construção de políticas públicas eficazes para a prevenção do suicídio. Os objetivos inclusos nessas políticas devem abranger a informação da população leiga sobre quais são os sinais de alerta para o risco de suicídio e a capacitação de profissionais de saúde da rede básica, considerando que, muitos suicidas procuram atendimento médico nas semanas que antecedem sua morte. Este tipo de treinamento pode reduzir o número de suicídios em 22-73% (RHEINREIMER; KUNZ, 2015).

O acesso ao atendimento em saúde mental deve ser facilitado. Outra medida que demonstra impacto na redução do número de suicídios é a restrição do acesso a meios considerados potencialmente letais, como, por exemplo, a diminuição do tamanho das embalagens de certos medicamentos, a modificação do gás de cozinha, o uso de catalisadores em automóveis para impedir a intoxicação com monóxido de carbono, a restrição do acesso a armas de fogo, adoção de grades de proteção para altura em locais públicos, entre outros (MORAES et al., 2016).

Segundo Santos et al. (2017) achados que referenciem o comportamento suicida em universitários se constituem tanto como um diagnóstico situacional para que as instituições de ensino superior promovam ações de prevenção e enfrentamento a essas questões, como também para que os profissionais de saúde que atuam dentro dos campi ou fora deles, tenham ciência da importância de medidas que visem identificar e minimizar a situação.

Partindo do pressuposto de que a ideia de retirar a própria vida pode ser manifestada por meios verbais e não verbais, desde o planejamento até a tentativa, é possível que os docentes consigam identificar os pensamentos e mudanças comportamentais em seus alunos. Estes devem intervir da melhor forma possível na prevenção desses comportamentos, buscando dialogar com o aluno, a fim de lhe fornecer conforto e segurança, evitando uso de expressões moralistas e preconceituosas (CFP, 2013). 06575014330

Assim, identificar os fatores associados à presença de ideação suicida

em universitários pode constituir uma importante ferramenta para que ações de prevenção e proteção sejam planejadas, tanto por parte dos gestores da universidade quanto das equipes de saúde que assistem a esse público dentro e fora do campus (SANTOS et al., 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser irreversível, a prevenção do suicídio faz-se por meio da diminuição dos fatores de risco. Portanto, enfatiza-se a relevância desta revisão com o objetivo de detectar precocemente a ideação suicida para que possam ser traçadas estratégias de intervenção que embasem políticas públicas educacionais voltadas para a saúde mental dos jovens estudantes.

A universidade deve ser um local de formação, saúde e bem-estar. São várias as instituições de ensino superior que têm desenvolvido esforços no sentido de criar gabinetes de apoio psicopedagógico e programas que visem a prevenção do suicídio em meio acadêmico. Os professores podem desempenhar um papel muito importante na detecção precoce de estudantes com problemas psicológicos e no diagnóstico de jovens em risco, contribuindo desta forma para que os mesmos possam ser antecipadamente encaminhados para serviços especializados.

A criação de protocolos que sirvam de guia para os profissionais da saúde para a tomada de decisões e o manejo do paciente suicida, tanto em nível hospitalar como em nível ambulatorial, melhoraria a captação e inclusão do paciente com conduta suicida na rede de saúde e seu seguimento pelos profissionais da saúde comunitária, no intuito de prevenir novas tentativas de suicídio.

Tais achados se constituem tanto como um diagnóstico para que as instituições de ensino superior promovam ações de prevenção e enfrentamento a essas questões, como também para que os profissionais de saúde que atuam dentro do campus ou os que assistem os estudantes fora dele, tenham ciência da importância de medidas que visem identificar e minimizar tal situação.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio**: informando para prevenir. Comissão de estudos e prevenção do suicídio. Brasília, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Suicídio e os desafios da Psicologia**. 1ª Ed. 152p. Brasília: 2013.

DUTRA, E. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 924-937, 2012.

FREITAS, P.; SEQUEIRA, C. Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: fatores de risco e de proteção. **Millenium**, Viseu, v.40, p.149-159, 2011.

KELLER, M.; GUEVARA, S. Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.54, n.2, p.128-136, 2005.

MARTINS, M.J. et al. **O que pensam os estudantes de enfermagem sobre as praxes acadêmicas?**. Atas do XII Colóquio Internacional de Psicologia e Educação. 1ª Ed. Lisboa: ISPA, 2015.

MICIN, S.; BAGLADI, V. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. **Terapia Psicológica**, Santiago, v.29, n.1, p. 53-64, 2011.

MINAYO, M.S et al. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. **Estudos de psicologia**, Campinas. Natal, vol.21, n.1, p.36-45, 2016.

MORAES, S. M. et al. Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.29, n.6, p. 643-649, 2016.

NYER, M. *et al.* Factors that distinguish college students with depressive symptoms with and without suicidal thoughts. **Ann Clin Psychiatry** (Online), v.25, n.1, p. 41–49, 2013.

ORES, L.C. et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 305- 312, 2012.

PEREIRA, A.; CARDOSO, F. Ideação suicida em estudantes universitários: prevalência e associação com a escola e o gênero. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.25 n.62, p. 299-306, 2015.

PERES, A.L.P.et al. Morte silenciada: O suicídio e a representação social. **Revista Ambiente acadêmico**. Espírito Santo, v.2, n.1, 2016.

RAMIS, T.R. et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: Prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.15, n.2, p.376-385, 2013.

RHEINREIMER, B.; KUNZ, M. Atenção ao suicídio. **Clinical & Biomedical Research**, Porto Alegre, v.35, n.3, p.123-125, 2015.

SALLUM, A.C.M; GARCIA, D.M; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.especial, p.150-54, 2012.

SANTA, N. D.; CANTILINO, A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v.40, n.4, p.772-780, 2016.

SANTOS, H.G.B. et al. Fatores associados à presença de ideação suicida em universitários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, n.especial, 2017.

SILVA, L. T. T. et al. O suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São Joao del-Rei, v.5, n.3, p. 1871-1884, 2015.

SMITH, A.R. et al. An assessment of suicide related knowledge and skills among health professionals. **Health Psychol.** Washington DC, v.33, n.2, p.110-19, 2014.

VIDAL, C.; GONTIJO, E.L. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.108-114, 2013.

WHO, World Health Organization: preventing suicide (Supre): **World Health Organization**; Geneva, 2015.

WILCOX, H.C. et al. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. **Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v.49, n.5, p.514-523, 2010.

ZANA, A.R.O; KOVACS, M.J. O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. Revista **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.3 p.887-892, 2013.

ZUIN, A.S. O trote no curso de pedagogia e a prazerosa integração sadomasoquista. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.23, n.79 , p.243-254, 2002.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 01/02/2020

Carolina Falcão Ximenes

Enfermeira. Profa. do curso de enfermagem da Faveni - Faculdade Venda Nova do Imigrante e doutoranda no Departamento de Ciências Fisiológicas da Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/3613329548109549>

Gustavo Costa

Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Ciências Fisiológicas
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/1565084255418826>

Magda Ribeiro de Castro

Enfermeira. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/6810603722774269>

Paula de Souza Silva Freitas

Enfermeira. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/6676352092840927>

deste estudo é refletir sobre a implicação da carga de trabalho e o atual dimensionamento de enfermagem, que se faz imprescindível para uma boa qualidade da assistência. Este artigo tem como objetivo identificar a possível relação do dimensionamento pessoal de enfermagem e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. **Método:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica considerando as contribuições de diversos estudos realizados sobre a implicação da carga de trabalho e o dimensionamento de enfermagem, procurando enfatizar a importância de um adequado dimensionamento de recursos humanos com relação à avaliação de uma real carga de trabalho relacionado à assistência de enfermagem e suas especificidades. **Resultados:** Estudos demonstraram muitas fragilidades e desafios da enfermagem brasileira com relação ao dimensionamento de pessoal do país. Observou-se que à uma redução das proporções de profissionais recomendadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), para a categoria enfermeiro, em relação ao total de trabalhadores de enfermagem. Além disso, as horas de assistência mensuradas são superiores às preconizadas. **Conclusão:** Conclui-se como um desafio para enfermagem um adequado dimensionamento de pessoal em

RESUMO: Introdução: A preocupação básica

detrimento da grande variabilidade e especificidade das atividades realizadas. Tendo em vista suas adequações, com a finalidade de proporcionar melhores condições de trabalho e consequente melhoria da assistência de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Dimensionamento; Enfermagem; Adulto; Carga de Trabalho

SIZING NURSING STAFF IN INTENSIVE CARE UNIT: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The basic concern of this study is to reflect on the implications of the workload and the current dimension of nursing, which is essential for a good quality of care. This article aims to identify the possible relationship between nursing personal dimensioning and workload in an adult intensive care unit (ICU). **Method:** A bibliographic research was carried out considering the contributions of several studies carried out on the implication of the workload and the dimensioning of nursing, seeking to emphasize the importance of an adequate dimensioning of human resources in relation to the evaluation of a real workload related nursing care and its specificities. **Results:** Studies have shown many weaknesses and challenges in Brazilian nursing in relation to the dimensioning of the country's personnel. It was observed that there was a reduction in the proportions of professionals recommended by the Federal Nursing Council (COFEN), for the category of nurse, in relation to the total number of nursing workers. In addition, the measured assistance hours are longer than recommended. **Conclusion:** It is concluded as a challenge for nursing an adequate dimensioning of personnel in detriment of the great variability and specificity of the activities performed. In view of their adaptations, in order to provide better working conditions and consequent improvement in nursing care.

KEYWORDS: Dimensioning; Nursing; Adult; Workload

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema o dimensionamento pessoal de enfermagem em terapia intensiva com relação aos cuidados de clientes adultos.

Verificou-se que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar que se destina ao atendimento de pacientes em estado agudo ou crítico com instabilidade de funções vitais e que requerem assistência de uma equipe multidisciplinar (CAR, 1986).

É nesse cenário que o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, enquanto instrumento gerencial para a assistência de qualidade necessita ser investigado, a fim de proporcionar um quadro de pessoal adequado às demandas da clientela e instituição (GAIDZINSKI, 1998).

Nessa perspectiva, construíram questões que nortearam o trabalho: O

dimensionamento de enfermagem condiz com a real carga de trabalho? Qual a implicação da carga de trabalho e o atual dimensionamento de enfermagem na qualidade da assistência?

De acordo com a Resolução COFEN 543/2017, o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem deve-se basear em: serviço de saúde, aspectos técnico-científicos e administrativos do serviço de enfermagem e ao grau de dependência do paciente em relação da equipe de enfermagem (Sistema de classificação de pacientes - SCP) e realidade sociocultural.

Para cuidados intensivos, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2017) estabeleceu 18 horas de enfermagem/dia por cliente. Sendo 52% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem e mantendo a relação profissional/paciente de 1 profissional de enfermagem para 1,33. “Em contrapartida uma equipe superdimensionada implica em alto custo, ao passo que uma equipe reduzida tende a determinar uma queda na eficiência da assistência, o prolongamento da internação, o aumento da mortalidade/morbidade e o custo do tratamento” (GONÇALVES LA; PADILHA KG, 2007).

Diante da complexidade relacionada à assistência de enfermagem em UTI e da necessidade crescente de se obter uma adequada avaliação da carga de trabalho, estudo realizado por CONISHI (2007) utilizou-se de instrumentos como o Nursing Activities Score (NAS) e Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) para medir e caracterizar a carga de trabalho de enfermagem neste setor.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi identificar a possível relação do dimensionamento pessoal de enfermagem e carga de trabalho em UTI adulto.

MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos, utilizou-se como recurso metodológico, a pesquisa bibliográfica no banco de dados do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram: dimensionamento, enfermagem, adulto e carga de trabalho. Limitando-se as publicações nos últimos 10 anos (janeiro de 2008 a janeiro de 2018).

A amostra foi selecionada seguindo como critérios de inclusão, trabalhos publicados na forma de artigos, no idioma português. Como critérios de exclusão estão as publicações que não abordaram a terapia intensiva e que se encontravam fora do período proposto.

RESULTADOS

O processo de dimensionamento do pessoal de enfermagem passou por diversas modificações nos últimos anos.

Em 2016, foi emitida pelo COFEN a Resolução nº 527/2016, que revogou a Resolução nº 293/2004. Em abril de 2017, o COFEN modificou alguns aspectos e publicou a Resolução nº 543/2017.

As principais mudanças realizadas na Resolução nº 543/2017 com relação à assistência de alta dependência e intensiva foram: Retirada de valores aproximados dos parâmetros para cálculo, tornando-os mais objetivos; Aumento de horas por leito em 24 horas de assistência de enfermagem; Diminuição da margem porcentagem da distribuição percentual de enfermeiros relacionada à SCP (COFEN, 2017).

Como as alterações acima foram recentes, a maioria dos estudos realizados tomou como base a Resolução do COFEN nº 293/2004. Apenas um trabalho foi realizado em 2017 baseando-se na resolução atual.

Estudos demonstraram muitas fragilidades e desafios da enfermagem brasileira com relação ao dimensionamento de pessoal em diversos estados, sinalizando a necessidade de adequações.

Observou-se que as proporções recomendadas pelo COFEN, para a categoria enfermeiro, em relação ao total de trabalhadores de enfermagem, são superiores às utilizadas pelo Hospital de ensino do Paraná com 8 leitos de UTI (INOUE, 2009) e em seis hospitais públicos e privados da cidade de São Paulo com uma média de 25 leitos de UTI (FUGULIN, 2012). Verificou-se também em hospital privado com 20 leitos de UTI localizado em São Paulo que as horas de assistência mensuradas foram superiores às preconizadas, que estabelece 17,9 horas de enfermagem, por cliente, para assistência intensiva (KAKUSHI, 2014).

Borges (2017), baseado na Resolução nº 543/2017 identificou que no Hospital universitário público localizado no Paraná com 14 leito, a proporção de enfermeiros no quadro real da UTI de apenas 8,3% sobre o total de profissionais.

O quadro dimensionado de pessoal de enfermagem não correspondeu ao quadro real apresentado para a categoria de enfermeiros na UTI na maioria dos estudos encontrados nos últimos 10 anos.

“Constatou que os valores referentes aos tempos médios de assistência são adequados e constituem importante referencial para o dimensionamento do quantitativo mínimo de profissionais, nas UTIAs” (FUGULIN, 2012).

Como a assistência de enfermagem é complexa e depende de diversos fatores, KAKUSHI (2014) identificou que a carga de trabalho sofre influência de características clínicas, sendo observado aumento do trabalho nos pacientes cirúrgicos de urgência e nos não sobreviventes. Também possibilitou a constatação de grande oscilação

na carga de trabalho da unidade, dificultando a realização do processo de pessoal que visa atendimento adequado das necessidades dos pacientes.

“A gravidade do paciente e as disfunções orgânicas mostraram correlação moderada com a carga de trabalho da enfermagem” (ALTAFIN, 2014). Em Hospital de Ensino do Paraná o SCP utilizado tinha uso limitado para o setor, pois não contemplava atividades e procedimentos realizados em UTI, nem os cuidados realmente requeridos pelos pacientes (INOUE, 2009). Estudo apontou a necessidade de instrumentos mais complexos e específicos à quantificação da real carga de trabalho de enfermagem no setor (INOUE, 2009).

“O instrumento mais utilizado é o Nursing Activities Score (NAS), relativamente novo, o qual apresenta um grande potencial de expansão em função dos bons resultados encontrados com seu uso” (FERREIRA, 2014). Porém ainda necessita que novas pesquisas sejam desenvolvidas para consolidar esse valioso instrumento de mensuração de carga de trabalho de enfermagem.

De acordo com avaliações realizadas com o instrumento NAS, obteve-se uma média elevada de NAS em diversas UTI's pesquisadas.

Em uma UTI geral foi evidenciado que existe uma alta carga de trabalho de enfermagem. “Características associadas com aumento da carga de trabalho da enfermagem foram tipo de internação (cirurgia de urgência) e desfecho do paciente (não sobrevivente)” (ALTAFIN, 2014).

Outro estudo apontou que receber pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca (16% das internações), poderia o aumento na pontuação do NAS (KAKUSHI, 2014).

Os resultados de NAS encontrados apontam uma elevada demanda de cuidados de enfermagem, maior que 50% do tempo do profissional. Dessa forma, um profissional conseguiria cuidar integralmente de apenas um paciente por turno de trabalho (FERREIRA, 2014).

A elevada média do NAS encontrada no estudo reflete que cada paciente demanda mais da metade da carga de trabalho do enfermeiro, sugerindo uma proporção ideal de um profissional da enfermagem por leito de UTI (ALTAFIN, 2014). O déficit de profissionais desta classe foi alto e isso se atrelou ao fato de que a carga de trabalho da unidade foi elevada, que, face à gravidade clínica da clientela e as próprias exigências do COFEN (BORGES, 2017).

As características específicas que influenciam no processo de trabalho do setor como: enfermagem despendida para o cuidado de clientela específica e benefícios conquistados pelos trabalhadores merecem discussões e ações que favoreçam um dimensionamento mais adequado do pessoal de enfermagem para melhoria das condições de trabalho e promoção/manutenção da qualidade do cuidado (INOUE, 2009).

Possibilitando assim, o desenvolvimento da assistência ao paciente crítico por

pessoal com maior qualificação (INOUE, 2009; BORGES, 2017).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que o dimensionamento de pessoal de enfermagem sofreu novas alterações pela Resolução do COFEN e esta por muitas vezes está em desacordo em diversas UTI's, pois existe uma dificuldade em quantificar a carga de trabalho do pessoal de enfermagem.

Novos instrumentos estão sendo implementados e avaliados, a fim de, caracterizar as demandas dos profissionais de enfermagem com relação às diversas características peculiares associadas ao aumento da carga de trabalho. Demonstrando alta carga de trabalho na assistência de enfermagem em terapia intensiva nos diversos hospitais brasileiros

Dessa forma constatou-se como um desafio para enfermagem um dimensionamento de pessoal adequado, levando em consideração o cuidado de clientela específica e benefícios conquistados pelos trabalhadores. A fim de, proporcionar melhoria das condições de trabalho e melhoria na qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ALTAFIN, J. et al. **Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. v. 26, n. 3, 2014.

BORGES, F. et al. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público.** Cogitare Enfermagem. v. 22, n. 2, 2017.

