

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

3



Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2021

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

3



Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

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

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

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

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof^a Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Antonio Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar

Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR

Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Giovanna Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Luana Vieira Toledo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G367 Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem 3 /
Organizadora Luana Vieira Toledo. – Ponta Grossa - PR:
Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-764-2
DOI 10.22533/at.ed.642212701

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Toledo, Luana Vieira
(Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem” apresenta em quatro volumes a produção científica sobre o gerenciamento e organização dos serviços de saúde nos diferentes contextos assistenciais. Nos serviços de saúde, as atividades gerenciais são consideradas fundamentais para o alcance dos objetivos propostos, sendo compreendida como uma atividade multiprofissional diretamente relacionada à qualidade da assistência oferecida.

Tendo em vista a relevância da temática, objetivou-se elencar de forma categorizada, em cada volume, os estudos das variadas instituições de ensino, pesquisa e assistência do país, a fim de compartilhar com os leitores as evidências produzidas por eles.

O volume 1 da obra aborda os aspectos da organização dos serviços de saúde e enfermagem sob a ótica daqueles que realizam o cuidado. Destacam-se os riscos ocupacionais, as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho e o conseqüente adoecimento dos profissionais.

No volume 2 estão agrupadas as publicações com foco no gerenciamento das ações de planejamento familiar, incluindo a saúde do homem, da mulher, da criança e do adolescente.

O Volume 3 contempla a importância das ações de gerenciamento em diferentes contextos assistenciais, iniciando-se pela academia. Essa obra é composta pelas publicações que incluem as instituições escolares, unidades básicas de saúde, instituições de longa permanência e serviços de atendimento especializado.

O volume 4, por sua vez, apresenta as produções científicas de origem multiprofissional relacionadas às condições de adoecimento que requerem assistência hospitalar. Destacam-se estudos com pacientes críticos e em cuidados paliativos.

A grande abrangência dos temas organizados nessa coleção permitirá aos leitores desfrutar de uma enriquecedora leitura, divulgada pela plataforma consolidada e confiável da Atena Editora. Explore os conteúdos ao máximo e compartilhe-os.

Luana Vieira Toledo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ENFOCO: PROJETO DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTOS

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Jéssica Magalhães Assis
Carolina Cabral Pereira da Costa
Sandra Regina Maciqueira Pereira
Sheila Nascimento Pereira de Farias
Thereza Christina Mó e Mó Loureiro Varella
Karla Biancha Silva de Andrade
Samira Silva Santos Soares
Déborah Machado dos Santos
Patrícia Alves dos Santos Silva
Midian Oliveira Dias
Adriana Bispo Alvarez
Eloá Carneiro Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.6422127011

CAPÍTULO 2..... 7

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO CÍRIO DE NAZARÉ

Maria Tita Portal Sacramento
Juliana Pereira Pinto Cordeiro
Rhuanna Nayene de Sousa Naiff

DOI 10.22533/at.ed.6422127012

CAPÍTULO 3..... 11

A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM CONFORMAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caroline Severo de Jesus
Fabiana Alves Rodrigues
Adriana Keila Dias
Giullia Bianca Ferraciolli do Couto
Glaucya Wanderley Santos Markus
Reobbe Aguiar Pereira
Leidiany Souza Silva
Lécia Kristine Lourenço
Rogério Carvalho de Figueredo
Eva Lopes da Cruz Arndt
Wellington de Sousa Silva
Marcia Pessoa de Sousa Noronha

DOI 10.22533/at.ed.6422127013

CAPÍTULO 4..... 19

EPIDEMIOLOGIA DA MALÁRIA NOS ANOS DE 2016 A 2018 EM UM MUNICÍPIO DE BORBA- MANAUS AMAZONAS

Ananda Miranda de Lima

Elielza Guerreiro Menezes

DOI 10.22533/at.ed.6422127014

CAPÍTULO 5.....29

CAPACITAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS NO ÂMBITO ESCOLAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Yara Oliveira e Silva

Eduardo Nogueira Castelo Branco

DOI 10.22533/at.ed.6422127015

CAPÍTULO 6.....42

PAPEL DO ENFERMEIRO NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: REFLEXÃO ACERCA DO CUIDADO

Silvana de Oliveira Lima

Gilvanete Ionara da Silva Souza

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

DOI 10.22533/at.ed.6422127016

CAPÍTULO 7.....50

CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA CUIDADORES NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Nicely Alexandra da Silva

Maria Cleene Rodrigues Sarmento

Luciana Catunda Gomes de Menezes

Nicolau da Costa

DOI 10.22533/at.ed.6422127017

CAPÍTULO 8.....69

AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS

Juliana Cristina Rodrigues Negrucci

Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes

Lucileni Narciso de Souza

Plinio Regino Magalhães

Péricles Cristiano Batista Flores

Anelvira de Oliveira Florentino

Nadir Barbosa Silva

Ana Maria Cardoso Cunha

Camila Rodrigues de Souza

Mirelle Ahnert Freitas

Keila Martins da Conceição

Solange Aparecida Caetano

DOI 10.22533/at.ed.6422127018

CAPÍTULO 9.....82

INCLUSÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ROTINA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE INHAPIM MINAS GERAIS

Stela Cristina de Lima Nogueira

Rafaela Lima Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.6422127019

CAPÍTULO 10..... 85

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER: REVISÃO INTEGRATIVA

Priscyla Cruz Oliveira

Michelle Soeiro de Oliveira

Anatalia Neco da Silva

Julliana de Carvalho Oliveira

Maria Elibia Rodrigues Magalhães

Helio de Almeida Nobre Junior

Francisca Antonia do Vale Gomes

DOI 10.22533/at.ed.64221270110

CAPÍTULO 11..... 101

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO IDOSO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Suzane Silva dos Santos

Jéssica Litaiff de Farias

Aldelena Herinques da Silva

Maria Leila Fabar dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.64221270111

CAPÍTULO 12..... 113

CAPACITAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE ENFERMAGEM PARA A IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernando Conceição de Lima

Tatiane de Souza Vasconcelos

Dayara de Nazaré Rosa de Carvalho

Yuri Henrique Andrade de Oliveira

Andreza Cassundé Moraes

Juliana Raiyanni Sousa Neto

Adrielly Cristiny Mendonça Fonseca

Katielem Melo Vale

Celice Ruanda Oliveira Sobrinho

Lorena Nayara Alves Neves

Thalyta Mariany Rêgo Lopes Ueno

Viviane Ferra Ferreira de Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.64221270112

CAPÍTULO 13..... 122

IDOSO X QUEDA: UMA PERCEPÇÃO DOS FATORES DE RISCO

Tamara Azeredo da Silveira

Thalita Oliveira de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.64221270113