CAR, M. **Problemas de enfermagem da esfera física em pacientes hospitalizados: caracterização por unidades de internação, cuidado semi-intensivo e tratamento intensivo** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1986.

CONISHI, R.M.Y.; GAIDZINSKI, R.R. **Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 41, n. 3, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN Nº 293/2004, de 21 de setembro de 2004.** Brasília (DF): COFEN; 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 527/2016, de 10 de novembro de 2016.** Brasília (DF): COFEN; 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN Nº 543/2017, de 18 de abril de 2017.** Brasília (DF): COFEN; 2017.

FERREIRA, P.C. et al. **Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evidências sobre o Nursing Activities Score.** Revista Rene. v. 15, n. 5, 2007.

FUGULIN, F.M.T. et al. **Tempo de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº 293/04.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 20, n. 2, 2012.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. 118p. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998.

GONÇALVES, L.A.; PADILHA, K.G. **Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 41, n. 4, 2007.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. **Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidade da UTI-adulto de um hospital de ensino.** Revista Eletrônica de Enfermagem [internet]. v. 11, n. 1. 2009. Disponível em: https://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a07.pdf. Acesso em: 15 fev.

KAKUSHI, L.E.; EVORA, Y.D. **Tempo de assistência direta e indireta de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista Latino-Americana de Enfermagem v. 22, n. 1, 2014.

ESTADIAMENTO NAS AUTORIZAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 09/12/2019

Marcia Rodrigues dos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAN/
UFRJ

Rio de Janeiro- RJ

<http://lattes.cnpq.br/1464694538629676>

Nayane dos Anjos Passos

Faculdade Bezerra de Araujo - FABA

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/6643157894037047>

Viviane Rosa Schrapett

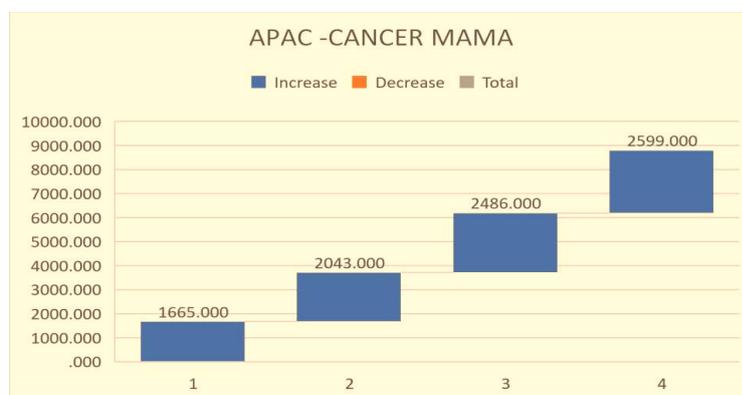
Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAP/
UNIRIO

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/7950520798750413>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A realização do tratamento quimioterápico e radioterápico no sistema público de saúde está sujeita a liberação da Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC). O objetivo do estudo foi buscar informações sobre o estadiamento, comparando a autorizações para o procedimento oncológicos de alta complexidade em câncer de mama. **MÉTODO:** A pesquisa foi descritiva, de cunho exploratório e

documental, através do levantamento de dados da unidade de oncologia do Hospital Federal do Andaraí. (2013-2016). **RESULTADOS:** A amostra aleatória de 8.793 registros no APAC, revela complicações do câncer de mama. A média dos valores aumentaram nos últimos 4 anos de 6,54% para 12% em janeiro 2016. A amostra foi extratificada em 1.665 em 2013; 2.043 casos em 2014; 2.486 casos em 2015 e 2.599 em 2016.



DISCUSSÃO: Percebe-se nos estudos, que é o impacto na promoção de saúde, bem como no diagnóstico precoce, o que promove o sucesso do tratamento. **CONCLUSÃO:** O melhor conhecimento das informações sobre o estadiamento nas Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade, permite fornecer aos gestores de Saúde e as pacientes maiores informações à cerca da doença. Portanto, quanto mais tardia o diagnóstico e o

início do tratamento, pior será o prognóstico e a sobrevida dessas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Mama, Estadiamento de neoplasias , APAC

STAGING IN THE AUTHORIZATIONS OF HIGH COMPLEXITY

ABSTRACT: INTRODUCTION: Radiotherapy and chemotherapy are therapeutic modalities for the treatment of cancer. In Brazilian public health system, they require the High Complexity Ambulatory Procedure Authorization (APAC). The study aimed to sought information on staging by comparing authorizations of breast cancer stage information. **Method:** The research was descriptive, exploratory and documentary through the data collection of the oncology Hospital of Andaraí.(2013-2016) **Results:** The random sample of 8.793 APAC records, reveals breast cancer complications. The average values increase in the last 4 years from 6,54% to 12% on January 2016. The sample was extracted in 1665 in the year 2013, 2.043 cases in the year 2014, 2.486 cases in the year 2015 and 2.599 cases in the year 2016. **Discussion:** This study showed that the earlier diagnosis happens, the higher is the success of cancer treatment. **Conclusion:** The more researches about APAC, the better will be outcomes about breast cancer treatment. Therefore, the less studies, the more poor outcomes it will get.

KEYWORDS: Breast cancer, Staging of neoplasms, APAC

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13); (Série A. Normas e manuais técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 95 p. (Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Primária; n. 29).

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução do CNS nº 510, 7 de abril de 2016. Brasília (DF) : Diário oficial da União. Seção I, fls 44-6

(2016 maio 24). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia: sistema de informações ambulatoriais (sia/ sus).** 20ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação 22ª ed. Maio de 2016. **MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA – SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS.** 141 p.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2016: **Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Informativo Detecção Precoce,** Rio de Janeiro, ano 4, n.2, maio/ago. 2013.

FERIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÕES E DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 20/02/2020

Alessandra Lima dos Santos

Enfermeira graduada na Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Lenice Dutra de Sousa

Enfermeira. Professora Doutora - Escola de Enfermagem (EENF). Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Silvana Possani Medeiros

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) – Escola de Enfermagem (EENF). Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Cristiane Lopes Amarijo

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) – Escola de Enfermagem (EENF). Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Rúbia Gabriela Salgado Fernandes

Enfermeira. Doutoranda na do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCiSau) - Faculdade de Medicina (FAMED). Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Adriane Maria Netto de Oliveira

Enfermeira. Professora Doutora - Escola de Enfermagem (EENF). Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

RESUMO: Objetivo: Avaliar as dificuldades e percepções dos profissionais da equipe de

enfermagem frente ao seu papel no tratamento de feridas na atenção primária. **Métodos:** Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde 24 horas do município do Rio Grande. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise de conteúdo foi do tipo temática. Os participantes do estudo foram profissionais de enfermagem que atuavam diretamente no tratamento e cuidado aos pacientes com ferimentos e lesões de pele. **Resultados:** De uma forma geral, os resultados deste estudo apontam para a urgente necessidade de implementação da educação continuada aos profissionais de enfermagem para prevenção, avaliação e tratamento das feridas, com a perspectiva de ampliar a qualidade de assistência aos indivíduos e coletividade. **Considerações finais:** mesmo com as dificuldades e desafios evidenciados neste estudo, os profissionais têm a percepção da importância do seu papel, assim, acredita-se que é necessário explorar e enfatizar o grande potencial que a equipe de enfermagem possui no tratamento de feridas. Também é de extrema importância a capacitação desses profissionais de modo que possam realizar um melhor reconhecimento das lesões a fim de realizar a conduta adequada.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Ferimentos e lesões. Cicatrização. Conhecimento. Atenção primária a saúde.

WOUNDS IN BASIC ATTENTION: PERCEPTIONS AND DIFFICULTIES OF NURSING PROFESSIONALS

INTRODUÇÃO

O cuidado aos indivíduos portadores de feridas constitui um problema de grandes dimensões, representando constante desafio a ser enfrentado pelos profissionais e serviços de saúde que atuam com esse público. O tratamento de lesões e feridas de forma geral vem sofrendo mudanças tanto nos seus princípios norteadores quanto no que diz respeito às técnicas e produtos aplicados (BALAN, 2014), exigindo dos profissionais, cada vez mais, domínio e conhecimento nessa área de atuação. Cabe destacar que dentro da equipe de saúde esse cuidado tem despertado grande interesse dos profissionais enfermeiros, com a principal finalidade de prestar uma assistência adequada e integral aos seus pacientes.

Para o cuidado adequado aos pacientes portadores de feridas é preciso que o cliente seja considerado em sua integralidade, desde a área lesionada até os fatores sistêmicos e psicossociais que podem alterar o processo de cicatrização da lesão (BUSANELLO et al., 2013). Ao almejar o cuidado integral, é de extrema importância que haja a superação do cuidado baseado somente em rotinas e executado de forma mecânica, fragmentada, em que todas as lesões são tratadas da mesma forma e o olhar do profissional é direcionado apenas para a ferida, e não para o indivíduo em sua totalidade (SANTOS et al., 2014).

Assim, o enfermeiro deve estar apto a avaliar de forma efetiva, acompanhar a evolução da lesão, orientar os cuidados necessários e executar o curativo, sendo o profissional que detém o maior domínio técnico dessa prática, bem como autonomia na conduta a ser tomada. Para tanto, a atuação no tratamento de feridas exige que se tenha uma visão ampliada do cenário e contexto em que o paciente se encontra inserido (SANTOS et al., 2014), bem como conhecimentos específicos acerca do método de manejo mais adequado.

Cabe destacar que essas construções devem ser pautadas na contextualização e transformação do conhecimento com base nos preceitos humanos, éticos e morais, envolvendo toda a equipe de enfermagem (SANTOS et al., 2014). Dessa forma, destaca-se que além do conhecimento prévio, torna-se necessária constante atualização profissional, não somente para tratar, mas também para prevenir o surgimento e a remissão de lesões.

Nesse sentido, é relevante e faz-se necessária uma abordagem interdisciplinar, de maneira que cada profissional desenvolva seu papel e atue em conjunto, com responsabilidade, na busca da recuperação do bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Contudo, quando se trata deste campo de atuação, acredita-se que o enfermeiro é um profissional que possui grande conhecimento e autonomia do tratamento de feridas, sendo indicado para gerenciar e planejar o manejo mais adequado para os pacientes portadores de lesões. Além disso, o mesmo desenvolve a coordenação da equipe de enfermagem, sendo necessário esse planejamento a fim de prestar uma assistência adequada.

A atenção primária é uma das portas de entrada do sistema de saúde, possuindo um papel importante na recuperação, prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2012). No entanto, ainda são escassos estudos acerca da atuação dos profissionais atuantes nesse nível de atenção, acerca do cuidado prestado aos portadores de feridas. Nesse contexto, é preciso avaliar as dificuldades e percepções dos profissionais que fazem parte da assistência a fim de fornecer um serviço e uma assistência cada vez mais qualificada.

Logo, o objetivo desse estudo foi avaliar as dificuldades e percepções dos profissionais da equipe de enfermagem frente ao seu papel no tratamento de feridas na atenção primária.

MÉTODOS

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionam no período de 24 horas, localizadas em quatro grandes bairros (Cassino, Profilurb, Parque Marinha e Vila da Quinta), da cidade do Rio Grande, localizada no extremo Sul do País.

Os critérios de inclusão foram: profissionais de enfermagem com atuação direta no tratamento e cuidado aos pacientes com feridas. Foi adotado como critério de exclusão o profissional de enfermagem que estivesse afastado por motivo de saúde ou de férias no período da coleta e, que estivesse trabalhando há menos de seis meses na unidade. Como forma de garantir o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados por meio da sigla “ENF” para enfermeiros, “TEC” para técnicos de enfermagem e “AUX” para auxiliares de enfermagem, seguida do número arábico correspondente à ordem da coleta dos dados. Participaram do estudo oito enfermeiras, 11 técnicos de enfermagem, e quatro auxiliares de enfermagem. Um total de três enfermeiras e cinco técnicos não aceitaram participar.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, de forma individual. As mesmas foram gravadas por meio de dispositivo de áudio na própria UBS e posteriormente transcritas integralmente. As coletas foram realizadas no

mês de setembro de 2015, em data e turno indicado pelos próprios participantes, garantindo assim sua disponibilidade, bem como não interferindo na organização das rotinas de trabalho das unidades.

Os dados foram analisados por meio da análise do tipo temática. Esta forma de análise permite ao pesquisador agrupar os dados por temas e examina todos os casos no estudo para ter certeza de que todas as manifestações de cada tema foram incluídas e comparadas. Nesse sentido, a análise foi realizada seguindo as etapas de pré-análise (leitura do material), exploração do material e interpretação desses resultados (MINAYO, 2010).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ); Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS-FURG), sob parecer nº 84/2015; considerando os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que tange aos aspectos éticos para a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b); e também pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NUMESC), sob parecer nº 14/2015, da Secretaria Municipal da Saúde do município do Rio Grande. Todos os participantes desse estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sem desconsiderar a importância do conhecimento do profissional sobre o tema, a qualidade da assistência prestada no tratamento de feridas também possui relação com as condições e recursos que o profissional possui, a fim de se possa proceder para uma boa avaliação e intervenção frente a essas lesões. Diante disso, os profissionais relataram que dentre as dificuldades enfrentadas no tratamento adequado das feridas estão a limitação e pouca variedade de materiais, bem como a falta de padronização no tratamento das lesões.

“Não acho o local adequado, eu acho que a gente não podia ter na mesma sala esterilização, lavagem de material e realização de curativo juntas, e isso já é da instituição”. (ENF2)

“[...] vira e mexe a gente não tem material adequado, a gente sabe também que a esterilização dos materiais que a gente tem, não é 100% efetiva”. (TEC6)

“Sim eu acho que, tinha que ser padronizado para ser todos iguais porque cada um faz de um jeito, é um horror, um horror [...]”. (ENF7)

Entende-se por dificuldade, qualquer eventualidade que por ventura venha a atrapalhar o desenvolvimento da atividade proposta, sendo ela de caráter emocional, físico ou ambiental, ou estando permeada com demais fatores, tanto intrínsecos quanto extrínsecos. Essas barreiras podem estar relacionadas com a inexistência

de protocolo na instituição, com a falta de material adequado ou até mesmo com a indisposição do profissional que irá realizar o procedimento (MARQUES et al., 2015).

No que se refere às dificuldades associadas aos aspectos socioculturais e econômicos no cuidado a indivíduos portadores de feridas, deve-se basear o cuidado não apenas nas questões biológicas que perpassam esse cuidado, mas essencialmente no contexto social, cultural e econômico em que tais indivíduos estão inseridos, os quais são determinantes de seu processo saúde/doença (SEHNEM et al., 2015).

É importante lembrar que o paciente possui autonomia nas decisões que envolvem seu corpo, além disso, os saberes empíricos não devem ser ignorados, ou subestimados. Dessa forma, e levando-se em consideração a necessidade a criação de vínculos na atenção primária, deve-se avaliar o contexto de vida dos pacientes e ter cuidado na abordagem referente às culturas e crenças, para que esse vínculo entre profissional e paciente não seja rompido.

Ainda em relação às dificuldades, porém no que diz respeito à maioria, e houveram relatos relacionados a falta de qualificação e atualizações frente à temática. Também foram apontados aspectos como a ausência de profissionais e a grande demanda de atendimento, além da má vontade de alguns profissionais na busca pelo conhecimento. Ainda, fica evidenciado que os pacientes ainda utilizam tratamento baseado nos saberes populares, o que dificulta o tratamento posteriormente.

“O pessoal (pacientes) tem uma resistência em nome da tradição, tem pessoal que chega aqui que colocou folhas de mamoeiro, erva mate na ferida”. (AUX4)

“Às vezes eu acho que se tivessem mais funcionários seria melhor para dar as orientações aos pacientes, [...]. Eu até consigo fazer todas as atividades, mas não com a mesma qualidade”. (TEC7)

“A falta de treinamento, de qualificação, é zero”. (TEC9)

“O que eu percebo, às vezes, é o hábito e o não querer saber fazer o certo”. (ENF8)

Quanto às percepções, os profissionais reconhecem sua importância frente o cuidado das lesões, tanto na realização do curativo quando na avaliação e da ferida.

“Eu acho que a gente fica meio que na linha de frente assim, o primeiro contato que a o paciente tem é com a gente, [...], claro além da realização do curativo e de estar ajudando ali no processo eu acho que eu sirvo de mediador mesmo [...]”. (TEC6)

“A equipe de enfermagem e o enfermeiro, eu acho que são fundamentais para a evolução de uma ferida porque a gente faz o procedimento, a gente está ali todos os dias vendo o que está acontecendo. Eu acho que é fundamental; pode

ter outra profissão como o nutricionista ou o fisioterapeuta, mas eu acho que o enfermeiro é mais importante”. (ENF3)

“Eu me vejo essencial porque sou eu que vou manejar as condutas a serem feitas”. (ENF8)

Quanto ao problema de falta de materiais, é atribuição do enfermeiro solicitar os produtos específicos para a realização de curativos, visando melhorar a qualidade da assistência e fazendo com que o paciente seja assistido de forma humanizada (ZARCHI et al., 2014). A falta de material dentro da instituição de saúde é um problema grave, uma vez que compromete o atendimento e a assistência ao paciente, porém, sabe-se que se tratando de verba pública a obtenção desses materiais nem sempre depende apenas da solicitação dos mesmos e, portanto, tal aspecto extrapola a conduta do profissional enfermeiro.

Estudo semelhante constatou que a falta de materiais, tanto permanentes quanto de consumo, está dentre as principais dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para a realização dos curativos nas UBS, estando diretamente associadas à realização do cuidado de enfermagem com qualidade. Uma das alternativas que poderia ser adotada a fim de minimizar a problemática está a construção de protocolos, o que torna possível a padronização, especificação e classificação dos materiais utilizados (SEHNEM et al., 2015).

Também é uma das dificuldades enfrentadas o fator, tempo dispensado, para cuidar da pessoa portadora de ferida, que quando limitado, contribui negativamente para a tomada de decisão, visto que, o enfermeiro necessita de tempo para conhecer o cliente e adequar os cuidados às suas convicções e preferências (ZARCHI et al., 2014). Sabe-se também que, muitas vezes, os serviços públicos de saúde contam com um número reduzido de profissionais atuantes, o que prejudica consideravelmente a assistência ao paciente. Nesse sentido é necessário fazer uma relação de tempo disponível e livre demanda de atendimento, revendo o dimensionamento do quadro efetivo de profissionais, de forma que atenda às necessidades tanto do paciente quanto do profissional.