CAPÍTULO 14.....	126
TIPOS DE VIOLÊNCIA EM IDOSOS SEGUNDO O SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	
Naiane Pereira dos Santos	
Luciana Araújo dos Reis	
DOI 10.22533/at.ed.64221270114	
CAPÍTULO 15.....	138
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE	
Gláucia Miranda	
Gustavo Zambenedetti	
Michele da Rocha Cervo	
Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo	
Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante	
DOI 10.22533/at.ed.64221270115	
CAPÍTULO 16.....	150
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Andrelina Jovina Rosa	
Luciana Maria da Silva	
Paula Roberta da Silva	
Laryssa Grazielle Feitosa Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.64221270116	
CAPÍTULO 17.....	161
DEMANDAS PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL ENTRE TRABALHADORES DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	
Eliane Rosso	
Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo	
Michele da Rocha Cervo	
Gustavo Zambenedetti	
Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante	
DOI 10.22533/at.ed.64221270117	
CAPÍTULO 18.....	174
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
Cynthia Rayanne da Silva Matias	
Suely Gonçalves de Carvalho	
José Leandro Duarte da Silva	
Laryssa Grazielle Feitosa Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.64221270118	
CAPÍTULO 19.....	184
VIVÊNCIAS DE USUÁRIOS EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UM RELATO DE	

EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Larissa Kny Cabreira
Ketrin Andressa Cossetin Gabi
Zaira Letícia Tisott
Enaie Libardoni Padoim
Vivian Kelli Santos Gottschefski
Karine Prates Germano
Mardhorie Seidler
Micheli Steinhorst Krebs

DOI 10.22533/at.ed.64221270119

CAPÍTULO 20..... 193

A INFLUÊNCIA DE FATORES EMOCIONAIS NO ALCOOLISTA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM ESTUDO DE CASO

Ana Karina Rodrigues Coelho
Amanda Guimarães Cunha
Luna Carolina Cardoso Castro
Leonardo da Silva Trindade
Daniela Lima Sampaio
Ana Luiza Ribeiro Souza
Gilmara da Costa Gonçalves Reis
Fabiana Rodrigues Ferreira
Jamilly Cristinhe Passos de Jesus
Dirce Helena da Silva Souto
Paulo Sérgio Caetano de Carvalho
Giselle Diniz dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.64221270120

CAPÍTULO 21..... 201

UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DE PESSOAS COM ESTOMIAS

Vanessa Cristina Maurício
Caroline Rodrigues de Oliveira
Priscilla Farias Chagas
Lívia Nunes Rodrigues Leme
Samira Silva Santos Soares
Silvio Arcanjo Matos Filho
Ninalva de Andrade Santos
Déborah Machado dos Santos
Patrícia Alves dos Santos Silva
Midian Oliveira Dias
Eloá Carneiro Carvalho
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

DOI 10.22533/at.ed.64221270121

CAPÍTULO 22..... 212

O ASPECTO EMOCIONAL COMO FATOR CONTRIBUINTE PARA O TRATAMENTO DE

ÚLCERAS VENOSAS NO IDOSO

Daniela Simões Silva Di Francesco
Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes
Juliana Cristina Rodrigues Negrucci
Lucileni Narciso de Souza
Plinio Regino Magalhães
Péricles Cristiano Batista Flores
Ana Maria Cardoso Cunha
Keila Martins da Conceição
Solange Aparecida Caetano
Aparecida Lima do Nascimento
Márcia Zotti Justo Ferreira
Priscila Oliveira Fideles dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.64221270122

CAPÍTULO 23.....227

A RELEVÂNCIA DA OZONIOTERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS DIABÉTICAS: REVISÃO DE LITERATURA

Thaise Emanuele Medeiros Mota
Géssica Ribeiro Carrijo
Valéria Silva Peixoto
Euvani Oliveira Sobrinho Linhares
Rosânea Meneses de Souza

DOI 10.22533/at.ed.64221270123

SOBRE A ORGANIZADORA.....242

ÍNDICE REMISSIVO.....243

CAPÍTULO 1

ENFOCO: PROJETO DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTOS

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 14/11/2020

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2936-3468>

Jéssica Magalhães Assis

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1343-433X>

Carolina Cabral Pereira da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0365-7580>

Sandra Regina Maciqueira Pereira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0550-2494>

Sheila Nascimento Pereira de Farias

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5752-265X>

Thereza Christina Mó e Mó Loureiro Varella

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9389-1161>

Karla Biancha Silva de Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6216-484X>

Samira Silva Santos Soares

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9133-7044>

Déborah Machado dos Santos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1073-8223>

Patrícia Alves dos Santos Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1482-0152>

Midian Oliveira Dias

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5378-736X>

Adriana Bispo Alvarez

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Macaé – Rio de Janeiro
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6761-9025>

Eloá Carneiro Carvalho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1099-370X>

RESUMO: O ENFOCO é um projeto de comunicação voltado para estudantes, professores, e servidores técnico-administrativos, elaborado a fim de viabilizar o fluxo de informações por meio dos murais contidos na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ). A ENF conta com 25 murais distribuídos nos três andares desta

unidade acadêmica onde, por sua vez, há uma elevada circulação de pessoas que observam esses espaços de comunicação em busca de informações relevantes acerca da profissão, da Unidade Acadêmica, da UERJ e da área de saúde em geral. O projeto tem como objetivo geral revitalizar os murais da Faculdade de Enfermagem, ampliando a divulgação das atividades desenvolvidas em todos os setores da unidade acadêmica e de outras unidades. A contribuição deste projeto envolve a otimização do intercâmbio de informações referentes às atividades de caráter pedagógico, acadêmico e administrativo; ajuda a favorecer o processo ensino-aprendizagem, socializando orientações relevantes; e colabora para tornar estes espaços de comunicação agradáveis para a leitura. Além disso, entende-se que o ENFOCO tem favorecido a manutenção da memória da unidade acadêmica por meio da divulgação das atividades e ações que foram desenvolvidas pelo corpo social da unidade, registradas por meio de fotografias e, posteriormente, arquivadas no Centro de Memória Nalva Pereira Caldas da ENF/UERJ. Neste sentido, considera-se que a experiência com este projeto tem sido exitosa, pois as repercussões das atividades desenvolvidas apresentam-se efetivas para o processo ensino-aprendizagem e para a dinâmica do trabalho na Faculdade de Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Comunicação; Imagem; Ensino.

ENFOCO: INFORMATION AND KNOWLEDGE PROJECT

ABSTRACT: ENFOCO is a communication project aimed at students, teachers, and technical-administrative servants, designed to facilitate the flow of information through the murals contained in the Faculty of Nursing of the University of the State of Rio de Janeiro (ENF / UERJ). ENF has 25 murals distributed on the three floors of this academic unit where, in turn, there is a high circulation of people who observe these spaces of communication in search of relevant information about the profession, the Academic Unit, UERJ and the area of general health. The general objective of the project is to revitalize the murals of the Faculty of Nursing, expanding the dissemination of activities developed in all sectors of the academic unit and other units. The contribution of this project involves the optimization of the exchange of information regarding pedagogical, academic and administrative activities; helps to favor the teaching-learning process, socializing relevant guidelines; and collaborates to make these communication spaces pleasant for reading. In addition, it is understood that ENFOCO has favored the maintenance of the memory of the academic unit through the dissemination of activities and actions that were developed by the unit's social body, recorded through photographs and, later, filed at the Nalva Memory Center. Pereira Caldas of ENF / UERJ. In this sense, it is considered that the experience with this project has been successful, since the repercussions of the activities developed are effective for the teaching-learning process and for the dynamics of work at the Faculty of Nursing.

KEYWORDS: Nursing; Communication; Image; Teaching.

1 | INTRODUÇÃO

O ENFOCO é um projeto de Estágio Interno Complementar que tem como objeto a viabilização da comunicação escrita divulgadas nos murais da Faculdade de Enfermagem

da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ).

A comunicação é uma ação essencial para a manutenção da vida em sociedade, pois caracteriza-se no ato de partilhar, participar ou tornar comum algo ou alguma coisa (HOLANDA, 2010). Por meio da comunicação o ser humano fortalece as relações interpessoais, constroem e reconstróem o conhecimento. Corroborando, salienta-se que é um importante meio de inclusão e agregação social, de transmissão de conhecimento, cultura e valores, portanto, fundamental nas relações pessoais, empresariais e educacionais (BARROS; MATOS, 2015).

Há alguns tipos de comunicação os quais estão englobadas entre a verbal e a não-verbal. Inserida na forma de linguagem não-verbal tem-se a gestual, a tátil, a simbólica, por sinal, entre outras. Na comunicação verbal, encontram-se a oral, a visual e a escrita (BARROS; MATOS, 2015). Para todos estes tipos de linguagem, é fundamental considerar o emissor da mensagem, o receptor e a especificidade da mensagem que se quer transmitir a fim de que se obtenha clareza e sucesso no processo de comunicação (MATOS, 2014).

Nesta perspectiva, julgou-se indispensável promover uma comunicação escrita adequada e aprazível na ENF/UERJ, já que há nesta unidade acadêmica vinte e cinco murais distribuídos entre os três andares do prédio que tal unidade ocupa. E, historicamente estes espaços de comunicação eram frequentemente subutilizados, apresentavam um visual insólito e pouco atrativo para leitura.

Dessa forma, a direção desta unidade acadêmica elaborou o projeto em tela com o fito de revitalizar os murais da Faculdade de Enfermagem, ampliando a divulgação das atividades desenvolvidas em todos os setores da unidade acadêmica e de outras unidades, bem como objetivando expandir as estratégias de comunicação sobre assuntos pedagógicos, administrativos e acadêmicos relacionados à enfermagem e à área da saúde.

Projetos na modalidade de Estágio Interno Complementar (EIC) tem como foco desenvolver no discente a competência técnico-profissional pertinente a sua área de graduação, com base em um planejamento específico no qual o aluno realiza práticas supervisionadas aspirando-se a complementação acadêmica (COMUNICAÇÃO SOCIAL/ UERJ).

Portanto, era importante idealizar atividades que viessem a agregar qualidade a formação do enfermeiro. A enfermagem é uma profissão que tem como objeto de trabalho o cuidado ao ser humano, para tanto desenvolve ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, recuperação da saúde e reabilitação (GURGEL, 2015). Corroborando, esse profissional executa atividades relacionadas à assistência, à gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde e enfermagem (OLIVEIRA, 2013). Logo, a comunicação, a observação, o método científico, o planejamento, o trabalho em equipe, a habilidade psicomotora são alguns dos instrumentos imaterial do trabalho do enfermeiro (GURGEL, 2015).

Dessa forma, considera-se importante o referido projeto, uma vez que possibilita desenvolver no estudante a habilidade de comunicação. Por meio de uma comunicação

eficaz e eficiente o enfermeiro, por exemplo, realiza anamnese, executa os procedimentos com a colaboração do paciente, promove educação em saúde, colhe dados para desenvolver pesquisas, entre outros. Isto posto, o ENFOCO é um importante meio de instrumentar o futuro enfermeiro para atuar com qualidade.

2 | METODOLOGIA PARA O APRENDIZADO

A fim de construir no estudante a capacidade de comunicação eficiente e eficaz, planejou-se algumas atividades, a saber: Coletar informações (notícias, matérias, conteúdos de interesse do coletivo da Faculdade de Enfermagem) para serem divulgadas nos murais; Elaborar conteúdos para serem veiculados nos murais; Realizar diagramação de conteúdos veiculado nos murais; Participar de eventos sociais e científicos promovidos pela Faculdade, a fim de registrá-los por meio de fotografias, divulgando-os posteriormente, nos murais; Organizar e atualizar semanalmente as informações contidas nos murais, socializando-as de forma criativa e atrativa; Elaborar uma “coluna de saúde”, divulgando conteúdos relativos aos bons hábitos de vida e à prevenção de agravos a saúde; Arquivar, no Centro de Memória Nalva Pereira Caldas, as informações expostas nos murais, preservando a história da Faculdade de Enfermagem; Participar de reuniões de planejamento e avaliação do projeto; Elaborar relatórios das atividades desenvolvidas; Apresentar os resultados do projeto em eventos científicos.

Com o propósito de construir e consolidar conhecimentos relacionados ao projeto e a formação do enfermeiro, o estudante participa semanalmente de reuniões com as orientadoras do EIC, onde se refletem sobre temas ligados à enfermagem, ao mundo do trabalho em saúde, gestão pedagógica, ensino da profissão, entre outras temáticas, sempre incentivando o posicionamento reflexivo e crítico por meio de uma comunicação eficaz e eficiente.

3 | RESULTADOS E IMPACTOS DO PROJETO

Verificam-se impactos positivos para o ensino, para a gestão e para o ambiente da Faculdade de Enfermagem.

Em relação ao ambiente, o desenvolvimento do projeto resultou em um espaço físico mais agradável, aprazível para transitar, para trabalhar e/ou estudar. Constata-se, assim, murais com *layouts* criativos e encantadores, que contribuem para construção da identidade visual da enfermagem e da unidade acadêmica.

O resultado relacionado à gestão acadêmica envolve a veiculação eficaz e eficiente de informações, tornado o corpo social ciente do que aconteceu e ainda ocorrerá na ENF, na UERJ, em eventos pertinentes às áreas de atuação dos enfermeiros, entre outros informes e comunicados pertinentes ao bom desenvolvimento do processo de trabalho.

Destaca-se como outra repercussão positiva para a gestão, a preservação da

memória relativa à unidade acadêmica, pois é atividade do projeto enviar ao centro de Memória da Faculdade documentos e fotografias divulgados nos murais. Nesta perspectiva, cita-se Boguea (2011) quando assevera que,

A memória, entendida como elemento fundamental na formação da identidade cultural individual e coletiva, na instituição de tradições e no registro de experiências significativas, deve ser valorizada e preservada. Preservar a memória de uma sociedade não significa atrelá-la ao passado e impedir o seu desenvolvimento, mas sim conservar seus pilares constituintes a fim de não perder conhecimentos e identidades.

Para o ensino, entende-se que o projeto apresentou resultados profícuos, pois a discente participante do projeto apresentou crescimento acadêmico significativo, visto que investigou e elaborou mensalmente manuscritos sobre temas de saúde/enfermagem para serem divulgados nos murais; apreendeu alguns elementos do processo de trabalho de uma unidade acadêmica; e incrementou sua capacidade de comunicação. Outrossim, considera-se que as atividades desenvolvidas no ENFOCO promoveu a capacidade de criatividade e empreendedorismo da referida discente, já que a cada dois meses havia a demanda de idealizar novos *layouts* para serem apresentados nos murais.

A criatividade pode ser definida como o ato de tirar do nada, transformar, educar, gerar, inventar, produzir, cultivar, instituir, fundar ações, utensílios, processos e produtos que sejam úteis para a sociedade. Entende-se que as habilidades criativas são aquelas que permitem ao indivíduo associar novos conceitos e, até mesmo, novas maneiras de pensar em prol do bem-estar social. A criatividade proporciona aprendizagem ao empreendedor que, através de erros e acertos, cria experiência para uma futura tomada de decisão com pouco ou nenhuma dificuldade (GLANZNER; OLSCHOWSKY; HOFFMANN, 2017).