A realização de curativo requer além da aplicação de técnica asséptica, condições de biossegurança, precauções padrão, uso de equipamentos de proteção individual. Além disso, a sala onde são realizados os curativos deve possuir um aparato adequado, de forma que os serviços prestados sejam seguros, resolutivos e de boa qualidade. As UBS devem possuir em sua estrutura, salas para curativos, respeitando as normatizações do Ministério da Saúde, porém, devido a fatores diversos, sejam esses relacionados ao processo de gestão, operacionalização ou do próprio profissional, muitas vezes não são respeitadas em sua totalidade (PRADO et al., 2016; BRASIL, 2008).

Corroborando as afirmações supracitadas, a Resolução de Diretoria Colegiada

nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde regulamenta projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, refere que o expurgo é o local destinado para lavagem e desinfecção dos materiais usados na unidade; a sala de esterilização: local onde deve ocorrer o empacotamento, esterilização, armazenamento e dispensação dos materiais e a sala de curativos é o ambiente onde devem ser realizados os curativos, retirada de pontos e orientações referentes a estes procedimentos (BRASIL, 2002).

Quanto à esterilização de materiais, alguns profissionais referem ter dúvida sobre a efetividade das autoclaves utilizadas para tal procedimento. Para os materiais utilizados na prática de curativos, a indicação pelo método de esterilização se dá por meio de vapor saturado sob pressão (autoclave) devido sua ação microbactericida rápida e com ciclo de curta duração, sendo também de fácil controle e possuindo compatibilidade com embalagens atóxicas, além de apresentar baixo risco ocupacional (MADEIRA et al., 2015).

Entende-se que não existe o melhor método de esterilização, existe o melhor método para cada tipo de material, e acredita-se que a efetividade do procedimento depende da qualidade no cumprimento das etapas de limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais e também da manutenção do equipamento, lembrando que estes equipamentos devem passar por testes periodicamente para comprovar sua efetividade (MADEIRA et al., 2015).

Sabe-se que o profissional de enfermagem possui um papel importante no que se refere ao cuidado ao cliente portador de lesões, uma vez que possui maior contato com o mesmo, acompanhando sua evolução, orientando e executando o curativo. Foi possível observar que os profissionais de enfermagem percebem a importância de seu papel no tratamento de feridas e reconhecem seu trabalho como fundamental. Justificam sua importância na assistência com feridas porque atuam diretamente no cuidado desde a avaliação das lesões, realização dos curativos e durante toda a evolução do processo.

Atualmente as pesquisas sobre tratamento de feridas recebem grande destaque nas publicações de enfermagem, porém, o mesmo não ocorre nas publicações médicas. Isso demonstra que a responsabilidade do tratamento e prevenção de feridas cada vez mais vem sendo atribuída ao enfermeiro. É necessário que o profissional perceba essa tendência e se aproprie de conhecimentos para que possa exercer o cuidado com responsabilidade e segurança, bem como com excelência e autonomia (BRUM et al., 2015).

Lembrando que ao se discutir autonomia no cuidado a pacientes com feridas, não estamos apenas nos referindo a sua capacidade e direito de escolher uma terapêutica tópica, mas de prender esforços e o compromisso de atender suas necessidades na perspectiva global do cuidado (2). Em outras palavras, ter

autonomia não significa ter total liberdade de ação, requer além de compromisso, domínio de conhecimento (BUSANELLO et al., 2013, BRUM et al., 2015).

A vivência diária com uma clientela que apresenta particularidades fisiológicas, determinadas pela situação de saúde e psicológica comprometidos devido à mudança na autoimagem provocada pelo surgimento da ferida, e ainda socioeconômicas em consequência de afastamentos do trabalho, aponta o quanto é importante o papel do enfermeiro na recuperação e/ou adaptação à nova situação de vida da pessoa, já que é este o profissional quem vai estar em contato direto com esses pacientes (SANTANA et al., 2013). No entanto, frente à sua complexidade, esse cuidado não deve ser apenas da responsabilidade de uma categoria profissional, é necessária uma assistência multiprofissional e institucional comprometida.

Outro aspecto a ser quantificado no quesito importância do trabalho da enfermagem é referente prevenção de feridas e de complicações das feridas existentes, preocupando-se não somente com a prestação da assistência, mas também com a promoção de educação em saúde (LIEDKE; JOHANN; DANSKI, 2014). Portanto, exercer a enfermagem implica em uma série de desafios, que inclui a busca por novos caminhos para melhorar a qualidade da assistência. Esta busca passa sempre pelo aperfeiçoamento profissional, através do estudo e principalmente da pesquisa de novas tecnologias (SANTOS et al., 2013).

O estudo revelou que os profissionais da enfermagem percebem seu papel como fundamental no cuidado com pacientes com feridas, no entanto, mais que reconhecer sua importância, é imprescindível que este profissional assuma a responsabilidade pelo ato de cuidar e que incorpore o papel a qual os próprios se atribuem, visto que o comprometimento de suas ações é um dos fatores determinantes para o processo de cura e/ou melhora na qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou uma reflexão sobre algumas barreiras presentes na prática diária que as equipes de enfermagem enfrentam em seus ambientes de trabalho. Nesse sentido, vale lembrar que além do conhecimento, para que se possa desenvolver uma assistência de qualidade é necessário também que o sistema ofereça condições que contemplem as necessidades tanto dos pacientes como também de cada atividade a ser desenvolvida. A falta ou escassez de recursos públicos no sistema de saúde é um problema historicamente conhecido, entretanto, espera-se que mesmo em condições mínimas de trabalho prevaleça o comprometimento do profissional não medindo esforços em busca do bem-estar do paciente.

De uma forma geral, os resultados deste estudo apontam para a urgente

necessidade de treinamentos específicos dos profissionais de enfermagem para prevenção, avaliação e tratamento das feridas. Contudo, mesmo com as dificuldades e desafios evidenciados, os profissionais têm a percepção da importância do seu papel, assim, acredita-se que basta explorar e enfatizar o grande potencial que tem a enfermagem no tratamento de feridas, que independentemente do grau de formação, a partir da valorização e elevação do grau de conhecimentos, é possível prestar atendimento digno, competente e resolutivo, de modo a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

Espera-se que esta pesquisa seja de grande relevância como instrumento de reflexão e discussão entre os profissionais da assistência direta aos portadores de feridas e lesões, visto que este é um dispositivo de cuidado em que a enfermagem possui domínio e autonomia, porém nota-se que ainda se faz necessário um maior empoderamento por parte da categoria frente a esta prática.

REFERÊNCIAS

- BALAN, M. Guia terapêutico para tratamento de feridas. 3ªed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora: Rio de Janeiro (RJ) Editora Senac, 2014.
- BRASIL. (a) Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.
- BRASIL. (b) Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO 446/12. Diretrizes e Normas para Pesquisas com seres humanos [Internet]. Brasília (DF): CNS; 2012.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde -saúde da família/ 2ªed. Brasília-DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (DF): MS, 2002.
- BRUM, M. L. B. et al. Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional. Rev. enferm. UFSM. v. 5, n. 1, p. 50-57, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15177/pdf>. Acessado em 13 de novembro de 2017.
- BUSANELLO, J. et al. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. Rev. enferm. UFSM. v. 3, n. 1, p. 175-184, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8532/pdf>. Acessado em 03 de agosto de 2015.
- LIEDKE, D. C. F.; JOHANN, D. A.; DANSKI, M. T. R. Consultório de enfermagem para tratamento de feridas em hospital de ensino. Cogitare enferm. v. 19, n. 3, p. 590-596, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34486/23254>. Acessado em 15 de agosto de 2015.
- MADEIRA, M. Z. A. et al. Processamento de produtos para saúde em centro de material e esterilização. Rev. Sobecc. v. 20, n. 4, p. 220-227, 2015. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n4/220-227.pdf>. Acessado em 21 de novembro de 2017.
- MARQUES, A. D. B. et al. Critérios utilizados pelos enfermeiros na realização dos curativos. Rev. Pre. Infec e Saúde. v. 1, n. 1, p. 31-39, 2015. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/>

view/3439/pdf_1. Acessado em 23 de novembro de 2017.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. Editora Hucitec: São Paulo; 2010.

PRADO, A. R. A. et al. Uso da Técnica Limpa ou Estéril em Curativos. J Health Sci. v. 18, n. 3, p. 217-222, 2016. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/4261/3334>. Acessado em 11 de novembro de 2017.

SANTANA, A. C. et al. Caracterização de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com úlceras vasculares na rede ambulatorial. Rev. bras. Enferm. v. 66, n. 6, p. 821-826, 2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/02.pdf. Acessado em 16 de agosto de 2015.

SANTOS, J. L. G. Et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev. bras. enferm. v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>. Acessado em 21 de setembro de 2015.

SANTOS, I. C. R. V. et al. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. Rev Rene. v. 15, n. 4, p. 613-620, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1077>. Acessado em 23 de setembro de 2015.

SEHNEM, G. D. et al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. Ciênc. cuid. saúde. v. 14, n. 1, p. 839-846, 2015. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20949/pdf_292. Acessado em 21 de novembro de 2017.

ZARCHI K. et al. Significant differences in nurses' knowledge of basic wound management - implications for treatment. Acta Derm Venereol. v. 94, n. 4, p. 403-407, 2014. Disponível em: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-1770>. Acessado em 23 de agosto de 2015.

IDEAÇÃO SUICIDA EM PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 23/01/2020

José Rafael Eduardo Campos

Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de
Juazeiro do Norte – FJN

Juazeiro do Norte – CE

068.156.803-80

<http://lattes.cnpq.br/7352822136168473>

rafaeleduardo19971@hotmail.com

Deyvirson Wesley Vilar de Oliveira

Enfermeiro graduado pela Faculdade de Juazeiro
do Norte – FJN

Juazeiro do Norte – CE

061.232.163-09

<http://lattes.cnpq.br/3493717828758354>

Jessika Brenda Rafael Campos

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de
Juazeiro do Norte – FJN

Juazeiro do Norte – CE

060.938.543-70

<http://lattes.cnpq.br/2362276210364534>

Andreza Nogueira Silva

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de
Juazeiro do Norte – FJN

Juazeiro do Norte – CE

064.904.233-67

<http://lattes.cnpq.br/3274785668252827>

Alyce Brito Barros

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de

Juazeiro do Norte – FJN

Juazeiro do Norte – CE

074.316.833-08

<http://lattes.cnpq.br/0484138964834497>

Iannaiele Oliveira do Vale Batista

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de
Juazeiro do Norte – FJN

Juazeiro do Norte – CE

092.001.794-01

<http://lattes.cnpq.br/4173389184600842>

Alciono Bezerra dos Santos

Docente da Faculdade de Juazeiro do Norte –
FJN

Juazeiro do Norte – CE

615.846.143-15

<http://lattes.cnpq.br/9981372535021393>

Sabrina Martins Alves

Coordenadora de Enfermagem da Faculdade de
Juazeiro do Norte – FJN

Juazeiro do Norte – CE

855.722.763-91

<http://lattes.cnpq.br/6758761132567251>

José Rômulo Cavalcante Prata Junior

Docente da Faculdade de Juazeiro do Norte –
FJN

Juazeiro do Norte – CE

738.355.443-49

<http://lattes.cnpq.br/6012960642884604>

Willma Jose de Santana

Pós Doutoranda em Ciências da Saúde pela
Faculdade de Medicina do ABC – São Paulo e

Docente da Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN

Juazeiro do Norte – CE

432.541.524-68

<http://lattes.cnpq.br/1216100259890790>

Dayse Christina Rodrigues Pereira Luz

Pós Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC – São Paulo
e Docente da Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN

Juazeiro do Norte – CE

970.649.043-49

<http://lattes.cnpq.br/0704841932344140>

Apoio Financeiro: O Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq)

RESUMO: O trajeto percorrido por essas pessoas que convivem com HIV (PVHIV), muitas vezes é silencioso e marcado pela concepção de auto exclusão do convívio social, tomados pela apreensão em serem discriminados, e por outros variados danos emocionais, como, ansiedade, depressão e desesperança, isolamento, sentimentos autodestrutivos, que acabam gerando efeitos na saúde psicossocial e na área econômica do indivíduo, podendo ocorrer em situações mais extremas, a tendência elevada ao risco de ideação suicida e de comportamento suicida. Frente a esse contexto surgiu à curiosidade de identificar na literatura disponível: Quais os fatores relacionados à ideação suicida/ suicídio entre indivíduos vivendo com HIV/ AIDS? Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. O estudo proposto utilizou o modelo descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008), o qual se dividiu em seis etapas. A partir das palavras-chave previamente definidas obteve - se N° 29 =100 % estudos, analisados em três etapas, a depender do não atendimento para responder a questão norteadora da revisão e do não cumprimento aos critérios de inclusão, os artigos não passavam para a etapa seguinte do processo de leitura. Na primeira leitura, se enfatizou o título e o resumo dos artigos N° 29 =100 %, na segunda leitura, deu-se ênfase ao método, resultados e conclusões N° 16= 55,17%, por fim, na última etapa, ocorreu a leitura na íntegra dos artigos e seleção dos níveis de evidência dos mesmos. Após concluída a última etapa do processo de leitura, a amostra encontrada constituiu-se de sete artigos N° 7= 24,14%. Diante dos dados expostos, considera-se que a ideação suicida é altamente prevalente entre PVHA. Sendo importante observar o efeito endêmico das condições de saúde psicossocial desenvolvidas, para prever a ideação suicida entre PVHA, com os fatores que contribuem para a ideação suicida, incluindo depressão, estigma, baixa autoestima e baixo apoio social.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Ideação suicida. Comportamento suicida.

ABSTRACT: O path traveled by these people living with HIV (PVHIV), is often silent and marked by the conception of self-exclusion of social life, taken by apprehension in being discriminated against, and by other varied emotional damage, such as anxiety, depression and hopelessness, isolation, self-destructive feelings, which end up generating effects on psychosocial health and the economic area of the individual, and may occur in more extreme situations, the high tendency to the risk of suicidal ideation and behavior Suicide. In the face of this context, curiosity to identify in the available literature: What are the factors related to suicidal ideation/suicide among individuals living with HIV/AIDS? This is an integrative literature review study. The proposed study used the model described by Mendes, Silveira and Galvão (2008), which was divided into six stages. From the previously defined keywords, we obtained - if No. 29 =100 % studies, analyzed in three stages, depending on non-care to answer the guiding question of the review and non-compliance with inclusion criteria, the articles did not move to the next stage of the reading process. In the first reading, the title and summary of articles No. 29 =100 % in the second reading emphasized the method, results and conclusions No. 16= 55.17%, finally, in the last stage, the full reading of the articles and selection of the levels of evidence of the articles occurred. After completing the last stage of the reading process, the sample found consisted of seven articles No. 7= 24.14%. Given the data exposed, suicidal ideation is considered to be highly prevalent among PVHA. It is important to observe the endemic effect of psychosocial health conditions developed to predict suicidal ideation among PVHA, with the factors contributing to suicidal ideation, including depression, stigma, low self-esteem and low social support.

KEYWORDS: HIV. Suicidal ideation. Suicidal behavior.

1 | INTRODUÇÃO

Desde o seu início, por volta de 1980 a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tem causado grande impacto emocional, principalmente quando relacionado a revelação diagnóstica. O trajeto percorrido por essas pessoas que convivem com o HIV (PVHIV), muitas vezes é silencioso e são marcados pela concepção de auto exclusão do convívio social, tomados pela apreensão em serem discriminados, e por outros variados danos emocionais, como, ansiedade, depressão e desesperança, isolamento, sentimentos autodestrutivos, que acabam gerando efeitos na saúde psicossocial e na área econômica do indivíduo, podendo ocorrer em situações mais extremas, a tendência elevada ao risco de ideação suicida e de comportamento suicida (GARCIA; RAMOS, 2017).

A infecção pelo HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação

Compulsória de doenças (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016); portanto, os novos casos detectados da infecção, devem ser encaminhados para às autoridades em saúde. Porém, mesmo exigindo-se a obrigatoriedade dessa notificação, ainda se tem uma grande quantidade de casos subnotificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e a partir disso, se percebe diversas implicações para a resposta ao HIV/AIDS, posto que as informações acabam desconhecidas quando se aborda acerca da epidemiologia, pois tais números, como número total de casos, comportamento e vulnerabilidade, entre outros. Ademais, essa falta de registro pode levar ao comprometimento da forma como se organiza o fornecimento das medicações e ações prioritárias para populações que compõem o grupo de risco. Por fim, é de suma importância ressaltar a demasiada influência da notificação no Sinan de todos os casos de HIV/AIDS, implicando-se com o aperfeiçoamento do preenchimento da ficha de notificação e investigação dos casos (BRASIL, 2017).

Foram registrados no Brasil até 2015, 830.000 casos de pessoas que foram infectadas pelo HIV, esses números colocam o Brasil em uma posição de alerta para uma possível pandemia na América Latina, visto que foi o único país que ainda retrata aumento no número de novos casos na última década, que gira em torno de 11% (JESUS et al., 2017).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde seu início, em 1981, contando até os dias atuais, a AIDS já matou cerca de 35 milhões de pessoas. Tendo em vista que este é quase o número atual de pessoas que convivem com HIV, a OMS estima que existem por volta de 36,7 milhões de soropositivos no mundo (BRASIL, 2016).

Voltado para a realidade brasileira, foram notificados cerca de 842 mil casos desde o primeiro relato por volta da década de 1980, até junho de 2016, 15,1% dessas pessoas são naturais da região Nordeste. Levando em consideração esse números, o Ministério da Saúde implementou, em 1985, o Programa Nacional de DST/AIDS, buscando como objetivo melhorar a assistência a essas pessoas acometidas pela infecção, bem como, ofertar ações que promovessem saúde, aspirando que houvesse diminuição de novos casos de tal enfermidade. Foi em 1996, que o Brasil começou a distribuição de forma gratuita do tratamento antirretroviral para pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, o que propiciou a qualidade de vida destas, o que conseqüentemente culminou com a redução de novos casos da infecção. Além de que o Brasil acabou ganhando uma posição de destaque, visto que intensificou os trabalhos acerca da prevenção e controle da AIDS (BRASIL, 2015).