Ser empreendedor significa ter a capacidade de criar objetos e processos novos e, ao mesmo tempo, colocar em prática mudanças para ideias já construídas, de forma inovadora, visando à solução de problemas. Empreender é identificar a necessidade de construir algo novo e valoroso a partir de praticamente nada, buscando contribuir com benefícios para a sociedade, estando o empreendedor com a capacidade aguçada de criar algo que nenhum outro viu, atribuindo ações promissoras (FERREIRA et al., 2013).

Em relação ao processo mais amplo de ensino-aprendizagem na unidade acadêmica, considera-se que o corpo discente vem tendo acesso a informações e conhecimentos atualizados e correlacionados com o ensino de graduação e pós-graduação, bem como sobre a configuração do mundo do trabalho em saúde e enfermagem.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a experiência com este projeto é exitosa, pois os objetivos foram alcançados e as repercussões das atividades desenvolvidas apresentam-se efetivas para o processo ensino-aprendizagem e para a dinâmica do trabalho na Faculdade de

Enfermagem.

Outra situação a ponderar é que o Estágio Interno Complementar é um recurso para potencializar o ensino, qualificando e complementando o aprendizado em nível de graduação. Portanto, entende-se que esta estratégia é um meio inovador e interessante para incrementar o envolvimento do discente com a futura profissão e com os meandros do processo laboral.

Com base nos resultados discorridos, sugere-se que o EIC seja sistematicamente e crescentemente utilizado em unidades acadêmicas e que se poderem a aplicação deste projeto em outras instituições de ensino.

REFERÊNCIAS

BARROS, D.M.L.; MATOS, N.S. A importância da comunicação organizacional interna e dos feedbacks gerenciais. **Revista de Administração Ifwll**, São Paulo, v. 1323, p.3-20, ago. 2015. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeadm/article/viewFile/1553/1961>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BOGEA, H. **Importância da preservação da memória**. 2011. Disponível em: <<http://www.hiroshibogea.com.br/importancia-da-preservacao-da-memoria/>>. Acesso em: 5 jun. 2020.

FERREIRA, et al. Características empreendedoras do futuro enfermeiro. **CogitareEnferm.** v. 18, n. 4, p. 688-694, out/Dez, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34921>. Acesso em: 14 nov.2020.

HOLANDA, A.B. **Míni Aurélio**: O Dicionário da Língua Portuguesa. 8. ed. Brasil: Positivo, 2010.

GLANZNER, C.H; OLSCHOWSKY, A; HOFFMANN, D.A. Autonomia e criatividade no trabalho de equipes de saúde da família no Sul do Brasil. **Trabalho (En) Cena**, v. 2, n. 1, p. 40-49, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/169618/001050042.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 jun. 2020.

GURGEL, P.K.F.et al. Promoção da saúde e prevenção de agravos: o conhecimento dos alunos de enfermagem. **Rev Enferm Ufpe**, Recife, v. 91, p.368-375, jan. 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/jessi/Downloads/10348-20987-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/jessi/Downloads/10348-20987-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 09 nov. 2020.

MATOS, G.G. **Comunicação empresarial sem complicação**. 3º Edição. Barueri – Sp: Manole, 2014.

OLIVEIRA, M.B. Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Rev Rene**, Ceará, v. 145, p.894-903, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028789005>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

CAPÍTULO 2

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO CÍRIO DE NAZARÉ

Data de aceite: 22/01/2021

Maria Tita Portal Sacramento

Doutora Professora da Faculdade da Amazônia
Belém

<http://lattes.cnpq.br/2334075735562145>

Juliana Pereira Pinto Cordeiro

Professora Especialista da Faculdade da
Amazônia
Belém

<http://lattes.cnpq.br/0964663274960020>

Rhuanna Nayene de Sousa Naiff

Discente da Faculdade da Amazônia
Belém

<http://lattes.cnpq.br/8933379205970278>

RESUMO: A procissão existe há mais de dois séculos. Chegam promesseiros de vários lugares com promessas através de caminhadas até a Basílica de Nazaré ou até a Catedral Metropolitana de Belém. Durante o percurso existem postos de atendimento em toda a BR-316 que realizam troca de curativos, massagens e distribuição de alimentos. O objetivo é relatar as experiências de cuidados de saúde (primeiros socorros e suporte básico de vida) desenvolvidos por acadêmicos de Enfermagem realizada na Faculdade da Amazônia - FAAM em Ananindeua no estado do Pará. E os dados coletados foram: sexo, idade e procedimento realizado. Onde pode concluir que o papel da enfermagem é de suma importância, pois para a realização dos procedimentos oferecidos pelo posto necessitam de conhecimentos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Romeiros, Círio de Nazaré.

THE IMPORTANCE OF NURSING IN NAZARÉ'S CÍRIO

ABSTRACT: The procession has existed for more than two centuries. Promises arrive from various places with promises through hikes to the Basilica of Nazaré or to the Metropolitan Cathedral of Belém. During the route there are service stations across BR-316 that perform dressing changes, massages and food distribution. The objective is to report the experiences of health care (first aid and basic life support) developed by nursing students at the Faculdade da Amazônia – FAAM in Ananindeua in the states of Pará. And the data collected were: sex, age and procedure performed. Where you can conclude that the role of nursing is of paramount importance, as to perform the procedures offered by the post they need knowledge.

KEYWORDS: Nursing, Pilgrims, Círio de Nazaré.

1 | INTRODUÇÃO

A procissão existe há mais de dois séculos, atualmente, é realizada no segundo domingo de Outubro. Reunindo, cerca de dois milhões de romeiros todos os anos. O percurso é de 3,6 quilômetros. Em Setembro de 2004, o Círio de Nazaré, realizado em Belém do Pará foi considerado Patrimônio Cultural de Natureza Imaterial pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan). Chegam

promesseiros de vários lugares. Muitos conseguem alcançar seus objetivos agradecendo de varias formas. O sacrifício às vezes supera os limites da dor e alguns fiéis seguem de joelhos toda a procissão. (BRITANNICA ESCOLA; SANTUÁRIO BASÍLICA DE SÃO SEBASTIÃO FRADES CAPUCHINHOS, 2019)

Outros fazem promessas através de caminhadas até a Basílica de Nazaré ou até a Catedral Metropolitana de Belém. E nesse percurso que duram horas, dias e mais de uma semana dependendo do local de saída desses andarilhos existem postos de atendimento para ajudá-los a cumprir com suas promessas. Um dos postos existentes está localizado na BR-316, em Ananindeua. Realizam troca de curativos, massagens e distribuição de alimentos. Tendo momentos de fluxo intenso.

Tendo como objetivo, relatar as experiências de cuidados de saúde (primeiros socorros e suporte básico de vida) desenvolvidos por acadêmicos de Enfermagem realizada na Faculdade da Amazônia - FAAM em Ananindeua no estado do Pará a viajantes em romaria ao Santuário de Nazaré, no mês de outubro de 2019, onde os mesmos percorrem quilômetros de distância até chegar ao seu destino final.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e relato de experiência, que visa “descrever as vivências, o que possibilita explorar aprendizados vivenciados por outrem, comparando com a própria realidade vivenciada”. O trabalho desenvolvido pelas autoras sobre supervisão de enfermeiro docentes da FAAM, em Ananindeua no estado do Pará em 2019. As intervenções ocorreram durante dois dias que antecedem a procissão onde foram prestados cuidados de saúde a romeiros. Começaram às 16h e vão até as 8h, de quinta-feira até no sábado pela manhã. Os acadêmicos realizavam curativos e até mesmo a troca destes, massagens e verificação de pressão arterial. Os dados coletados foram: sexo, idade e procedimento realizado, sendo que na realização do curativo ou na troca normalmente era feita a massagem.

3 | RESULTADOS

Foram realizadas acolhimento de romeiros, onde realizávamos verificação de pressão arterial, massagem para melhorar a circulação sanguínea e alimentação. No ano de 2019 foram atendidas no total de 260 pessoas de vários lugares e observou-se que o fluxo era mais de mulheres (173) do que de homens (87) (QUADRO 1). A maioria eram jovens tendo a idade média de aproximadamente 28 anos (QUADRO 2). Dentre os procedimentos o curativo foi o mais realizado, em seguida a troca dos curativos e por ultimo foi a verificação de pressão arterial, com 235, 23 e 2, respectivamente (QUADRO 3).

F	M	TOTAL
173	87	260

QUADRO 1: Quantidade de romeiros atendidos quanto ao sexo do ano de 2019.

IDADE	
MÍNIMO	12
MÁXIMO	68
MÉDIA	27,80769

QUADRO 2: Idade média dos romeiros no ano de 2019.

CURATIVO	235
TROCA	23
PA	2
TOTAL	260

QUADRO 3: Procedimentos realizados nos romeiros no ano de 2019

4 | CONCLUSÃO

Concluimos que o papel da enfermagem é de suma importância, pois para a realização dos procedimentos oferecidos pelo posto necessita de conhecimento. Vários andarilhos estavam com calos nos pés, mais precisamente na região plantar. Muitos fazem seus próprios curativos durante o percurso e devido a falta de conhecimento foram e arrancam a pele do calo facilitando a infecção. Os acadêmicos de enfermagem na hora da troca ou da realização do curativo eram feitas a orientação aos romeiros.

Esse é um momento que não importa a religião das pessoas porque o importante é ajudar essas pessoas e os acadêmicos relataram que é muito gratificante, muitos seguraram a emoção com as histórias contadas pelos romeiros durante o atendimento.



REFERÊNCIAS

BRITANNICA ESCOLA. Círio de Nazaré. 2018. Disponível em: <https://escola.britannica.com.br/artigo/C%C3%ADrio-de-Nazar%C3%A9/483183#:~:text=%C3%89%20uma%20festa%20cat%C3%B3lica%20celebrada,outra%20data%3A%208%20de%20setembro>. Acesso em: 09/ 12/ 2018.

SANTUÁRIO BASÍLICA DE SÃO SEBASTIÃO FRADES CAPUCHINHOS. 2018. Disponível em: <http://igrejadoscapuchinhos.org.br/a-historia-do-cirio-de-nazare/>. Acesso em: 09/ 12/ 2018.

CAPÍTULO 3

A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM CONFORMAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 04/11/2020

Caroline Severo de Jesus

Discente do curso Bacharel em Enfermagem
Faculdade Guaraí-FAG
Guaraí- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/1831509940491279>

Fabiana Alves Rodrigues

Discente do curso Bacharel em Enfermagem
Faculdade Guaraí-FAG
Guaraí- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/3205721932080864>

Adriana Keila Dias

Mestra em Ciências Ambientais Faculdade
Guaraí-FAG
Guaraí- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/2128882976477548>

Giullia Bianca Ferraciolli do Couto

Mestra em Engenharia com Ênfase em
Saúde. Faculdade Guaraí-FAG
Guaraí- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/0109560699727614>

Glaucya Wanderley Santos Markus

Mestra em Engenharia com Ênfase em
Saúde. Faculdade Guaraí-FAG
Guaraí- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/5568510365985231>

Reobbe Aguiar Pereira

Mestre em Ciências Ambientais. Faculdade
Guaraí-FAG
Guaraí- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/7447115724350334>

Leidiany Souza Silva

Mestra em Promoção da Saúde. Faculdade
Guaraí-FAG
Guaraí- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/1908517700214366>

Lécia Kristine Lourenço

Especialista em Saúde Pública. Faculdade
Guaraí-FAG
Guaraí- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/0758086317141346>

Rogério Carvalho de Figueredo

Mestre em Ciências da Saúde
Paraíso do Tocantins-TO
<http://lattes.cnpq.br/2845056129867931>

Eva Lopes da Cruz Arndt

Mestranda em Geografia. Instituto Federal do
Tocantins- IFTO
Pedro Afonso- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/4133654317565247>

Wellington de Sousa Silva

Especialista em Urgência e Emergência; e
Oncologia
Guaraí- Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/5350926333734627>

Marcia Pessoa de Sousa Noronha

Mestra em Ensino em Ciência em Saúde
Palmas-Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/3555507789134187>

RESUMO: O contexto conhecido como Vigilância Sanitária (VS) tem se estabelecido com força recentemente em nosso país, porém suas ações têm reconhecimento como sendo das mais

antigas na saúde pública e suas práticas são universais. Assim, o presente artigo tem o objetivo de conhecer estruturalmente a vigilância sanitária e as ações por ela desenvolvidas em conformação ao Sistema Único de Saúde (SUS). Tratando-se de um estudo de revisão, onde recorreu-se a fontes bibliográficas e a documentos oficiais, que foram enriquecidas com referências oriundas da trajetória do SUS. No Brasil, a VS constitui-se um espaço institucional que ganhou ainda mais força com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em conformação com o SUS que dispõe acerca da prevenção, proteção e também da organização de serviços afins, a VS detém papel importantíssimo em meio à saúde pública ao passo que age na diminuição de riscos, seja na fiscalização de bens e ambientes a fim de melhorar sua qualidade quanto também desempenha ações que regulam propagandas de produtos que venham a ser maléfica a saúde. Em campo são desenvolvidas diferentes técnicas de fiscalização, como por exemplo a exigência de que os estabelecimentos de saúde mantenham um manual de boas práticas e Procedimento Operacional Padrão - POP que devem apresentar a descrição das atividades desenvolvidas no estabelecimento, a VS também preconiza que haja uma pia exclusiva para a lavagem das mãos nos serviços de saúde, sendo tal técnica reconhecida como fundamental para prevenção de infecções e propagação de doenças. Assim, as ações por este órgão desenvolvidas vêm garantindo junto ao SUS maior comprometimento com a saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública. Prevenção. Promoção. Diminuição de riscos.

THE ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF SANITARY SURVEILLANCE IN ACCORDANCE THE UNIQUE HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: The context known as health surveillance (VS) has recently established itself in our country, but its actions are recognized as being among the oldest in public health and its practices are universal. Thus, this article aims to understand structurally health surveillance and the actions developed by it in accordance with SUS. In Brazil, VS is an institutional space that has gained even more strength with the creation of the National Health Surveillance Agency (ANVISA). In accordance with the SUS, which provides for prevention, protection and also the organization of related services, VS plays a very important role in public health while acting to reduce risks, be it in the inspection of goods and environments in order to improve its quality as well as performing actions that regulate advertisements for products that may be harmful to health. In the field, different inspection techniques are developed, such as the requirement that health establishments maintain a manual of good practices and Standard Operating Procedure (POP) who must present a description of the activities carried out at the establishment, VS also recommends that there is an exclusive sink for hand washing in health services, such technique being recognized as fundamental for preventing infections and spreading diseases. Thus, the actions carried out by this agency have been guaranteeing greater commitment to the health of the population with the SUS.