Os transtornos psicóticos, transtorno de ansiedade, depressão e uso de substâncias psicoativas são considerados os transtornos psiquiátricos que mais acometem essa população, e frequentemente vem associado a tentativa de suicídio. Sabendo que esses transtornos psiquiátricos são em grande parte

subdiagnosticados nas pessoas que convivem com o HIV/AIDS (PVHA). Um dos motivos é o obstáculo encontrado na hora de se conseguir distinguir a sintomatologia psicoativa dos sintomas da AIDS ou efeitos colaterais que o uso dos antirretrovirais podem causar. Quando se fala de Ideação Suicida, envolvendo plano ou não, tentativas anteriores de suicídio e quando o paciente apresenta história anterior de diagnósticos psiquiátricos conseguem ser bons parâmetros para se começar a investigação de presença de comorbidades psiquiátricas, sobretudo depressão. (BRASIL, 2013).

Frente a esse contexto surgiu a curiosidade de identificar na literatura disponível: Quais os fatores relacionados à ideação suicida/ suicídio entre indivíduos vivendo com HIV/AIDS? A ideação suicida é mais frequente entre homens ou mulheres soropositivos para HIV/AIDS? E quando homossexuais?

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) apresenta manifestações níveis mais avançados da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o que acarreta em um quadro de imunodepressão das defesas celulares, levando conseqüentemente a alterações no sistema imunológico, o que torna o indivíduo vulnerável ao aparecimento de infecções aditivas, que podem ser causadas por alguns tipos de vírus e os outros microorganismos (VERONESI; FOCACCIA, 2015).

O indivíduo portador do HIV apresenta o agravamento do quadro quando se iniciam as manifestações da AIDS, que podem perdurar por alguns anos para se manifestar. Ocorre destruição dos linfócitos T helper (células que compõem o sistema imunológico), sendo a característica preponderante da imunodeficiência, levando a uma imunossupressão severa (LEITE, 2016).

2.2 Fisiopatologia

O HIV é um vírus pertencente à família Retroviridae e ao gênero Lentiviridae que apresenta em seu núcleo duas cópias de RNA de cadeia simples, encapsuladas por uma camada proteica ou núcleo-capsídeo e um envelope externo formado por uma bicamada fosfolipídica. Ao RNA estão associadas três enzimas virais são elas: Transcriptase reversa (TR), integrase (IN) e protease (PR). O genoma do HIV inclui três principais genes estruturais: env, gag, pol, e seis genes funcionais: tat, rev, nef, vif, vpr e vpu (COSTA, 2015).

O vírus da imunodeficiência humana acomete o sistema imunológico, o qual é responsável pelo sistema de defesa do organismo, tendo como as células mais

atingidas os linfócitos T CD4+. O vírus age alterando o DNA dessa célula para posteriormente fazer cópias de si mesmo, após a ploriferação dessas células os linfócitos rompem e procuram outros sadios para continuar a infecção (BRASIL, 2017).

Esse processo de imunodepressão pode carrear de 8 a 10 anos, o que potencializa a epidemia, visto que, o portador não apresenta nenhuma sintomatologia, e sem ter o conhecimento que é portador do vírus, acaba tornando-se potencial transmissor. A infecção primária ou soro conversão aguda tem seus sintomas manifestados por volta da 2 a 4 semana após a contaminação, apresentando uma síndrome gripal inespecífica, onde se tem variado grau de gravidade clínica. Após algumas semanas, o paciente apresenta resposta do sistema imune, apresentando produção de anticorpos específicos. Seguindo posteriormente de um período assintomático, o qual pode perdurar por vários anos (LEITE, 2016).

2.3 AIDS e a Saúde Pública

Nos anos de 1992 e 1993 houve um incremento acerca da política brasileira, ao qual abordou a prevenção e o tratamento das ISTs e do HIV/AIDS, conjuntamente a outros programas de saúde. Por volta de 1994, outras iniciativas tiveram o apoio dos recursos do SUS e de projetos junto ao Banco Mundial, levando ao surgimento de uma nova fase que culminou na consolidação do Programa Nacional de Combate às IST/HIV/AIDS (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013).

Foi feito um novo relatório pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) que mostra os países que estão adotando o chamado Fast-Track – Via Rápida em português-, no qual totalizou um milhão de pessoas a mais tendo acesso ao tratamento antirretroviral em apenas seis meses. No período de junho de 2016, por volta de 18,2 milhões de pessoas tiveram acesso aos medicamentos, incluindo 910.000 crianças, o dobro do número que foi registrado a 5 anos atrás. Percebe-se que se esses esforços forem preservados e estendido, o mundo caminhará em busca da meta de 30 milhões de pessoas em tratamento até 2020 (WHO; UNODC; UNAIDS, 2016).

Desde o aparecimento do primeiro caso de HIV no início da década de 1980, os altos índices de morbimortalidade o que torna a AIDS um urgente problema de saúde pública, que vêm apresentando diversos desafios impostos à humanidade. O perfil epidemiológico e as disposições iniciais de infecção e transmissão acabaram por apresentarem modificações ao longo dos anos. O conceito da realidade de grupos de risco específicos (ex: homossexuais e usuários de drogas injetáveis) ganhou espaço de comportamento de risco (ex: sexo desprotegido) e, conseqüentemente, à de fragilidade. A transmissão entre o público heterossexual passa a ser evidente, ocupando hoje um lugar de exposição sexual que expõe um maior número de casos

notificados (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014).

2.4 Ideação suicida

A caminhada com a soropositividade é acompanhada de circunstâncias disparadoras do sofrimento ou adoecimento psíquico. Esses sentimentos acabam por desencadear um emaranhado de sentimentos que surgem frente a angústia de evitar o sentimento de dor, conjunto a isso, se tem o enfrentamento da doença, sabendo que a aids tem uma representação sócio-cultural estigmatizante. Obter o diagnóstico de HIV/aids, afeta não somente o aspecto biológico, mas também acomete os aspectos sociais e emocionais, que envolvem não só o paciente, mas seus familiares também ficam vulneráveis psiquicamente, com isso, ao se perceberem portadores do vírus da imunodeficiência esses indivíduos adotam mudança no estilo de vida (CHAVES, 2016).

Dentre algumas dessas mudanças, estão inclusas: a continuação das consultas nas UBS, o uso diário dos antirretrovirais e seus efeitos colaterais, o acometimento de doenças oportunistas, a problemas de aceitação da autoimagem e redução da auto estima, além de inúmeras ameaças de origem física ou moral que prejudicam inclusive o autocuidado (FERNANDES, 2016).

Esses pacientes que convivem com a soropositividade, apresentam de forma particular uma maior susceptibilidade a sentir-se desesperançados e vulneráveis com relação a sua doença e ao mesmo tempo se sentem isoladas da sociedade. Esses fatores parecem ser primordiais para justificar as crises suicidas. Frente a estas razões, se percebe a real necessidade de uma detecção precoce do potencial desse paciente, e ajudá-lo a lidar com estas crises e adaptar-se a elas (FAGUNDES, 2010).

O risco de suicídio em pacientes infectados é três vezes maior do que na população geral. Recentemente, um estudo de revisão mostrou que 26,9% das PVHA relataram ideação suicida, sendo que 6,5% atribuem tal ideação a efeitos colaterais dos antirretrovirais; 22,2% tinham um plano de suicídio; 23,1% relataram pensamentos de acabar com a própria vida; 14,4% manifestaram desejo de morte e 19,7% cometeram suicídio (sendo 11,7% deles com AIDS e 15,3% em outras fases da doença) (BRASIL, 2013).

Existem fatores que podem ser apontados como de risco e que devem ser sondados e abordados, como: tentativas prévias de suicídio, depressão, o desamparo da família e/ou companheiro e dificuldades financeiras, por esta razão o risco de suicídio deve ser investigado em todos os pacientes (FAGUNDES, 2010).

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. Este tipo de estudo possibilita conclusões de estudos anteriormente conduzidos, sumarizados a fim de

que se formulem inferências sobre um tópico específico.

O estudo proposto utilizou o modelo descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008), o qual se dividiu em seis etapas: a) Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese para a elaboração da revisão integrativa; b) Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem e busca na literatura; c) Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; d) Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; e) Quinta etapa: interpretação dos resultados; f) Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A primeira etapa foi constituída na seleção da hipótese através da pergunta norteadora: Quais os fatores relacionados à ideação suicida/ suicídio entre indivíduos vivendo com HIV/ AIDS? A ideação suicida é mais frequente entre homens ou mulheres soro reagentes para HIV/ AIDS? E quando homossexuais?

O objetivo traçado para responder a questão norteadora foi: Analisar na literatura a prevalência de ideação suicida entre os indivíduos vivendo com HIV/ AIDS.

A segunda etapa se deu através do estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão a fim de nortear a busca e seleção dos artigos. Os critérios de inclusão foram os artigos disponíveis na íntegra no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS - Bireme), nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2009 a 2018. Utilizou-se os limites existentes na BVS para realização da pesquisa:

- Limite - Tipo de publicação: artigos corrigidos e republicados, ensaio clínico controlado, ensaio clínico controlado aleatório, metanálise e revisão integrativa.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram os estudos que não se relacionaram especificamente com a temática em questão.

As bases de dados eleitas para a busca dos artigos foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores de saúde utilizados, Suicídio, HIV, Ideação Suicida assim como as palavras chave HIV/ AIDS, Sofrimento e Depressão.

A terceira etapa foi constituída da categorização dos resultados através da composição de um quadro composto por: título do periódico, país e ano de publicação; autor (es) e método(s); objetivo; resultados; discussão .

A quarta etapa deu-se através da classificação do nível de evidência dos artigos, proposto por Pompeo, Rossi e Galvão (2009), do nível de melhor qualidade metodológica ao nível de menor evidência que foram os seguintes:

- Nível I de evidência - Revisão sistemática ou metanálise (síntese das

evidências de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados).

- Nível II de evidência – Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado, controlado, bem delimitado.

- Nível III de evidência- Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados, sem randomização.

- Nível IV de evidência- Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso controle bem delimitados.

- Nível V de evidência- Evidência originária de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.

A quinta etapa, ocorreu por meio das interpretações dos artigos, a discussão dos resultados para evidenciar a CP como marcador preditivo da SM. Nessa etapa, foi possível perceber que, nas bases pesquisadas, se houve artigos acerca da temática no período determinado.

Por fim, a sexta etapa foi elaborado um artigo com a finalidade de divulgar os resultados obtidos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das palavras-chave previamente definidas obteve - se N° 29 =100 % estudos, analisados em três etapas, a depender do não atendimento para responder a questão norteadora da revisão e do não cumprimento aos critérios de inclusão, os artigos não passavam para a etapa seguinte do processo de leitura. Na primeira leitura, se enfatizou o título e o resumo dos artigos N° 29 =100 %, na segunda leitura, deu-se ênfase ao método, resultados e conclusões N° 16= 55,17%, por fim, na última etapa, ocorreu a leitura na íntegra dos artigos e seleção dos níveis de evidência dos mesmos.

Após concluída a última etapa do processo de leitura, a amostra encontrada constituiu-se de sete artigos N° 7= 24,14%, dos quais um artigo foi publicado no Journal.pone, um da Revista Africana de pesquisa em AIDS, um do Journal Africano Psychiatry, e três do Diário cuidados de AIDS. Os resultados foram apresentados sob a forma de quadros composto por: título do periódico, ano de publicação; autor (es) e método(s); objetivo; resultados; discussão.

TÍTULO	AUTOR/ANO/BASE DE DADOS	MÉTODOS	OBJETIVOS	RESULTADO E DISCUSSÕES
Saúde psicossocial e ideação suicida entre pessoas vivendo com HIV / AIDS: um estudo transversal em Nanjing, China	WANG, WEI et al. PLoS One; 13(2): e0192940, 2018. Artigo em Inglês MEDLINE ID: mdl-29470532	Um estudo transversal de base institucional foi realizado de julho a agosto de 2016 em Nanjing, China, usando um questionário de autorrelato. Características sócio-demográficas, estado de infecção, variáveis psicossociais e relatos de ideação suicida dos participantes foram coletados. Regressões logísticas foram utilizadas para identificar potenciais fatores associados à ideação suicida e verificar o efeito sindêmico de fatores psicossociais. Além disso, odds ratios (ORs) com intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram computados.	Este estudo avaliou a prevalência e verificou o efeito sindêmico das condições de saúde psicossocial na ideação suicida entre PVHA na China.	No total, participaram quatrocentos e sessenta e cinco PVHA, 31,6% (n = 147) dos quais tiveram ideação suicida. Os resultados da análise univariada mostraram que idade avançada, baixa escolaridade, ser casado, ter filhos e variáveis psicossociais (alta percepção de estigma, depressão, baixa autoestima, apoio social e resiliência) foram significativamente associados ao aumento da ideação suicida. Modelos de regressão logística múltipla revelaram que depressão (OR = 2,70, IC95% = 1,62–4,51), estigma percebido (OR = 1,97, IC95% = 1,17–3,32) e baixo suporte social (OR = 1,85; IC95% = 1,08–3,20) e auto-estima (OR = 4,11; IC95% = 2,06–8,16) foram estatisticamente significantes. As PVHA com pelo menos dois problemas de saúde psicossocial tinham quase 5 vezes mais chances de ter ideação suicida (OR = 4,72; IC95% 3,11–7,17).
Correlatos clínicos de suicidalidade entre indivíduos com infecção por HIV e doença da AIDS em Mbarara, Uganda	RUKUNDO, GODFREY ZARI et al. Afr J AIDS Res; 15(3): 227-32, 2016 Sep. Revista Africana de pesquisa em AIDS Volume 15, 2016 - Edição 3 Artigo em Inglês MEDLINE ID: mdl-27681146	Um estudo transversal foi realizado com 543 indivíduos HIV positivos com 15 anos ou mais, recrutados de duas clínicas especializadas em HIV em Mbarara. Usando análise de regressão logística, fatores significativamente associados com a probabilidade de suicídio em intervalo de confiança de 95% foram identificados. n = 54; IC 95%: 5,00-15,00).	Este artigo descreve os fatores de risco clínicos para a probabilidade de suicídio entre indivíduos com infecção por HIV e doença da AIDS em Mbarara, Uganda. Neste estudo, a ideação suicida inclui ideação suicida e tentativas de suicídio.	Os fatores de risco para suicidalidade foram: percepção de saúde física ruim (OR 2,22, IC95% 1,23–3,99, p = 0,007), dor física (OR 1,83, IC95% 1,01–3,30, p = 0,049), redução do trabalho por doença (OR = 2,22; IC95% 1,23–3,99; p = 0,004) e diagnóstico recente de HIV (OR 1,02; IC95% 1,01–1,03, p = 0,001). Estes resultados sugerem que o HIV / SIDA no Sudoeste do Uganda está associado a um fardo considerável de tendências suicidas. O HIV está associado a vários fatores clínicos que aumentam a vulnerabilidade à tendência suicida. Há necessidade de intervenções mais apropriadas direcionadas a esses fatores clínicos de risco, avaliação sistemática de risco de suicídio e gerenciamento de ideação suicida e comportamentos no tratamento do HIV.

<p>Ideias suicidas e tentativa de suicídio em adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana: diferenças nos fatores de risco e suas implicações</p>	<p>CHO RYOK KANG et al. Diário Cuidados de AIDS Aspectos Psicológicos e Socio-médicos da AIDS / HIV Volume 28, 2016 - Edição 3 Páginas 306-313 Publicado on-line: 07 Oct 2015. Artigo em Inglês MEDLINE ID: mdl-26444525</p>	<p>Uma pesquisa face a face com 457 adultos infectados pelo HIV foi conduzida pelo Governo Metropolitano de Seul em 2013. A análise de regressão logística multivariada foi usada para identificar os fatores associados à ideação suicida e à tentativa de suicídio.</p>	<p>Este estudo foi desenhado para identificar diferenças nos fatores de risco entre ideação suicida e tentativas de suicídio entre adultos infectados pelo HIV em Seul.</p>	<p>Entre 422 participantes, 44% tiveram ideação suicida e 11% tiveram tentativas de suicídio. Os fatores de risco independentes para ideação suicida foram jovens e de meia-idade, vivendo com alguém, história de doença oportunista definidora de AIDS, histórico de tratamento para depressão, menor apoio social e estado psicológico. Beneficiários da Ajuda Médica Nacional, barreiras econômicas ao tratamento, histórico de tratamento para depressão e menor estado psicológico foram independentemente associados a tentativas de suicídio. Pacientes com HIV na Coreia foram tratados sem custo em alguns centros. Assim, experimentar uma barreira econômica ao tratamento pode ser em parte devido à ignorância das políticas de atenção ao HIV.</p>
<p>Prevalência de ideação suicida e fatores associados entre HSH HIV positivos em Anhui, China</p>	<p>YI-LE WU et al. Revista Internacional de DST e AIDS Volume: 26 edição: 7, página (s): 496-503 Artigo publicado pela primeira vez on-line: 23 de julho de 2014; Edição publicada: 1º de junho de 2015. MEDLINE.</p>	<p>Um total de 184 HSH soropositivos deram o consentimento informado e completaram a entrevista. Correlatos de ideação suicida foram avaliados por meio de regressão logística multivariada.</p>	<p>O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência e os fatores associados à ideação suicida entre homens HIV positivos que fazem sexo com homens (HSH) em Anhui, China.</p>	<p>Um estudo transversal Cinquenta e sete (31%) dos HSH soropositivos tiveram ideações suicidas seis meses antes da entrevista. análise multivariada mostrou que a aprendizagem do seu estado HIV nos últimos 12 meses (odds ratio ajustado (AOR) = 3,4, IC de 95% = 1,6-7,3), percebida estigma HIV (AOR = 2,4, IC de 95% = 1,1-5,2), sintomas de depressão (AOR = 2,6, 95% CI = 1,1-5,9) e sintomas de ansiedade (AOR = 2,7, IC 95% = 1,2-6. 1) foram significativamente associados à ideação suicida entre HSH HIV positivos. Os resultados indicaram que a ideação suicida era comum entre HSH HIV positivos em Anhui, China. foi conduzido para recrutar HSH HIV positivos em Anhui, China.</p>