KEYWORDS: Public health. Prevention. Promotion. Risk reduction.

1 | INTRODUÇÃO

O contexto conhecido como vigilância sanitária (VS) tem se estabelecido com força

recentemente em nosso país, porém suas ações têm reconhecimento como sendo das mais antigas na saúde pública.

Por meio da lei 9.782, de 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que visa por meio do controle sanitário de produção e comercialização de produtos e serviços submetidos a VS promover a proteção da população. A criação do citado órgão trouxe um ganho enorme para o país, proporcionando maior controle de situações de risco no âmbito da saúde coletiva.

A Anvisa é responsável por coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e suas ações estão presentes desde a produção do consumo de bens e serviços que detêm alta complexidade sendo necessárias profissionais capacitados e sistema de informações (MENDES, 2020).

Segundo SILVA (2018) as práticas desenvolvidas pela VS são universais, e suas ações foram ampliadas com o aumento de produção visto que também cresceram os riscos inerentes ao trabalho, bem como a disseminação de patógenos, além de pesquisas e propagandas inerentes a saúde.

A VS promove ações de prevenção, proteção e promoção em saúde, lidam com riscos, saúde e doença (SILVA, COSTA, LUCCHESI, 2018), tem função reguladora devendo estar do lado do interesse coletivo, zelando pelos serviços ofertados para a população agindo em defesa dos interesses sanitários (SETA, OLIVEIRA, PEPE, 2017). Todas essas práticas também são premissas fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) criado em 1990 a partir da lei 8.080, o que evidencia sua íntima relação onde são utilizadas diversas estratégias para alcançar o bem estar geral das pessoas.

Atualmente o SUS está atrelado às instituições de ensino e pesquisa formando uma rede, possibilitando que várias pessoas adquiram conhecimentos que se vinculam em suas diretrizes e princípios, com isso surge a interação entre estudantes e trabalhadores às secretarias estaduais e municipais de saúde fazendo com que haja uma maior disseminação e reprodução de conhecimentos e informações inerentes ao SUS (PAIM, 2018).

Entende-se que a estruturação da VS é crucial à implementação do SUS, e esta deve zelar por toda segurança da população que abrange desde a fiscalização de artigos alimentícios, quanto serviços inerentes a saúde incluindo desde o recolhimento de resíduos até o preço dos medicamentos (SETA, OLIVEIRA, PEPE, 2017).

Visto que a VS constitui em um meio eficiente e importante para a diminuição de danos individual e coletivo e que suas ações se encontram atreladas aos princípios do SUS, a presente pesquisa tem por objetivo de demonstrar e conhecer estruturalmente a vigilância sanitária e as ações por ela desenvolvidas em conformação com o SUS.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

O estudo baseia-se em uma revisão bibliográfica narrativa realizada mediante busca

em bancos de dados eletrônicos, abordando o tema vigilância sanitária em conformação com o SUS. Foram consultadas para tal fim as bases de dados: SciELO, PubMed, Lilacs e Revistas Eletrônicas de Saúde. Nas buscas foram utilizados os descritores: Vigilância Sanitária, Sistema Único de Saúde, Saúde Pública e ANVISA.

Como critérios de inclusão utilizaram-se artigos científicos completos, em português intrínsecos ao tema com publicações entre 2016 e 2020, além de documentos oficiais com valor histórico. Foram excluídas as publicações científicas que não estavam de acordo com a abordagem proposta.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A VS envolve-se na prevenção, proteção e promoção da saúde populacional, atuando sobre bens e serviços buscando sempre melhorar sua qualidade, entre suas ações estão incluídas a regulação de propaganda de serviços e produtos que venham ser maléfica a saúde. Para a concessão de licenças é realizado a fiscalização do cumprimento de normas por parte dos diversos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, verificando-se a qualidade e boas práticas de produção, momento aproveitado ainda para realizar orientações sobre os riscos à saúde (SILVA, COSTA, LUCCHESI, 2018).

Dentre as normas é verificado se estabelecimentos de saúde mantem um manual de boas práticas e Procedimento Operacional Padrão (POP) instrumento onde está contido todos os procedimentos do local e as técnicas utilizadas, também é verificado a existência de pia exclusiva para a lavagem das mãos nos serviços de saúde, sendo tal técnica reconhecida como fundamental para evitar disseminação de doenças.

A VS deve se atentar para os riscos e benefícios afim de nortear ações de prevenção e promoção à saúde (MENDES, 2020). Suas ações promovem o controle de riscos possuindo poder fiscalizatório conferido pelo chamado poder de polícia o que demanda cada vez mais transparência e compromisso o que atualmente tem dado base para o desenvolvimento de ações nem sempre de fiscalização aproximando a comunidade ao SUS, mostrando a ética e a eficácia da VS em nosso país (NETO et al., 2018; ARAGÃO, OLIVEIRA, 2018).

Para desenvolver de forma adequada seu trabalho o princípio da preocupação é fundamental para VS pois a partir deste se faz a prevenção e também a promoção da saúde que são voltados para a capacitação de poderes além de conscientização de consumidores visando mais qualidade para a população (LAGUARDIA, 2017).

Esperar o inesperado ou o provável é importante para toda ação de saúde, apenas conhecendo um problema ou realizando hipóteses quanto a eles é que se pode tomar medidas eficazes de controle e intervir em situações antes mesmo que aconteçam, assim as ações de prevenção da vigilância sanitária minimizam inúmeros agravos a saúde pública.

Um grande ganho para o cenário de vigilância nacional foi a criação da ANVISA que atua em esfera Federal. Segundo SILVA (2018), a ANVISA surgiu em meio ao

desenvolvimento de forças produtivas que trouxeram à tona diversos riscos relacionados ao trabalho, aderindo funções e características que incorporaram as necessidades de regulação da saúde.

Tal agência desempenha diversas funções dentre as quais tem papel importante na área farmacêutica onde por meio de sua fiscalização houve o aprimoramento da indústria nacional com o encerramento de atividades de risco afim de alcançar novos padrões de qualidade, baseando-se na preocupação, garantindo assim a segurança da população (STÁVALE, LEAL, FREIRE, 2020).

O termo de regulação foi ampliado com a criação da Anvisa trazendo o entender da VS como regulação sanitária, no entanto, existem ainda setores não reguladores que acabam por desenvolver serviços que se encaixam na regulação sanitária (MAIA, GUILHERM, 2016).

Isso se deve ao fato de que as ações de regulação sanitária envolve todo o processo de identificação de riscos e minimização de agravos da saúde, o que se é feito em conjunto de vários órgãos e poderes ultrapassando os limites de agências reguladoras.