<p>Ideação suicida em pacientes soropositivos atendidos em uma clínica de testagem e aconselhamento voluntário de HIV na África do Sul.</p>	<p>GOVENDER, R D; SCHLEBUSCH, L. Afr J Psychiatry (Johannesbg); 15(2): 94-8, 2012 Mar. MEDLINE</p>	<p>A amostra estudada consistiu em pacientes adultos voluntários encaminhados ao longo de um período de três meses para uma clínica de HIVVCT baseada em um hospital estadual geral afiliado à universidade. Os pacientes preencheram um questionário sobre dados sociodemográficos. A ideação suicida foi medida usando a Escala de Desesperança de Beck e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), em dois momentos (dentro de 72 horas após a notificação e novamente em 6 semanas de acompanhamento). Todos os pacientes receberam aconselhamento extensivo pré e pós-teste.</p>	<p>O objetivo deste estudo foi investigar a ideação suicida em pacientes que foram encaminhados para um aconselhamento e testagem voluntária do HIV (VCT) clínica e que foram encontrados para ser soropositivo. Isso a fim de melhorar a prevenção do suicídio e estratégias de intervenção entre esses pacientes.</p>	<p>Os resultados do teste do HIV estavam disponíveis para 189 (99,5%) da amostra original de 190 pacientes estudados, com 157 (83,1%) testes positivos. Mais mulheres testaram positivo, assim como pacientes desempregados e solteiros / divorciados. A média de idade para pacientes HIV positivos foi de 33,49 (DP = 9,449), e para pacientes HIV negativos foi de 37,94 (DP = 15,238). A idade foi um fator significativo em que, para cada ano de aumento de idade, o risco de testar HIV positivo diminuiu em 4,1%. A educação inferior e as crenças tradicionais também foram significativamente associadas ao teste de HIV positivo. Às 72 horas, ideação suicida estava presente em 17,1% (intervalo de confiança de 95% 12,16% a 23,45%), e em 6 semanas em 24,1% (intervalo de confiança de 95% de 17,26% a 32,39%) dos pacientes soropositivos. Seus escores médios de IDB foram 15,20 e 14,23, respectivamente, nos dois momentos.</p>
<p>Ideias e tentativas suicidas ao longo da vida são comuns entre os indivíduos HIV +.</p>	<p>BADIEE, JAYRAAN et al. Diário Cuidados de AIDS Aspectos Psicológicos e Socio-médicos da AIDS / HIV Volume 24, 2012 - Edição 7 136(3): 993-9, 2012 Feb. Artigo em Inglês I MEDLINE</p>	<p>Os participantes (n = 1560) foram avaliados com uma bateria abrangente de testes que incluiu os módulos de depressão e uso de substâncias da Composite International Diagnostic Interview (CIDI) e o Beck Depression Inventory-II (BDI-II) como parte de uma grande coorte prospectiva estudo em seis centros médicos acadêmicos dos EUA. Os participantes com possível depressão ao longo da vida (n = 981) foram classificados em cinco categorias: 1) sem pensamentos de morte ou suicídio (n = 352); 2) pensamentos de morte (n = 224); 3) pensamentos de suicídio (n = 99); 4) fez um plano de suicídio (n = 102); e 5) tentativa de suicídio (n = 204).</p>	<p>As estimativas da prevalência de ideação e tentativa suicida ao longo da vida, e os riscos para a nova ideação suicida, entre indivíduos infectados pelo HIV (VIH +), não estão amplamente disponíveis na era do tratamento anti-retroviral combinado moderno (cART).</p>	<p>Vinte e seis por cento (405/1560) dos participantes relataram ideação suicida ao longo da vida e 13% (204/1560) relataram tentativa de suicídio ao longo da vida. Participantes que relataram pensamentos ou planos suicidas, ou tentativa de suicídio, relataram maiores escores no BDI-II ($p < 0,0001$), e maiores taxas de transtorno depressivo maior atual ($p = 0,01$), do que aqueles que não o fizeram. Os autores relataram taxas mais altas de abuso de substância ao longo da vida ($p = 0,02$) e uso atual de medicamentos psicotrópicos ($p = 0,01$) do que os não-tentadores.</p>

Ideação suicida entre ex-doadores de sangue e / ou plasma do HIV na China rural	LAU, J. T. F. et al. Diário Cuidados de AIDS Aspectos Psicológicos e Socio-médicos da AIDS / HIV Volume 22, 2010 - Edição 8 : AIDSImpact, 9ª edição da Conferência Internacional Gaborone, Botswana	Os entrevistados potenciais foram selecionados aleatoriamente a partir de um registro local; 176 PVHA que eram FBPD se juntaram ao estudo. Com o consentimento informado, essas PVHA e seu cônjuge foram entrevistados separadamente e anonimamente. Respectivamente, 34 e 8% da amostra (índice) PVH auto-relataram ter ideação suicida e tentativa suicida no último ano.	Este estudo investigou a prevalência de ideação suicida e fatores associados entre PVHS ex-doadores de sangue e / ou plasma (FBPD) em um município rural da China central. Os entrevistados potenciais foram selecionados aleatoriamente a partir de um registro local;	Os resultados da análise multivariada mostraram que a pontuação da subescala PVHA na Escala de Função Física da Escala da Pesquisa de Saúde do HIV-Outs (Odds ratio (OR) = 6,67, IC 95% = 1,69-26. 27, ≤25 percentis contra > 75 percentis), a pontuação subescala Depressão da depressão, ansiedade, e Escalas de Stress (DASS; OU = 9,26, IC 95% = 1,32-64,77), e contagem subescala Depressão do cônjuge da DASS (OR = 7,64, IC95% = 1,37-42,77) foram independentemente associados com a ideação suicida do PVHA. Variáveis relacionadas ao HIV (por exemplo, duração do diagnóstico, tratamento e efeitos colaterais) e discriminação percebida do índice PVHA, e status de HIV do cônjuge do PVHA, não foram fatores significativos.
---	---	---	---	---

Quadro 01- Distribuição dos artigos quanto título do periódico, país e ano de publicação; autor (es) e método(s); objetivo; resultados; discussão.

FONTE: WANG, WEI et al.; RUKUNDO, GODFREY ZARI, 2018.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento, contemplando as seguintes variáveis: objetivo e metodologia claros e adequados, procedimentos metodológicos apresentados e discutidos, adequação da amostra, coleta de dados detalhada, aspectos éticos considerados, análise de dados rigorosa, explícita a contribuição, limitações da pesquisa e declaração clara dos resultados. Pontuando escores máximos de 06 a 10 sendo artigos classificados com boa qualidade metodológica e viés reduzido, e escores = ou > 05 pontos, classificados como estudo com qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado.

ARTIGOS	WANG, WEI et al. 2018.	Rukundo, Godfrey Zari et al. 2016.	Cho Ryok Kang et al. 2016.	YI-LE WU et al. 2014.	GOVENDER, R D; SCHLEBUSCH, L. 2012.	BADIEE, JAYRAAN et al. 2012.	LAU, J. T. F. et al. 2010.
Objetivo e metodologia claros e adequados	2	2	2	2	2	2	2
Procedimentos metodológicos apresentados e discutidos	2	2	1	2	2	2	2

Adequação da amostra	1	1	1	1	1	1	1
Coleta de dados detalhada	1	1	1	1	1	1	1
Aspectos éticos considerados	1	1	2	2	1	1	1
Análise de dados rigorosa	1	1	1	2	1	1	1
Declaração clara dos resultados	1	1	1	1	1	1	1
Explicita contribuição e limitações da Pesquisa	1	1	1	1	1	1	1
ESCORES 06 A 10 PONTOS	10	10	10	10	10	10	10
ESCORES = ou < 05	--	--	--	--	--	--	--

Quadro 02 – Classificação dos estudos quanto a qualidade metodológica satisfatória e nível de risco para viés.

A seguir foi feita uma discussão levando-se em conta os resultados dos estudos apresentados e prosseguindo com uma comparação entre os mesmos, apresentados na forma descritiva, sendo classificados de acordo com o nível de evidência.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA	TIPO DE EVIDENCIA	TOTAL DE ESTUDOS SELECIONADOS (Nº=%)
I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise	2
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado	1
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização	3
IV	Evidências obtidas de estudos de coorte e caso controle bem delimitado	1
V	Evidências obtidas de revisão sistemática e de estudos descritivos qualitativos	
VI	Evidências derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo	
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades ou relatórios de comitês de especialidades	
TOTAL	-----	7= 24,14%

Quadro 03 - Caracterização dos artigos quanto ao nível de evidência.

FONTE: POMPEO, ROSSI E GALVÃO, 2009.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se, na amostra: duas revisões sistemáticas, um estudo derivado de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado, três ensaios clínicos bem delimitados sem randomização e um estudo de coorte e caso controle bem delimitado.

Dessa forma em relação à força das evidências obtidas nos artigos, encontrou-se dois artigos com nível de evidência 1, um artigo com nível de evidência 2, três com nível de evidência 3 e um artigo com nível de evidência 4.

Os estudos analisados na presente revisão visaram verificar a prevalência da ideação suicida em PVHA.

De acordo com Wang, et al. 2018, os resultados da análise univariada mostraram que idade avançada, baixa escolaridade, ser casado, ter filhos e variáveis psicossociais (alta percepção de estigma, depressão, baixa autoestima, apoio social e resiliência) foram significativamente associados ao aumento da ideação suicida.

Rukundo, 2016 destaca que os fatores de risco para suicidalidade foram: percepção de saúde física ruim, dor física, redução do trabalho por doença e diagnóstico recente de HIV. O HIV está associado a vários fatores clínicos que aumentam a vulnerabilidade à tendência suicida. Há necessidade de intervenções mais apropriadas direcionadas a esses fatores clínicos de risco, avaliação sistemática de risco de suicídio e gerenciamento de ideação suicida e comportamentos no tratamento do HIV.

Os fatores de risco independentes para ideação suicida foram jovens e de meia-idade, vivendo com alguém, história de doença oportunista definidora de AIDS, histórico de tratamento para depressão, menor apoio social e estado psicológico. Beneficiários da Ajuda Médica Nacional, barreiras econômicas ao tratamento, histórico de tratamento para depressão e menor estado psicológico foram independentemente associados a tentativas de suicídio (CHO RYOK KANG, 2016).

Govender (2012) ressalta em seu estudo que mais mulheres testaram positivo, assim como pacientes desempregados e solteiros / divorciados. A média de idade para pacientes HIV positivos foi de 33,49, e para pacientes HIV negativos foi de 37,94. A idade foi um fator significativo em que, para cada ano de aumento de idade, o risco de testar HIV positivo diminuiu em 4,1%. A educação inferior e as crenças tradicionais também foram significativamente associadas ao teste de HIV positivo.

Segundo Lau (2010) depressão, ansiedade, escalas de estresse, depressão do cônjuge foram independentemente associados com a ideação suicida do PVHA. Variáveis relacionadas ao HIV (por exemplo, duração do diagnóstico, tratamento e

efeitos colaterais) e discriminação percebida do índice PVHA, e status de HIV do cônjuge do PVHA, não foram fatores significativos.

Vinte e seis por cento dos participantes relataram ideação suicida ao longo da vida e 13% relataram tentativa de suicídio ao longo da vida. Participantes que relataram pensamentos ou planos suicidas, ou tentativa de suicídio, relataram maiores escores no BDI-II ($p < 0,0001$), e maiores taxas de transtorno depressivo maior atual ($p = 0,01$), do que aqueles que não o fizeram. Os autores relataram taxas mais altas de abuso de substância ao longo da vida ($p = 0,02$) e uso atual de medicamentos psicotrópicos ($p = 0,01$) do que os não-tentadores (BADIEE, 2012).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados expostos, considera-se que a ideação suicida é altamente prevalente entre PVHA. Sendo importante observar o efeito endêmico das condições de saúde psicossocial desenvolvidas, para prever a ideação suicida entre PVHA, com os fatores que contribuem para a ideação suicida, incluindo depressão, estigma, baixa autoestima e baixo apoio social.

Além disso, triagem, tratamento, educação para suicídio e serviços de encaminhamento para indivíduos suicidas são essenciais. Reduzir o estigma relacionado ao HIV e fortalecer a auto-estima e o apoio social das PVHA é construtivo na mediação das relações entre fatores de risco e suicídio.

Portanto, a triagem precoce de grupos de alto risco para ideação suicida e mais cuidados de saúde psicossocial entre PVHA são necessários.

APOIO FINANCEIRO

O Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (*PIBIC/CNPq*)

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, G.L.S; OLIVEIRA, L.A; SOUZA, M.F.S. **DEPRESSÃO E SUICÍDIO: UMA CORRELAÇÃO**. Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas v. 3, n. 5, jan./jun. 2018 – ISSN 2448-0738.

BADIEE, J; RIGGS, P.K; ROONEY, A.S; VAIDA, F; GRANT, I; ATKINSON, J.H; MOORE, D.J. **Approaches to Identifying Appropriate Medication Adherence Assessments for HIV Infected Individuals with Comorbid Bipolar Disorder. AIDS Patient Care and STDs**, Vol. 26, No. 7. Published Online:3 Jul 2012<https://doi.org/10.1089/apc.2011.0447>

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites **Virais protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos**. Brasília – 2013.

BRASIL. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS / Ministério da Saúde, Brasília, 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV AIDS, 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV AIDS, 2017.

BOTTI NCL, SILVA AC, PEREIRA CCM et al. **TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(5):1289-95, maio., 2018.

CAMARGO, L. A; CAPITÃO, C. G; FILIPE, E. M. V. **Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids**. Psico- USF vol.19 no.2 Itatiba May/Aug. 2014.

CHAVES, J. C. S. **Pacientes portadores de hiv/aids: as repercussões subjetivas após o diagnóstico**. Curso de pós graduação especialização em saúde mental e atenção básica. Escola de Medicina e Saúde Pública. Salvador 2016.

COSTA, S. S. R. **Perfil socioeconômico e epidemiológico dos indivíduos que vivem com hiv/aids notificados no município de Santo Antônio de Jesus –Ba de 2007 a 2014**. Universidade federal do Recovaco da Bahia. Centro de Ciências da Saúde, 2015.

FAGUNDES, V.V.H; OLIVEIRA, J.H.T; VIEIRA, S; SPACK J.M; PUPULLIN, A.R.T. **Infecções oportunistas em indivíduos com infecção pelo HIV e relação com uso de terapia antirretroviral** Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 32, núm. 2, 2010, pp. 141-145 Universidade Estadual de Maringá Maringá, Brasil.

FERNANDES, R. S. S . **Vivência e sentimentos do portador de VIH/SIDA face a sua doença**. Universidade do Mindelo escola superior de Saúde. Mindelo, 2016.

GOVENDER, R.D; SCHLEBUSCH, L. **Hopelessness, depression and suicidal ideation in HIV-positive persons**. Volume 18 No. 1 February 2012.

JESUS, G. J. ; OLIVEIRA, L. B; CALIARI, J. S; QUEIROZ, A. A. F. L; GIR, E; REIS, R. K. **Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida**. Acta Paul Enferm. 2017; 30(3):301-7. 3.

KANG, C.R; BANG, J.H; CHO, S; KIM, K.N; LEE, H.J; YOUNG, H.L; RYU, B.Y; CHO, S.K; OH, M; LEE, J **Implementing the Use of Rapid HIV Tests in Public Health Centers in Seoul: Results of a Pilot Project**, 2014. J Korean Med Sci. 2016 Mar;31(3):467-469. English.

LAU, J. T. F. et al. **Ideação suicida entre ex-doadores de sangue e / ou plasma do HIV na China rural**. Diário Cuidados de AIDS Aspectos Psicológicos e Socio-médicos da AIDS / HIV Volume 22, 2010 - Edição 8 : AIDSImpact, 9ª edição da Conferência Internacional Gaborone, Botswana, 2010.

LEITE, M. A. **Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids / Mônica Americano Leite**. – 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2016.

MOREIRA, L.C.O; BASTOS, P.R.H.O. **Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura**. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional , SP. Volume 19, Número 3, Setembro/Dezembro de 2015: 445-453.

RAKUNDO, G.Z; MISHARA, B.L; KINYANDA, E. **Burden of Suicidal Ideation and Attempt among Persons Living with HIV and AIDS in Semiurban Uganda**. AIDS Res Treat. 2016;2016:3015468.

doi: 10.1155/2016/3015468. Epub 2016 Mar 17.

ROCHA,S; VIEIRA, A; LYRA, J. **Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. Revista Brasileira de Ciência Política, nº11.** Brasília, maio - agosto de 2013, pp. 119-141.

RODRIGUES, Moisés Ederson da Silva et al. **Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. Psico-USF, Itatiba, v. 17, n. 1, p. 53-62, Apr. 2012.** Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712012000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712012000100007>.

SILVA, Viviane Franco da et al. **Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, Sept. 2006.** Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900014&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900014>.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia.** 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

WHO; UNODC; UNAIDS. **Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users: 2016 revision.**

ZATTI, Cleonice et al. **A prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio, HPS - Porto Alegre/RS.** Diaphora, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 13-17, abr. 2017. ISSN 2238-9709. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/104>>. Acesso em: 19 Out. 2019.

IDENTIFICAÇÃO VISUAL ENQUANTO ESTRATÉGIA PARA GARANTIR A SEGURANÇA DO PACIENTE NA PRÁTICA MEDICAMENTOSA

Data de aceite: 20/02/2020

Data da submissão: 02/12/2019

Luzia Gonçalves Pontes

Enfermeira pela Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy -Unigranrio.

Pós graduanda em Enfermagem Clínica pela Universidade Estadual de Enfermagem do Rio de Janeiro (UERJ).

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: luzialuzpon@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6924-0967>

Rhuani de Cássia Mendes Maciel

Enfermeira pela Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy -Unigranrio.

Residente em Enfermagem Clínica e Cirúrgica pela UNIRIO.

Duque de Caxias – Rio de Janeiro. Email: macielrhu@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0393-3482>

Emanuel Pereira dos Santos

Enfermeiro pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Mestre em Enfermagem pela UNIRIO.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: emanuelgranarcanjo@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2454-7572>

tema de grande relevância que gera uma constante inquietação entre os enfermeiros pesquisadores, pois permeia a dimensão da qualidade do cuidado em saúde presente em um cenário público ou particular, pois esse cuidar com segurança envolve pessoas, pacientes e recursos. Os danos relacionados a prática medicamentosa são passíveis de ocorrer em qualquer lugar onde pessoas executam cuidados de saúde. O escopo deste artigo é descrever a reflexão acerca da prática segura medicamentosa e apresentar uma estratégia de prevenção de eventos adversos e sua magnitude como problema global de saúde pública. A importância da utilização de uma ferramenta valiosa que é a implementação de protocolos institucionais com bases científicas, educação permanente, treinamento da equipe com a finalidade de alcançar objetivos propostos, minimizar erros e danos, garantir ao paciente uma assistência segura, livre de danos, erros e instituir uma cultura de segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente, Terapia Medicamentosa, Meios de Comunicação.

VISUAL IDENTIFICATION AS A STRATEGY TO ENSURE PATIENT SAFETY IN DRUG

RESUMO: A segurança do paciente é um

PRACTICE

ABSTRACT: Patient safety is a theme of great relevance that generates a constant concern among the nurse-researchers, because it permeates the dimension of the quality of health care present in a public or particular scenario, because this care with involves people, patients and resources. Drug-related damage is likely to occur anywhere where people perform health care. The scope of this article is to describe the reflection on safe drug practice and present a strategy for preventing adverse events and its magnitude as a global public health problem. The importance of using a valuable tool that is the implementation of institutional protocols with scientific bases, permanent education, team training in order to achieve proposed objectives, minimize errors and damage, ensure safe, damage-free care, errors and institute a safety culture.

KEYWORDS: Patient safety, Drug Therapy, Communications Media.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente resulta do esforço e comprometimento diário de equipes multiprofissionais, instituições e serviços de atenção à saúde, públicos e privados, de processos e sistemas organizados, avaliados e aprimorados continuamente quanto à prevenção e redução de danos, do reforço contínuo para as boas práticas assistenciais recomendadas por agências nacionais e internacionais, da formação de profissionais da saúde e de uma política nacional de segurança no cuidado à saúde¹. Os erros de medicação causam pelo menos uma morte todos os dias e prejudicam aproximadamente 1,3 milhões de pessoas anualmente, apenas nos Estados Unidos. Mundialmente, o custo associado aos erros de medicação foi estimado em US\$ 42 bilhões por ano ou quase 1% do total das despesas de saúde globais².

OBJETIVO

Descrever a reflexão de enfermeiras acerca da prática segura medicamentosa e apresentar uma estratégia de prevenção de eventos adversos e sua magnitude como problema global de saúde pública.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva após a reflexão de Enfermeiros sobre a prática medicamentosa de pacientes que utilizam diversas vias de acesso e pesquisas realizada na internet de artigos científicos,

onde foi selecionado três literaturas que contemplavam o objetivo da pesquisa, durante o primeiro semestre do ano de 2018.

RESULTADOS

A administração de medicamentos é executada por profissionais de saúde e envolve diferentes etapas, que não observadas podem gerar erros e tomar dimensões clinicamente significativas para o paciente e sistema de saúde. Qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento. O erro pode estar relacionado à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos ³. Nos últimos anos, a mídia brasileira divulgou diversos casos de pessoas que faleceram por ter recebido, equivocadamente, nutrição enteral, medicamentos ou outras soluções por via intravenosa. Entretanto, esse não é um problema exclusivamente brasileiro, mas sim mundial ⁴. Segundo a Organização Mundial de saúde OMS a comunicação visual é uma das formas mais rápidas e de fácil compreensão ¹. Sendo tal prática baseada na segurança do paciente, a fim de garantir uma assistência livre de danos sugerimos como proposta, a identificação visual por cores de diferentes tipos de acessos presentes nos pacientes, identificando os equipos de infusão o mais próximo possível das conexões de acesso com cores diferentes de acordo com o tipo de medicação que está sendo infundida, desse modo drogas com necessidade de infusão em via exclusiva serão identificadas com uma cor específica, além de drippings, antibióticos, soroterapia e dieta enteral. Desse modo drogas com necessidade de infusão em via exclusiva serão identificadas com a cor PRETA, drippings serão identificados na cor VERMELHA, antibióticos na cor VERDE e soroterapia na cor AZUL, a dieta enteral será identificada com a cor LARANJA, afins de que a equipe ao olhar para o paciente possa identificar e direcionar o cuidado de maneira individualizada de acordo com a terapêutica medicamentosa que o mesmo está fazendo uso.

CONCLUSÃO

Em consonância com a OMS 2004 sugerimos que as estratégias de barreiras devem ser implementadas e monitoradas como metas para garantir a segurança do paciente e contribuir como medidas para assegurar a qualidade da assistência. Pois entendemos que o ser humano é falho com padrões de comportamento individuais, mas somos detentores de uma valiosa ferramenta que é a educação em saúde

através da implementação de protocolos institucionais com bases científicas, treinamento da equipe e educação permanente de todos profissionais estamos dando um passo nessa luta e alcançar os objetivos propostos, garantir ao paciente uma assistência segura, livre de erros, danos e instituída uma cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132p. Disponível em <http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao_2013/Manuais/Estrategias%20para%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf> Acesso em 23 de outubro de 2018.

Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde. Medicação sem Danos (Infográfico). Disponível em: <https://proqualis.net/infografico/terceiro-desafio-global-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-da-organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-de-sa%C3%BAde> . Acesso em: 21 de novembro de 2019.

Erros de medicação-Pharmacia Brasileira - Janeiro/Fevereiro 2010. (Tânia Azevedo Anacleto, 2010). Página 5. Disponível em: < http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf >. Acesso em: 24 de outubro de 2018.

Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos. Erros de conexão: práticas seguras e riscos na administração de soluções por sondas enterais e cateteres vasculares. Volume 2, número 3, 2013. Disponível em <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V2N3.pdf>> Acesso em 23 de outubro de 2018.

OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO HUMANIZADO AO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data de aceite: 20/02/2020

Samuel Lopes dos Santos

Enfermeiros, Faculdade integral Diferencial
FACID/WYDEN. Teresina Piauí. Brasil
samuellopes121314@gmail.com

Ana Luiza de Santana Vilanova

Enfermeiros, Faculdade integral Diferencial
FACID/WYDEN. Teresina Piauí. Brasil

Leticia de Cássia Carvalho santos

Enfermeiros, Faculdade integral Diferencial
FACID/WYDEN. Teresina Piauí. Brasil

Manuel Airton Carneiro de Andrade

Enfermeiros, Faculdade integral Diferencial
FACID/WYDEN. Teresina Piauí. Brasil

Sara da Silva Siqueira Fonseca

Enfermeira, Me. em Saúde da Mulher,
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Roberta Fortes Santiago

Enfermeira, Dra. em Enfermagem, Prof^a. Adjunta
Universidade Estadual do Piauí - UESPI

RESUMO: O estudo teve como objetivo refletir criticamente sobre a enfermagem em ações humanizadas durante o atendimento a indivíduos nos serviços de emergência. Esta pesquisa é do tipo teórico-reflexivo, sendo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em Teresina-Piauí, através das vivências de acadêmicos do nono período

de enfermagem de uma instituição privada de ensino superior de Teresina, durante o estágio supervisionado. Constatou-se que a Política Nacional de Humanização (PNH) possibilitou vários avanços para a humanização nos serviços de emergência, contudo a grande demanda de atendimento nesses serviços gera falhas na relação multiprofissional e interpessoal, dificuldades na interação profissional-paciente e a inexistência da humanização voltada para os profissionais que contribuem para os desafios que a enfermagem enfrenta para a implementação de ações humanizadas nesses serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Emergência. Enfermagem.

THE CHALLENGES OF NURSING IN HUMANIZED CARE TO THE PATIENT IN EMERGENCY SERVICES

ABSTRACT: The study aimed to critically reflect on nursing in humanized actions during the care of individuals in the emergency services. This research is of the theoretical-reflexive type, being care out in a emergencial care unit (UPA), in Teresina-Piauí, through the experiences of academics of the ninth period of nursing from a private institution of Teresina, during the

supervised stage. It was verified that the National Humanization Policy (HNP) made several advances for the humanization in the emergency services, however the great demand for care in these services generates failures in the multi-professional and interpersonal relationship, difficulties in the professional-patient interaction and the lack of humanization aimed at professionals who contribute to the challenges that nursing faces to the implementation of humanized actions in these services.

KEYWORDS: Humanization. Emergency. Nursing.

DESAFÍOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN HUMANIZADA DE PACIENTES EN SERVICIOS DE EMERGENCIA

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo reflexionar críticamente sobre la enfermería en acciones humanizadas durante el cuidado de individuos en servicios de emergencia. Esta investigación es teórica y reflexiva, se lleva a cabo en una Unidad de Atención de Emergencia (UPA), en Teresina-Piauí, a través de las experiencias de académicos del noveno período de enfermería de una institución privada de educación superior en Teresina, durante la pasantía supervisada. Se encontró que la Política Nacional de Humanización (PNH) ha hecho posible varios avances para la humanización en los servicios de emergencia, sin embargo, la alta demanda de atención en estos servicios genera fallas en la relación multiprofesional e interpersonal, dificultades en la interacción profesional-paciente y la falta de humanización. enfocado en profesionales que contribuyen a los desafíos que enfrenta la enfermería para la implementación de acciones humanizadas en estos servicios.

PALABRAS CLAVE: Humanización. Emergencia. Enfermería

INTRODUÇÃO

A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro (HERMIDA et al., 2018). A assistência humanizada é o cuidado que torna o ser humano único e especial no sentido de prestar um atendimento voltado não só para a doença, mas para o ser que (SILVA; BERNADES et al., 2014).

No Brasil, a humanização do cliente está incluída na Constituição Federal Brasileira de 1998 que garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral e é de responsabilidade do governo garantir o acesso a qualquer cidadão às políticas públicas governamentais (HERMIDA et al., 2018). Com o propósito de alcançar trabalhadores, gestores e usuários de saúde, além de fortalecer iniciativas de humanização existentes, foi lançada em março de 2003, a Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2013).

A PNH busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços

de saúde. Com a assistência humanizada surge o acolhimento, uma das diretrizes da política que se trata de reconhecer a necessidade de cada usuário, construir relações de confiança entre as equipes de saúde e seus pacientes através da escuta qualificada que permite o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade do cuidado (BRASIL, 2013).

O acolhimento é realizado juntamente com a classificação de risco que se compõe pela escuta qualificada, construção de vínculos, garantia de acesso, resolutividade dos serviços de saúde, bem como o estabelecimento de triagem, ou seja, o paciente é avaliado logo na sua chegada e aplicado o fluxograma norteador que o classifica de acordo com as suas necessidades e os critérios de risco estabelecidos em protocolo (HERMIDA et al, 2018).

Nesse sentido, o enfermeiro é peça chave no funcionamento eficiente deste dispositivo, pois a classificação de risco é responsabilidade específica do enfermeiro. É ele quem realiza o julgamento clínico e crítico das queixas e, a partir destas informações, determinará o risco para cada caso (CAMARA et al., 2015).

A enfermagem é considerada uma profissão que sofre impacto imediato e concentrado de estresse, sobretudo nas unidades de pronto atendimento, caracterizadas por situações agudas de pacientes com risco iminente de morte e/ou sofrimento intenso (SANTOS., 2018)

Os profissionais que atuam em unidades de atendimento de emergência devem ser capazes de tomar decisões rápidas e intervenções precisas e ainda capazes de distinguir as prioridades de cada paciente. Além disso, o pronto socorro é caracterizado pela demanda intensa de atendimento, o que torna a agilidade e a objetividade requisitos indispensáveis aos profissionais, pois o paciente grave não suporta demora na tomada de decisões ou mesmo falha nas ações. Assim, essas exigências também são fontes estressoras, que muitas vezes, dificulta o cuidado humanizado (SANTOS., 2018)

As unidades de emergência são compostas de alto nível de complexidade, predominando o avanço tecnológico e científico, fragmentando-se a atenção que deveria ser mais humana. Contudo, as tecnologias, procedimentos técnicos e científicos por si só não são suficientes para uma assistência de qualidade. O acolhimento e as relações de afetividade pelos profissionais de saúde são ferramentas de potencial decisivo para que o cuidado seja efetivo e satisfatório (ROCHA; PINTO, 2016).

Segundo Silva (2014), não há como desprezar as importantes contribuições dos avanços tecnológicos. Porém, constata-se que a dimensão humana, vivencial, psicológica e central da doença e as variadas formas de comunicação precisam ser consideradas nas relações entre profissional e usuário.

É notório que o ambiente de trabalho traga harmonia com as atividades realizadas e o atendimento com o cliente seja efetivo, pois sem condições humanas dignas para o desempenho das funções, não será possível garantir um serviço de qualidade (SANTOS., 2018)

Faz-se mister, a conscientização da equipe de enfermagem em valorizar a figura humana do usuário para que seja avaliado não somente a sua entrada nos serviços de emergência, mas também, toda a sua situação, buscando além de recuperar sua saúde física no momento, identificar suas emoções, frustrações e seus desejos de recuperação de sair vivo e curado (ROCHA; PINTO, 2016).

A partir destas considerações, visa-se responder a seguinte pergunta: Quais os desafios da enfermagem no atendimento humanizado ao paciente que se encontra em situações de emergência à saúde?

Tendo em vista a contextualização apresentada, a humanização nos serviços de emergência se faz necessária e os enfermeiros são os principais responsáveis por essa prática juntamente com outros profissionais. Dessa forma, ao analisar criticamente ações humanizadas realizadas pela enfermagem é de grande relevância, visto que pode ajudar a reconhecer os desafios da enfermagem, bem como aprimorar os cuidados que devem ser humanizados nesses serviços.

O objetivo geral deste estudo consiste em refletir criticamente sobre a enfermagem em ações humanizadas durante o atendimento a indivíduos em situação de emergência, e tem como objetivos específicos discorrer sobre a existência de um atendimento humanizado no serviço de emergência e descrever a forma de cuidado prestada pela enfermagem nesse tipo de assistência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, de acordo com Marconi e Lakatos (2017) a pesquisa de reflexão é definida como a forma de pensar sobre um assunto com a finalidade de alcançar uma conclusão de cunho pessoal. Para que a reflexão atinja seu nível científico, deve apresentar as seguintes qualidades básicas: penetração, persistência, precisão e calma.

A construção deste trabalho foi realizada por acadêmicos de enfermagem do nono período, de uma instituição privada de ensino superior, localizada em Teresina, Piauí. Os acadêmicos relataram sua vivência a partir do estágio supervisionado realizado em uma unidade de pronto atendimento, visando refletir criticamente sobre os desafios em ações humanizadas durante o atendimento em situações de emergência, considerando o que preconiza a política de humanização.

Essa Unidade de Pronto Atendimento (UPA) funciona 24 horas para

atendimentos de urgência e emergência, os quais são realizados por meio da classificação de risco, onde os casos mais graves têm prioridade. A UPA consiste em uma estrutura de saúde intermediária, que auxilia na organização do atendimento de saúde da rede municipal, e não possui internação. O paciente poderá ficar no máximo 24 horas e, se necessitar de mais cuidados, é encaminhado para um hospital da rede de saúde. Os serviços realizados consistem em: urgência e emergência em clínica médica, pediátrica e ortopédica, exames de raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma, bem como procedimentos de curativos, sutura, inalação, administração de medicação e colocação de gesso.

DISCUSSÃO

A humanização se faz um campo instigante de inovação da produção teórica e prática na área da saúde. Fundamenta-se no respeito e valorização da pessoa humana, baseado na construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços (ROCHA; PINTO, 2016). A partir da necessidade de se construir um atendimento humanizado e transversal que valoriza a figura dos trabalhadores, gestores e usuários de saúde, foi lançada em 2003 a Política Nacional de Humanização – PNH.

Nesse enfoque, a PNH preconiza um atendimento equitativo e acolhedor, baseado nisso, observou-se a necessidade de um olhar mais amplo e afável no que diz respeito a prestação da assistência, devido à demanda intensa do processo de trabalho acarretando sobrecarga aos profissionais.

As unidades de emergência são compostas de alto nível de complexidade, predominando o avanço tecnológico e científico, fragmentando-se a atenção que deveria ser mais humana (SANTOS., 2018). Diante disso, o estudo mostra que a forma de gerenciar assistência de enfermagem nesse setor acaba, afastando o enfermeiro do seu verdadeiro propósito, que é garantir o apoio humanizado ao paciente no processo de recuperação da saúde.

Uma das intervenções com potencial decisivo para reorganizar o atendimento nos serviços de emergência e implementar a produção de saúde em rede foi o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), proposto pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização. Ele norteia-se pela escuta qualificada, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização, resolutividade dos serviços de saúde, bem como pela priorização dos pacientes mais graves para atendimento. Trata-se, portanto, de uma forma de redefinir o processo de triagem, que, geralmente se esgota na recepção do paciente (HERMIDA et al., 2018).

Entretanto, são inúmeros os desafios existentes, dentre eles é possível citar,

a grande demanda de usuários com problemas que poderiam ser resolvidos pela Atenção Básica, o que leva a superlotação das unidades e aumenta o tempo de espera, dificultando a agilidade e a qualidade do serviço ofertado e expondo os profissionais a situações de violência. Além disso, a falha na relação multiprofissional e interpessoal, muitas vezes, é encontrada pela diversidade de formação dos profissionais, a forma com a qual os profissionais se comportam entre si colide com ideologia de classe dominante, em particular a visão do médico como sendo a figura central no processo de cuidado, inibindo assim, os demais membros da equipe interdisciplinar, contribuindo para a diminuição da qualidade dos cuidados. Outro desafio é a dificuldade de interação profissional-paciente, visto que a falta de compreensão e não concordância dos usuários com aplicação do ACCR, pelo fato de discordarem da classificação estabelecida pelos profissionais.

É válido ressaltar também que a inexistência da humanização voltada para os profissionais contribui no desgaste físico e mental dos mesmos, devido a diversidade, a agilidade das ações exercidas diariamente, a má remuneração e ainda a associação de seus pacientes como potenciais agentes estressores.