De acordo com Delgado (2017) a Anvisa exerce sua regulação mantendo seu poder normativo, exercendo função fiscalizadora e por vezes julgadora. Nesse sentido, Araújo, (2019) afirma que a regulação pode ser vista do ponto administrativo envolvendo as diversas funções democráticas e do ponto de vista social que se dispõe de bens e proteção em busca dos interesses populacionais favorecendo a promoção da saúde coletiva.

A VS está inserida nos poderes federais, estaduais e municipais, os estabelecimentos de grande porte tem suas ações de vigilância realizada por fiscais estaduais enquanto o poder municipal realiza ações de controle e notificação, onde percebe-se que os pequenos municípios tem diversas precariedades deixando a desejar na qualidade das ações sanitárias (BASTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2019).

Os municípios brasileiros são dotados de diferenças socioculturais, políticas e econômicas que devem ser levados em conta na estruturação da VS sendo imperativo na capacidade de comunicação afim de proporcionar o controle de riscos (LEAL, TEIXEIRA, 2017).

A comunicação é essencial para melhorar a capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância efetivas, devendo encorajar em pequenas localidades a qualificação de fiscais da VS e profissionais de diversas áreas.

Um estudo realizado em Fortaleza demonstrou que o serviço de VS ao desenvolver atividades multiprofissionais proporcionou uma maior riqueza no trabalho em função da troca de saberes em cima de um mesmo problema (NETO et al., 2018). O trabalho efetivo da VS é de suma importância para toda sociedade visto que ela compreende uma parte significativa do processo de saúde populacional.

A atenção à saúde é de uma imensa complexidade, e a VS está presente em interações sociais que necessitam de atenção pois estão presentes diversos causadores de

problemas de saúde, pode-se referir os eventos adversos à medicamentos que trazem um prejuízo enorme para população pois resultam em altos índices de morte e hospitalizações fazendo cada vez mais necessária as intervenções de vigilância para minimizar tais efeitos demonstra clara aproximação desse trabalho com o SUS tendo em mente a prevenção de agravos (ARAÚJO, 2019; MAIA, GUILHERM, 2016).

Em meio a tudo isso o SUS, enfrenta diversas barreiras na implementação da vigilância à saúde, percebe-se que existem desigualdades entre a vigilância sanitária e a atenção à saúde quando se fala na incorporação de tecnologias, equipamentos, medicamentos, técnicas e procedimentos, desfavorecendo respostas à saúde (TEIXEIRA, 2018). A implementação do SUS também sofre desafios em função das pluralidades demográficas e sociais de nosso país, visto que o Brasil tem um imenso território dotado de diferentes costumes e crenças (BARROS, LIMA, COSTA, 2017).

Na busca de melhorar a qualidade é necessário que tanto as práticas quanto a gestão da VS passem por qualificação, onde haja o compartilhamento de interesses da pessoa humana e de organizações, mantendo um conjunto de forças populacional e regulatórias afim da resolutividade de problemas de saúde, pois seu trabalho contribui para as políticas de saúde e estão inseridas nos diversos ambientes sociais (ARAÚJO, 2019; LEAL, TEIXEIRA, 2017).

A participação das pessoas é essencial para a transformação das condições quando se pensa na reforma sanitária visto que a comunicação entre sociedade e profissionais é importante para identificar problemas e planejar ações, trazendo para a vigilância em saúde novos campos de práticas e saberes (FERNANDES et al., 2017).

Para Rocha (2020), quando a sociedade passa a ter uma interação com as ações da vigilância sanitária esta passa a ter maior controle de riscos, pois quando a população usa de suas ferramentas como a denúncia proporciona uma visão holística dos problemas referentes ao controle sanitário.

4 | CONCLUSÃO

O termo vigilância sanitária é conhecida desde a antiguidade, e atualmente mais do que nunca se faz presente em nosso país, e suas ações são realizadas entremeio aos níveis federais, estaduais e municipais.

O trabalho da VS inclui a prevenção, proteção e promoção a saúde, conceitos o que a torna intimamente atrelada ao SUS, suas ações visam a prevenção de agravos e sua atuação tem um vasto campo.

A ANVISA é um forte órgão de regulação em saúde e trouxe uma importante contribuição para a saúde pública visando por meio do controle sanitário desde a produção e comercialização de produtos e serviços submetidos a VS promover a proteção da população.

Entende-se que a melhora da qualidade dos serviços de vigilância sanitária partem dos preceitos de participação populacional e da qualificação de profissionais e serviços. Percebe-se que as ações desenvolvidas pela VS andam de mãos dadas com o SUS, assim este órgão vem proporcionando maior comprometimento com a saúde da população.

Com isso, o presente artigo apresenta uma nova visão da vigilância sanitária e proporciona um maior entendimento acerca do seu trabalho e de como suas ações estão atreladas aos objetivos do SUS, contribuindo para o melhoramento de estratégias que visam maior qualidade da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, A. A. V.; OLIVEIRA, S. R. de A. **O poder do poder de polícia à luz do direito sanitário e da vigilância sanitária**. SANARE, Sobral - v.17, n.01, p.58-64, Jan./Jun. – 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1223/654>

ARAUJO, M. do C. R. **A vigilância sanitária em serviços de saúde de São Luís -Ma: regulação e controle dos riscos sanitários**. 2019. 174 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019. Disponível em: <https://tede2.ufma.br/jspui/bitstream/tede/3084/2/MARIA-ARAUJO.pdf>

BARROS, R. M. B. de; LIMA, H. H. G.; COSTA, Í. do C. C. **Análise espacial das informações de vigilância sanitária lançadas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS nas Regiões Intermediárias de Articulação Urbana do IBGE**. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 23-28, 2017. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/902>

BASTOS, M. R. M.; SIQUEIRA, S. F.; SILVA, L. de S. B. G. **Atuação da vigilância sanitária em um município de pequeno porte em Goiás**. Anais dos Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu UniEVANGÉLICA ISSN 2596-1136 -v.03 n.01, jan-jul 2019. Disponível em: <http://45.4.96.34/index.php/latosensu/article/view/4525/2761>

BRASIL. Presidência da República/ Casa Civil-Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil-Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.

DELGADO, J. de S. **Limites ao poder regulatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 2017. 143 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12428/1/ok-61400371.pdf>

FERNANDES, V. R. et al. **O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(10):3173-3181, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n10/3173-3181/pt>

CAPÍTULO 4

EPIDEMIOLOGIA DA MALÁRIA NOS ANOS DE 2016 A 2018 EM UM MUNICÍPIO DE BORBA- MANAUS AMAZONAS

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 07/01/2021

Ananda Miranda de Lima

Universidade do Estado do Amazonas
Departamento de Enfermagem
Manaus-Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/4394506634875983>

Elieza Guerreiro Menezes

Universidade do Estado do Amazonas
Departamento de Enfermagem
Manaus-Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/4807851287574394>

RESUMO: Objetivo: Analisar os dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-Malária) na sede da secretaria Municipal de Saúde de Borba, Manaus, Amazonas.

Método: Estudo documental retrospectivo, com análise descritiva e abordagem quantitativa. Foram selecionados os registros dos relatórios de positividade e resumo epidemiológico por local provável de infecção nos anos de 2016 a 2018 utilizando-se dos programas Excel® 2016.