Foi possível verificar que cabe a enfermagem a possibilidade de melhoria da assistência, através de práticas mais éticas, onde o paciente seja ouvido e respeitado, com cuidados fundamentados no amor, ternura e respeito mútuo, tendo em vista o atendimento integral as necessidades do cliente, para assim tornar a assistência mais humanizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo pode-se concluir que a PNH possibilitou vários avanços para a humanização nos serviços de emergência. Contudo a grande demanda de atendimento nesses serviços, falhas na relação multiprofissional e interpessoal, dificuldades na interação profissional-paciente e a inexistência da humanização voltada para os profissionais contribuem para os desafios que a enfermagem enfrenta para a implementação de ações humanizadas nos serviços de emergência, pois são estes os profissionais que lidam diariamente com os cuidados e são os responsáveis pelo acolhimento e classificação de risco.

Portanto, é importante a organização nos serviços de atenção primária, onde podem ser resolvidos problemas que diminuam a demanda nos serviços de atenção secundária, além da conscientização da equipe de enfermagem em valorizar a figura humana do usuário, avaliando toda a sua situação, propor uma relação multiprofissional e interpessoal buscando o bem comum, bem como traçar estratégias de humanização voltadas para os profissionais.

É notório os crescentes estudos acerca da PNH nos serviços de urgência e

emergência, possibilitando cada vez mais um olhar reflexivo acerca de enaltecer os protagonistas da saúde de forma transversal, equitativa e integral que trata as particularidades do indivíduo na forma individual de cada pessoa.

Traz-se nesse estudo reflexivo a vivência observado pelos acadêmicos nos serviços prestados pela unidade de pronto atendimento e percebe-se pela assistência de enfermagem que a humanização ainda é um tema que deverá ser discutido com mais frequência pelos profissionais atuantes nessa área. Observou-se que a humanização ainda deixa muito a desejar nesses serviços por problemas que inviabilizam e impossibilitam o desenvolvimento da PNH, com tudo faz-se necessário uma mudança nessa visão, pois os benefícios propostos pela HumanizaSUS estão sendo deixado de lado em um serviço que se constitui a porta de entrada para à alta complexidade e fundamental para a melhoria do paciente enquanto usuário do serviço.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O Humaniza SUS na atenção básica. Brasília: MS; 2013.
- 2 HERMIDA, P.M.V.; NASCIMENTO, E.R.P.; ECHEVARRÍA-GANILO, M.E.; BRUGGEMANN, O.M.; MALFUSS, L.B.H.; **User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study**. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>.
- 3 MARCONI M. de A. , Eva Maria Lakatos. **Metodologia do trabalho científico**– 8. ed. – São Paulo: Atlas, 2017.
- 4 ROCHA, T.R.A.; PINTO, F.O.; **A humanização na assistência de enfermagem em unidades de urgência e emergência**. Revista Científica Interdisciplinar. ISSN: 2358-8411 Nº 3, volume 3, artigo nº 4, Julho/Setembro 2016 D.O.I: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v3n3a4>.
- 5 SANTOS, T. T. M. S. **Humanização em Unidades de Urgência e Emergência**. 2018. Disponível em: <<https://fameta.edu.br/wp-content/uploads/sites/12/2018/04/2.pdf>> acesso em 18/09/2018.
- 6 SILVA , J. A . **A Humanização na assistência de enfermagem a pacientes em unidades de urgência e emergência**. 2014. Disponível em: <<http://www.senaaires.com.br/wpcontent/uploads/2017/05/A-HUMANIZAÇÃO-NA-ASSISTÊNCIA-DE-ENFERMAGEM-A-PACIENTES-EM-UNIDADES-DE-URGÊNCIA-E-EMERGÊNCIA.pdf>> acesso em 06/09/2018.
- 7 SILVA, P.L.; PAIVA, L.; FARIA, V.B.; CHAVAGLIA, S.R.R; **Triage in an adult emergency service: patient satisfaction**. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf>.

RASTREAMENTO DO PERFIL DE MORTALIDADE POR DOENÇA REUMÁTICA COM COMPROMETIMENTO CARDIACO NO BRASIL EM 2010

Data de aceite: 20/02/2020

Adriana da Costa Coelho
Dasymar Martins da Silva Lucas
Renata Flavia Abreu

RESUMO: OBJETIVOS: (A) Geral: Buscou delinear o perfil sociodemográfico dos óbitos relacionados à doença reumática com comprometimento cardíaco no Brasil em 2010 **(B)** Específicos: Analisar o perfil da mortalidade por doenças reumáticas com comprometimento cardíaco no Brasil no período de 2010; **MÉTODOLOGIA:** Foram analisados por Unidade Federativa; população, IDH, classificação do IDH, internações para tratamento de Doenças Reumáticas com comprometimento cardíaco (DRCC), o valor do serviço de internação hospitalar por ano, o número de óbitos por ano separados por sexo feminino e masculino, faixa etária e escolaridade prevalente de mortalidade por DR e a prevalência de válvula acometida de acordo com o número de óbitos com comprometimento cardíaco durante o período de 2010 através das bases de dados secundários nacionais em saúde do Brasil, coletados no último censo. No que se refere à doença reumática com comprometimento cardíaco (DRCC) a classificação pelo CID é de

I05-09 que incluem; I05 (doenças reumáticas da valva mitral) I06 (doenças reumáticas da valva aórtica); I07 (doença reumática de valva tricúspide), I08 (doenças de múltiplas válvulas); I09 (outras doenças reumáticas do coração) e é através desta classificação que foi possível coletar dados relacionados a óbitos, idade, escolaridade, entre outros pelo sistema DATASUS. Os dados foram processados e os resultados mapeados através do Tabwin desenvolvido pelo DATASUS. Os softwares utilizados são gratuitos. As variáveis foram submetidas à análise descritiva por meio de distribuição de frequência e tabela de medidas de tendência central e análise inferencial por meio de teste de normalidade de Shapiro-Wilk por considerar normalidade na distribuição. A análise dos dados foi sustentada através de uma revisão bibliográfica utilizando BVS – Biblioteca Virtual de Saúde usando os seguintes descritores: (doenças de Valvas Cardíacas); (Cardiopatias Reumáticas); (Epidemiologia). A mesclagem dos descritores foi realizada através do operador booleano “AND” sendo; doenças de valvas cardíacas AND Cardiopatias Reumáticas; Doenças de valvas cardíacas AND epidemiologia, Cardiopatias reumáticas AND epidemiologia, restringindo a pesquisa no espaço temporal dos últimos 5 anos, utilizados artigos em inglês, português e espanhol, textos

completos disponíveis online, gratuitos e que tenham pertinência ao tema em questão. No que tange aos aspectos éticos: este estudo utilizou de bases secundárias de acesso público, por esta razão não foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa CEP, seguindo a resolução nº 466 de 2012. **RESULTADOS:** O perfil sócio demográfico da amostra pesquisa foram pessoas do sexo feminino, idosa (com mais de 60 anos), com a válvula mitral mais acometida, que tiveram de 4 a 7 anos de escolaridade. Além disso, foi observada a correlação entre o numero de internações e o números de óbitos: aumenta um aumenta o outro.

Sexo	F	Fi %
Feminino	23	76,6%
Masculino	4	13,7%
Masculino-Feminino	2	6,7%
NA´s	1	3,3%
Total	30	100%
Faixa etária		
Criança-adolescente	2	7,14%
Adulto	7	25%
Idoso	16	57,14%
Não-informado	3	10,71%
Total	28	100%
Válvula	F	Fi%
Mitral	24	85,72%
Múltiplas Válvulas (MV)	1	3,57%
Tricúspide	1	3,57%
NA´s	2	7,14%
Total	28	100%
Escolaridade	F	Fi%
1-3 anos	7	25%
4-7 anos	16	57,14%
8-11 anos	1	3,57%
Não coletado	4	14,29%
Total	28	100%

Tabela 1 - Dados sociodemográfico relacionados aos óbitos por doenças reumáticas com comprometimento cardíaco no Brasil, 2010.

Fonte: Datasus/2010

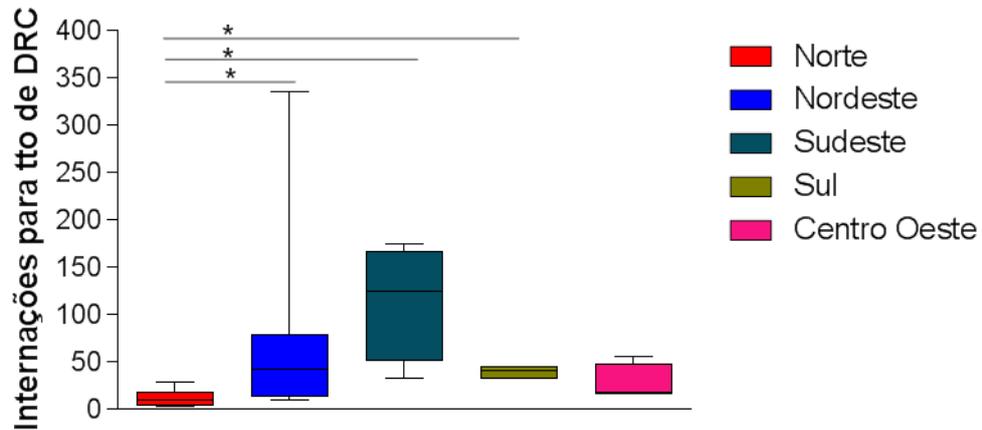


Gráfico 1 - Gráfico de boxplot de internações para o tratamento de doença reumática com comprometimento cardíaco por regiões brasileiras no ano de 2010.

O teste de normalidade Shapiro-wilk foi realizado nas variáveis internações para tto de DRC na região norte, nordeste, sudeste, sul e centro oeste, cujos resultados foram: região norte ($W = 0,8325$ e $p\text{-value} = 0,0022$), região nordeste ($W = 0,6227$ e $p\text{-value} < 0,0001$), região sudeste ($W = 0,8472$ e $p\text{-value} = 0,0339$), região sul ($W = 0,8155$ e $p\text{-value} = 0,0306$) e região centro oeste ($W = 0,6033$ e $p\text{-value} = 0,0001$). As amostras não passaram no teste de normalidade. Após a realização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis para as variáveis internações para tto de DRC na região norte, nordeste, sudeste, sul e centro oeste, cujo resultado $p\text{-value} < 0,05$.

Observamos que houve menos internações para o tratamento de doença reumática com comprometimento cardíaco na região norte em comparação com as regiões nordeste, sudeste, sul e centro oeste.

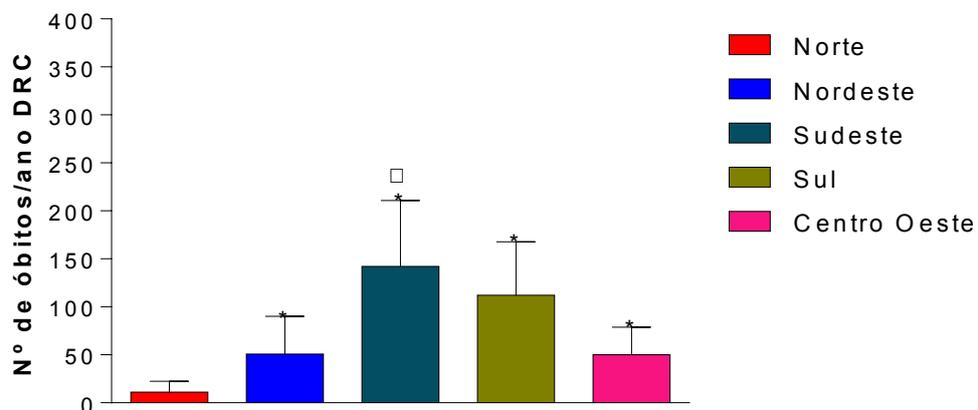


Gráfico 2- Gráfico de barras número de óbitos/ano da doença reumática crônica por regiões brasileiras no ano de 2010.

Observamos que houve um maior número de óbitos/ano da doença reumática crônica nas regiões nordeste, sudestes, sul e centro oeste quando comparado a

região norte. Também foi visto que a região sudeste apresentou um maior número de óbitos quando comparado a região nordeste.

O teste de normalidade Shapiro-wilk foi realizado nas variáveis N° de óbitos/ano DRC na região norte, nordeste, sudeste, sul e centro oeste, cujos resultados: região norte ($W=0,6996$ e $p\text{-value} < 0,0001$), região nordeste ($W=0,6527$ e $p\text{-value} < 0,0001$), região sudeste ($W=0,7620$ e $p\text{-value}=0,0075$), região sul ($W=0,6894$ e $p\text{-value}= 0,0011$) e região centro oeste ($W=0,7616$ e $p\text{-value}=0,0074$). As amostras não passaram no teste de normalidade.

Após a realização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis para as variáveis N° de óbitos/ano DRC na região norte, nordeste, sudeste, sul e centro oeste, cujo resultado $p\text{-value} < 0,05$.

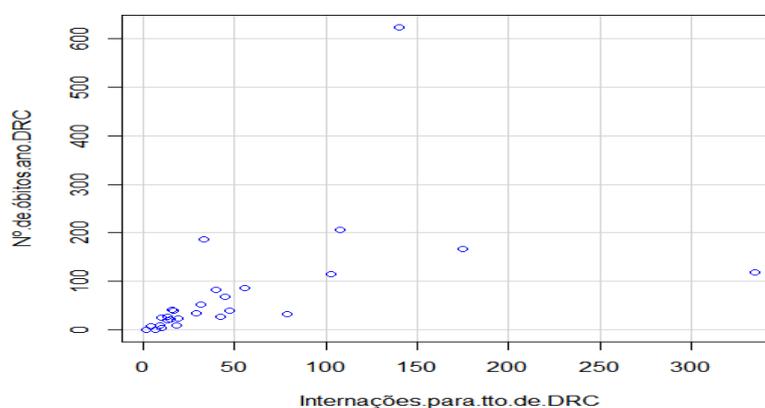


Gráfico 3- Gráfico de diagrama de dispersão número de óbitos/ano da doença reumática crônica por numero de internações para tratamento de doença reumática crônica no ano de 2010.

Após realização do teste não paramétrico de Sperman para as variáveis (internações para tratamento de DRC por número de óbitos no ano de 2010), cujo o valor de $S 444,34$ $p\text{-value} 0.00000006207$, $Rho 0,8643654$ aceitou-se H_0 , afirmando que a hipótese era correta, evidenciando que as variáveis são independentes. Variáveis independentes são as que podemos controlar e mudar durante o experimento a fim de observar sua influencia nas variáveis dependentes. A correlação, quer dizer, que quando aumenta o numero de internações aumenta os números de óbitos.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Walkiria Samuel; FREIRE, Cláudia Maria Vilas. 7. Doença valvar. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 93, n. 6, p.126-130, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2009001300007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300007>. Acesso em: 27 set. 2018

BATTESINI, Marcelo; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; SETA, Marismary Horsth De. Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da distribuição dos recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3295-3306, Oct. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003295&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.10852017>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DataSus. Informações de Saúde. Indicadores de Saúde [Internet]. [citado 2018 abril 1]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>.

CHAGAS, Antonio Carlos Palandri et al. Saúde cardiovascular do homem brasileiro: visão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 584-587, Dec. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200004&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001200004>.

FERNANDES, André Maurício S. et al. Impacto do perfil socioeconômico na escolha da prótese valvar em cirurgia cardíaca: Artigo Original. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, Bahia, v. 2, n. 27, p.211-216, 2012. RBCCV 44205-1373. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3989/398941885008.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2018.

FERREIRA, Jéssica. EPIDEMIOLOGIA COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO: UMA ANÁLISE DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE NO EXTREMO OESTE CATARINENSE. **JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA**, [S.l.], v. 1, n. 6, set. 2016. ISSN 2526-205X. Disponível em: <<https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/JORNADA/article/view/3480>>. Acesso em: 27 set. 2018. MARTINS JÚNIOR, Lauro. O envelhecimento e o coração: as valvas. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba: Ponto de Vista**, Sorocaba- São Paulo, v. 1, n. 18, p.58-59, 2016.

LEBRÃO, Maria Lucia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva: epidemiologia e envelhecimento**, São Paulo, v. 4, n. 17, p.135-140, 2007. ISSN: 1806-3365. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201703>>. Acesso em: 27 set. 2018.

MATTEI, Taíse Fatima; BEZERRA, Fernanda Mendes; MELLO, Gilmar Ribeiro de. Despesas públicas e o nível de desenvolvimento humano dos estados brasileiros: uma análise do IDHM 2000 e 2010. **Race - Revista de Administração, Contabilidade e Economia**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.29-53, 23 abr. 2018. Universidade do Oeste de Santa Catarina. <http://dx.doi.org/10.18593/race.v17i1.10296>. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/race/article/view/10296/pdf>>. Acesso em: 27 set. 2018.

ROCHA, Ricardo Mourilhe; MARTINS, Wolney de Andrade. **Manual de prevenção cardiovascular**. Sao Paulo: Planmark, 2017. 87 p. (1). Disponível em: <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual_de_Prevencao_Cardiovascular_SOCERJ.pdf>. Acesso em: 27 set. 2018..

TARASOUTCHI F, et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. **Arq Bras Cardiol** 2011; 97(5 supl. 1): 1-67

TARASOUTCHI, F; et al. **Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias: Abordagem das Lesões Anatomicamente Importantes**. **Arq.Bras. Cardiol** 2017; 109(6Supl.2):1-3

SOCERJ. Sociedade de Cardiologia de Estado do Rio de Janeiro. 1º edição. Rio de Janeiro. 2017.

TARASOUTCHI, F; et al. **Diretrizes Brasileiras de Valvopatias-SBC 2011/I Diretrizes Interamericana de Valvopatias-SIAC**. **Arq.Bras. Cardiol.**, 97(5) supl.1, p.1-67, 2011.

World Health Organization (WHO). **Cardiovascular Diseases**, 2017. Disponível em http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/. Acesso em :28/04/2018.

UTILIZAÇÃO DE COBERTURAS ESPECIAIS NO TRATAMENTO DE LESÕES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 20/02/2020

Djailma Cinthia Ernesto Silva

Enfermeira - Centro Universitário do Vale do Ipojuca (UNIFAVIP/DeVry). Caruaru - Pernambuco. Brasil. <http://lattes.cnpq.br/1096556545642150>

Hortência Héllen de Azevedo Medeiros

Enfermeira - Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde (UFCG). Cuité - Paraíba. Brasil. <http://lattes.cnpq.br/0925614397214805>

Maria Aparecida Farias de Souza

Enfermeira - Faculdade São Miguel. Recife - Pernambuco. Brasil. <http://lattes.cnpq.br/3534596823271602>

Rebeca Nascimento de Moura

Enfermeira, especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde Família e Sanitarista e em Urgência e Emergência. - Centro de Formação, Aperfeiçoamento Profissional e Pesquisa, (CEFAPP). Recife Pernambuco. <http://lattes.cnpq.br/9343125457982947>

RESUMO: INTRODUÇÃO: O curativo é determinado como um meio de tratamento que consiste na limpeza e administração de material sobre uma ferida para sua proteção, drenagem e absorção, com o propósito de favorecer as condições do leito da ferida e ajudar na cicatrização. As coberturas especiais

são biomateriais de origem natural ou sintética que são aplicados sobre as lesões da pele. O enfermeiro deve ter conhecimento dos tipos de feridas, do processo cicatricial e das coberturas e suas indicações, para então, escolher a que melhor se adeque ao tipo de lesão e a condição econômica do paciente e da instituição hospitalar. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada através da observação e realização de curativos e a utilização de coberturas especiais no tratamento de lesões de pacientes internados na enfermaria de traumatologia-ortopedia de uma unidade hospitalar do Agreste de Pernambuco, durante o Estágio Supervisionado em Enfermagem. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, este foi desenvolvido pela acadêmica de enfermagem do oitavo período do UNIFAVIP/Devry a partir da observação e da realização de curativos e a utilização de coberturas especiais para o tratamento de feridas na enfermaria de traumatologia-ortopedia de um hospital do Agreste de Pernambuco. **RESULTADOS:** As lesões encontradas nos pacientes internados na enfermaria são feridas cirúrgicas, feridas abertas também foram encontradas, e algumas possuíam em seu leito, tecido desvitalizado dos tipos esfacelo e necrótico, com exsudato purulento ou sanguinolento e odor fétido.

Dentre as coberturas disponíveis para o tratamento de lesões destacou-se: o AGE (Ácidos Graxos Essenciais), o Hidrogel, a Colagenase, e a gaze antimicrobiana. O enfermeiro tem total autonomia com relação ao tratamento de lesão. **CONCLUSÃO:** O estágio vivenciado colaborou para o desenvolvimento das competências propostas, oportunizando a construção de habilidades e condutas pertinentes a assistência do enfermeiro no tratamento de lesões.

PALAVRAS-CHAVE: Curativo, Feridas, Cuidados de Enfermagem.

USE OF SPECIAL DRESSINGS IN THE TREATMENT OF INJURIES: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: INTRODUCTION: The dressing is determined like a way of treatment that consists of the cleaning and administration of material on a wound for his protection, drainage and absorption, with the purpose of favoring the conditions of the bed of the wound and helping in the scarring. The special coverings are biomaterials of natural or synthetic origin that they are applied on the injuries from the skin. The nurse must know the types of wounds, the process cicatricial and the coverings and his indications, so that, choose the one that better is adapted to the type of injury and the economical condition of a patient and of the hospital institution. **OBJECTIVES:** To report the experience survived through the observation and realization of dressings and the use of special coverings in the treatment of injuries of patients interned in the ward of traumatology-orthopedy of a hospital unity of the Rural one of Pernambuco, during the Traineeship Supervised in Nursing. **METHODS:** Experience report is treated as a descriptive study, as the type, this one was developed by the academic one of nursing of the eighth period of the UNIFAVIP/Devry from the observation and the realization of dressings and the use of special coverings for the wounds treatment in the ward of traumatology-orthopedy of a hospital of the Rural one of Pernambuco. **RESULTED:** The injuries found in the patients interned in the ward are surgical wounds, open wounds also were found, and they had someone in his bed, woven desvitalizado of the types I wreck and necrótico, with exsudato festering or sanguinolent and foul odor. Among the available coverings for the injuries treatment it stood out: IT it ACTS (Essential Oily Acids), the Hidrogel, the Colagenase, and the antimicrobial gauze. The nurse has total autonomy regarding the injury treatment. **CONCLUSION:** The supervised traineeship collaborated for the development of the proposed competences, oportunizando the construction of skills and relevant conducts the presence of the nurse in the injuries treatment.

KEYWORDS: Dressing, Injuries, Nursing care.

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade a medicina tem mostrado interesse pelos cuidados com as lesões de continuidade do tegumento. A terapêutica utilizada nas feridas integra procedimentos cirúrgicos e clínicos, o curativo é o método clínico comumente utilizado para facilitar a restituição do tecido (SMANIOTTO, et al. 2012). Compreender a etiologia da lesão tissular é de extrema relevância para determinar o tratamento mais adequado ao tipo de ferida, este por sua vez irá variar de acordo com o processo patológico inicial (POTTER; PERRY, 2009).

Tendo em vista que a equipe de enfermagem habitualmente é responsável pela assistência no tratamento de lesões, o enfermeiro deve ter conhecimento dos tipos de feridas, do processo cicatricial e das coberturas e suas indicações, para então, escolher a que melhor se adeque ao tipo de lesão e a condição econômica do paciente e da instituição hospitalar (CUNHA, et al. 2015).

Define-se ferida como: todo e qualquer rompimento da continuidade de tecido ou órgão, da camada mais superficial da pele aos órgãos internos (CORTÊS, 2013). As feridas podem ser classificadas quanto a origem: aguda ou crônica, quanto ao processo de cicatrização: primeira intenção (p. ex: ferida que é suturada ou grampeada), segunda intenção (p. ex: lesão por pressão) e terceira intenção (p. ex. feridas contaminadas que requerem observação) (POTTER; PERRY, 2009).

Podem ainda ser caracterizadas quanto a profundidade: superficial (quando atinge a epiderme), parcial (quando atinge a epiderme e a derme) e profunda (quando atinge epiderme, derme e o tecido subcutâneo podendo alcançar músculos, tendões e ossos); e quanto ao conteúdo microbiano em: limpa (produzida em ambiente cirúrgico desde que não sejam abertos os tratos respiratório, digestório e geniturinário), potencialmente contaminada (contaminação grosseira e quando abertos os tratos respiratório, digestório e geniturinário), contaminada (lesão que entrou em contato com terra ou fezes ou ocorrida em tempo maior que 6 horas) e infectada (quando apresenta reação inflamatória e microrganismos) (KAWAMOTO; FORTES, 2013).

A cicatrização de feridas é um processo enérgico que envolve a ação de células e sistemas mensageiros. É dividida em três fases: inflamatória, proliferativa e remodeladora. A

finalidade destes eventos múltiplos e coordenados será a produção de um tecido de estrutura e funcionalidade semelhante ao tegumento integro (LAUREANO; RODRIGUES, 2011).

O curativo ou cobertura é determinado como um meio de tratamento que consiste na limpeza e administração de material sobre uma ferida para sua proteção, drenagem e absorção, com o propósito de favorecer as condições do leito da ferida

e ajudar na cicatrização (SMANIOTTO, 2012).

As coberturas especiais são biomateriais de origem natural (polissacarídeos, colágenos purificados, fibras proteicas e tecidos tratados) ou sintética (compósitos, polímeros, cerâmicos e metálicos) que são aplicados sobre as lesões da pele. Em contato com o interior do corpo humano quer seja de forma provisória ou contínua, tem como propósito a reconstrução, o tratamento e até substituição da função de tecidos e órgãos (GONÇALVES, 2011).

OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada através da observação e realização de curativos e a utilização de coberturas especiais no tratamento de lesões de pacientes internados na enfermaria de traumatologia de uma unidade hospitalar do Agreste de Pernambuco, durante o Estágio Supervisionado em Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, este foi desenvolvido pela acadêmica de enfermagem do oitavo período do UNIFAVIP/Devry a partir da observação e da realização de curativos e a utilização de coberturas especiais para o tratamento de feridas na enfermaria de traumatologia de um hospital do Agreste de Pernambuco. A oportunidade para esta vivência foi possível através do cumprimento da disciplina Estágio Supervisionado I, realizado na Atenção Terciária em Saúde, no período de outubro a dezembro do ano vigente.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência apresentada surge de observações e vivência durante o Estágio Supervisionado na enfermaria de traumatologia, que se trata de um setor grande e complexo da unidade hospitalar, destinado ao tratamento de pacientes em pré-operatório e pós-operatório de cirurgias diversas, mas principalmente de traumatologia, cirurgia geral e buco-maxilo-facial, sendo o hospital referência em trauma (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2016).

As lesões comumente encontradas nos pacientes internados na enfermaria mencionada anteriormente são feridas cirúrgicas que, na sua grande maioria, cicatrizam por primeira intenção e são caracterizadas como limpas quanto ao seu grau de contaminação. Feridas abertas que cicatrizam por segunda intenção também foram encontradas, e algumas possuíam em seu leito, tecido desvitalizado

dos tipos esfacelo e necrótico, com exsudato purulento ou sanguinolento e odor fétido, classificando-as assim como infectadas.

Dentre as coberturas disponíveis para o tratamento de lesões destacou-se: o AGE (Ácidos Graxos Essenciais), o Hidrogel, a Colagenase, e a gaze antimicrobiana, levando em consideração que um curativo especial é aquele que tem um propósito bem definido, e quando em contato com o sistema orgânico propicia algum benefício independente de sua origem (GONÇALVES, 2011) todas as coberturas utilizadas se enquadram nestes critérios.

O AGE é um óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico vitamina A, E e lecitina de soja, e sua ação se dá pela promoção da quimiotaxia e da angiogênese, onde mantém o meio úmido, agilizando a evolução da granulação tecidual (BRASIL, 2011). Os ácidos graxos essenciais foram muito utilizados no tratamento das lesões abertas dos pacientes, dadas as suas características de promover um ambiente úmido favorável a cicatrização.

O hidrogel foi uma das coberturas mais utilizadas devido a quantidade de feridas com tecido desvitalizado, encontradas nos pacientes da referida enfermaria, por ser uma cobertura utilizada em feridas abertas, com ou sem infecção, que apresentam esfacelo ou necrose (KAWAMOTO; FORTES, 2013). Conhecida a sua característica de manter o meio úmido, que possibilita liquefação dos tecidos necróticos (desbridamento autolítico) observou-se uma preferência maior em relação ao uso da Colagenase visto que essa promove o desbridamento enzimático (SMANIOTTO, et al. 2012).

A gaze antimicrobiana é um tecido com 100% de algodão, de alta absorção, impregnado com PHMB (Polihexametileno de Biguanida), agente antimicrobiano que evita a contaminação do leito da ferida e combate infecções (SÃO PAULO, 2014). Foi utilizada em feridas abertas, contaminadas, com odor fétido e exsudato purulento.

Apesar de poder utilizar na lesão infectada e com odor fétido, o carvão ativado com prata que é bacteriostática, absorve a exsudação e diminui o odor da lesão (SMANIOTTO, et al. 2012) não foi indicado por se tratar de uma lesão que expõe tendão e osso.

A limpeza das feridas abertas foi feita através de irrigação com solução fisiológica a 0,9% no leito da lesão e com clorexidina degermante nas bordas. Em feridas cirúrgicas foi feita a limpeza com solução fisiológica a 0,9% no leito e solução alcoólica de clorexidina nas bordas da ferida.

A experiência foi positiva pois proporcionou correlacionar a teoria vista em sala de aula com a prática no campo de estágio, o enfermeiro tem total autonomia com relação ao tratamento de lesão, este por sua vez avalia a ferida, prescreve a cobertura, realiza o curativo quando indicado, e acompanha a evolução da

cicatrização.

O único ponto negativo observado na vivência do estágio foi a indisponibilidade de coberturas como o Hidrogel e a gaze antimicrobiana na instituição hospitalar, o que fez com que os próprios pacientes arcassem com a despesa de compra-las. Este é um problema que o profissional responsável pela equipe de enfermagem deve enfrentar, a falta de insumos materiais prejudica a assistência de qualidade e implica muitas vezes em danos para o paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio vivenciado na enfermaria de traumato-ortopedia, que propôs a articulação ensino-serviço, colaborou para o desenvolvimento das competências propostas, oportunizando a construção de habilidades e condutas pertinentes a assistência do enfermeiro no tratamento de lesões. Tornou-se uma experiência relevante para a prática profissional, visto que possibilitou a tomada de decisão e o raciocínio crítico, características imprescindíveis ao profissional de nível superior.

Considerando a experiência vivida, esta nos faz ponderar quanto a prática profissional, pois, por meio de atividades como o estágio curricular, percebe-se a importância de se investir

nos estudos e na capacitação técnica, para que na qualidade de enfermeiro o profissional sinta-se preparado para trabalhar nos diferentes cenários, sabendo que lidará com diversas situações que vão requerer o conhecimento teórico para a resolução adequada das contrariedades surgidas, visando sempre uma assistência com qualidade e vendo o sujeito como ser integral.

Através das características aqui pontuadas compreende-se a importância do conhecimento das lesões do tegumento, bem como sua natureza, classificando-as de acordo com o tipo de lesão, o tecido encontrado, o exsudato e o grau de contaminação para então definir a cobertura que será mais adequada ao tratamento daquela lesão.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária**, n. 30 Procedimentos. Brasília – DF, 2011.

CORTÊS, S. M. S. O tratamento de feridas: Um artigo de revisão. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**. Valparaíso de Goiás v. 2 n. 1 Jan./Jun. 2013.

CUNHA, M. B. et al. Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital público sobre a prática de curativo. **R. Interd.** v. 8, n. 1, p. 83-90, jan. fev. mar. 2015.

GONÇALVES, C. C. **Biomateriais e seu uso no tratamento da ferida: conhecimento dos**

enfermeiros. 2011. p. 14 Monografia – Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em: < <http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/l26530.E9.T5363.D5AP.pdf> > Acesso em: 10 de dez. 2016.

LAUREANO, A. RODRIGUES, A. M. Cicatrização de Feridas. **Revista da SPDV**. v. 69, n. 3, p. 355-367, 2011.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SÃO PAULO. LM FARMA. **Curatec gaze antimicrobiana**. 2014. Disponível em: < <http://www.curatec.com.br/wp-content/uploads/2014/05/bula-curate-gaze-antimicrobiana.pdf> > Acesso em: 10 de dez. 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira. Disponível em < <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-regional-do-agreste-dr> > Acesso em: 19 de nov. 2016.

SMANIOTTO, P. H. S. et al. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v. 27, n. 4, p.623-626, 2012.

KAWAMOTO, E. E. FORTES, J.I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SOBRE A ORGANIZADORA

MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA - Mestre em Ergonomia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (2018). Especialista em Clínica Cirúrgica, Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais e Esterilização pelo Instituto de Ensino Superior Santa Cecília (2010). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e extensão (2007). Especialista em Programa de Saúde da Família pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (2006) e Graduada em Enfermagem pela Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO (2004). Atualmente trabalha no Hospital das Clínicas da UFPE, na Central de Materiais e Esterilização. Concursada pela UFPE desde 1992. Atuou como Enfermeira na Urgência/Emergência do HSE pela COOPERSA (2005- 2007). Atuou como Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico e CME no Hospital Prontolinda (2007-2010). Atuou como Enfermeira de Central de Materiais e Esterilização do HSE (2012).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acessibilidade 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
Adultos 1, 2, 34, 55, 57, 69, 94, 123, 130, 158, 159, 163
APAC 136, 137
Assistência de Enfermagem 2, 37, 107, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 146, 174, 176
Atenção Primária à Saúde 51, 55

B

Bexiga Neurogênica 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12

C

Câncer de Mama 136, 137
Cardiopatias Reumáticas 177
Carga de Trabalho 83, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135
Cicatrização 139, 182, 184, 185, 186, 187, 188
Comportamento Suicida 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 149, 150
Comportamento Suicida em Universitários 118, 119, 120, 122, 125
Condições de Saúde 49, 50, 52, 58, 60, 61, 68, 149, 157, 163
Conhecimento 3, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 31, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 64, 69, 75, 87, 88, 92, 93, 97, 98, 102, 107, 109, 121, 136, 139, 140, 141, 142, 145, 147, 153, 155, 182, 184, 187

D

Dimensionamento 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 143
Doença Mental 61, 62, 64, 68, 69
Doenças de Valvas Cardíacas 177
Dor 44, 45, 46, 47, 48, 111, 113, 127, 154, 157, 162

E

Educação em Saúde 19, 73, 76, 145, 168
Educação Profissional 90, 91, 93, 94, 105
Emergência 94, 102, 103, 112, 113, 118, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 182, 189
Enfermagem 1, 2, 3, 4, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49, 60, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 101, 102, 104, 107, 116, 117, 118, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 155, 166, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189
Enfermagem Perioperatória 44
Epidemiologia 69, 70, 114, 127, 151, 177, 181
Estadiamento de Neoplasias 137

Estágio Supervisionado 90, 170, 173, 182, 185

Estudantes de Enfermagem 3, 73, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 87, 88, 89, 127

Eventos Adversos 22, 23, 32, 38, 42, 107, 109, 112, 166, 167

F

Ferimentos e Lesões 138, 139

H

Hipertensão Arterial 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 64

HIV 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165

Hospitalização 32, 44

Humanização 3, 6, 12, 19, 48, 170, 171, 173, 174, 175, 176

I

Ideação Suicida 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 148, 149, 150, 152, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165

Idoso 44, 46, 50, 52, 58, 59, 61, 62, 71, 178

Interações de Medicamentos 20, 21, 23, 24, 25, 41

L

Limitação de Mobilidade 14

M

Meios de Comunicação 166

P

Pessoas com Deficiência 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

Polimedicação 21, 23, 31, 32, 36, 38

Processos de Aprendizagem 90, 94, 99

S

Saúde Mental 63, 70, 71, 74, 81, 88, 89, 119, 122, 123, 125, 126, 164

Segurança do Paciente 22, 33, 36, 38, 40, 42, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 166, 167, 168, 169

Subjetividade 90, 91, 92, 96, 99, 103, 104, 105, 123

Suicídio 82, 84, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 149, 151, 152, 154, 155, 157, 158, 159, 162, 163, 164, 165

T

Terapia Medicamentosa 32, 166

Transtornos Mentais 60, 62, 63, 64, 67, 69, 70, 71, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 84, 87, 88, 89, 124, 164, 165

U

Unidades de Terapia Intensiva 20, 21, 23, 24, 25, 31, 40, 42

 **Atena**
Editora

2 0 2 0