Resultados: Houve 685 casos notificados, sendo 676 do *plasmodium vivax* e 09 do *plasmodium falciparum*. Observou-se que no ano de 2018 um aumento do índice parasitário de Malária com um grau médio de risco expresso de 11,9. **Conclusão:** A doença ocasionada pelo *plasmodium vivax* foi a de maior incidência no município de Borba-AM. Os três anos investigados revelaram que o perfil epidemiológico da malária se manteve nos dois

primeiros anos com risco baixo para o agravo, no entanto no ano de 2018 o risco passa a ser médio.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Notificação de doenças; Malária; Epidemiologia; Saúde pública.

EPIDEMIOLOGY OF MALARIA IN THE YEARS 2016 TO 2018 IN THE CITY OF BORBA

ABSTRAT: Objective: To analyze data from the Epidemiological Surveillance Information System (SIVEP-Malaria) at the headquarters of the Municipal Health Secretariat of Borba, Manaus, Amazonas. Method: Retrospective documentary study, with descriptive analysis and quantitative approach. Records of positivity reports and epidemiological summary by probable site of infection were selected from 2016 to 2018 using the Excel® 2016 programs. Results: There were 685 reported cases, 676 of which were *plasmodium vivax* and 09 of *plasmodium falciparum*. It was observed that in 2018 an increase in the parasitic index of Malaria with an average degree of risk expressed of 11.9. Conclusion: The disease caused by *plasmodium vivax* was the one with the highest incidence in the municipality of Borba-AM. The three years investigated revealed that the epidemiological profile of malaria remained in the first two years with low risk for the disease, however in the year 2018 the risk becomes medium.

KEYWORDS: Nursing; Disease notification; Malaria; Epidemiology; Public health.

INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Informações de Saúde mostram-se importantes ferramentas tecnológicas capazes de oferecer subsídios de determinada região de saúde e dessa forma possibilitar a análise e monitoramento dos indicadores de saúde da população.

A malária é considerada uma doença de notificação compulsória, todos os casos que são suspeitos ou mesmo confirmados em órgãos públicos ou privados são obrigatoriamente notificados as autoridades de saúde, as quais são usadas as fichas de notificações e investigação (BRASIL, 2014a).

Reconhecida mundialmente um dos mais sérios problemas de saúde pública, é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Plasmodium* e transmitida ao homem por fêmeas de mosquitos do gênero *Anopheles*, caracteriza-se como uma doença infecciosa, apresentando um quadro febril agudo. Quatro espécies de plasmódio podem causar a doença: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* e *P. ovale* (BRASIL, 2014b).

É uma doença de notificação compulsória, para a região Amazônica, o indivíduo deve ser notificado até 7 dias por meio da ficha de notificação do SIVEP-Malária e para região extra-Amazônica em até 24 horas.

A notificação consiste em informar os casos de Malária utilizando a ficha de notificação do SIVEP-Malária, e posterior registradas no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica que permite avaliar a epidemiologia da doença no município.

De acordo com a OMS, estima-se que em 2016 houve cinco milhões de casos a mais de malária do que em 2015. Já os óbitos pela doença ficaram em torno de 445 mil, número similar ao do ano anterior” (BRASIL, 2017).

A doença é produzida como resultado da interação de fatores de natureza biológica, ambiental, socioeconômica e cultural, e continua sendo, dentre as enfermidades parasitárias, a mais antiga, a mais distribuída e a de maior impacto nas populações do mundo devido à extensa distribuição geográfica de seu agente etiológico e à sua atuação como fator limitante do crescimento demográfico, cultural e econômico, especialmente nos países em desenvolvimento (NEVES et al., 2010).

No Brasil, o maior número de casos é registrado na região Amazônica, cujas condições ambientais e socioculturais favorecem a expansão de sua transmissão. Em 2003, 407.691 casos da doença foram notificados na Amazônia Legal (divisão política do território nacional que engloba nove estados: Amazônia, Acre, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins). Pela intensidade da transmissão destacaram-se os estados do Amazonas, Rondônia e Pará, responsáveis por 50% da totalidade dos casos de malária no país, com uma incidência parasitária anual, respectivamente, de 46,3/1.000 habitantes, 64,4/1.000 habitantes e 17,6/1.000 habitantes. Em toda a Amazônia, as infecções causadas pelo *P. vivax* (79%) prevaleceram sobre as do *P. falciparum* (21%) (BRASIL, 2005).

A malária é considerada uma das doenças mais antigas do mundo, representando um desafio para a saúde pública. A doença está relacionada a pobreza, suas incidências esta correlacionada a grupos vulneráveis, sendo de extrema importância a vigilância em saúde e fazer o monitoramento populacional (BRASIL, 2014b).

A atual estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde consiste no diagnóstico precoce e no tratamento oportuno e adequado dos casos (BRASIL, 2005).

A possibilidade de malária deve ser cogitada em todo indivíduo que apresente quadro febril a esclarecer e história de deslocamento para regiões endêmicas ou entrada em região de Mata Atlântica (COSTA, 2010).

O diagnóstico da doença é realizado pela visualização microscópica do *Plasmodium* em exame da gota espessa de sangue, corada pela técnica de *Giemsa ou de Walker*, e em distensão sanguínea, que permite a identificação da espécie, mas apresenta menor sensibilidade. Apesar da microscopia ser considerada o padrão-ouro para o diagnóstico e o monitoramento do tratamento da malária, essa técnica exige pessoal treinado e experiente no exame de distensões sanguíneas (BRASIL, 2005).

No Brasil, o local de distribuição dos medicamentos antimaláricos estão disponíveis em todo território nacional por meio do SUS (Sistema Único de Saúde). Existe um Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) responsável por controlar todos os medicamentos e sua aplicabilidade na terapia da malária em indivíduos infectados (BRASIL, 2014b).

A quimioterapia malárica é aplicada em duas modalidades: (pelo grupo químico) e (2) pelo alvo de ação no ciclo biológico do parasita. Na modalidade definida pelo grupo químico, a medicação usada são quinolinometanóis (quinina, mefloquina, halofrantrina), os quais são esquizotomicidas sanguíneos muito eficazes, pois inibem o desenvolvimento do parasita promovendo a cura clínica (BRASIL, 2002a).

Conforme orientações expressas no Esquema recomendado para o tratamento da malária não complicada no Brasil. Os medicamentos utilizados no tratamento da malária são: (a) contra o *Plasmodium vivax*, a cloroquina e a primaquina; (b) contra o *Plasmodium falciparum*, o Coartem® (artemer + lumefrantina), e, (c) na malária mista, a quinina, doxiciclina e primaquina como gametocitocida em infecções por *P. falciparum* (BRASIL, 2006a).

Na sede do município de Borba- AM, existem um laboratório em cada Unidade Básica de Saúde o que facilita o diagnóstico da doença em tempo hábil. Na zona rural, a secretaria de saúde desenvolve assistência básica de saúde em três unidades, que contam com profissionais treinados para realizar os exames de malária, no entanto as localidades onde têm maior incidência dos casos são distantes e difícil acesso o que dificulta o desenvolvimento de ações in loco nas áreas.

Assim, visando tomadas de ações da vigilância em saúde efetivas ao processo de saúde da população, o presente artigo teve como objetivo analisar os dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-Malária) e intervir com ações de saúde

diante de quadros alarmantes da doença.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental retrospectivo, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, por meio de levantamento de dados secundários provenientes do banco de dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-Malária), em que a unidade de análise foi o município de Borba no estado do Amazonas, com informações obtidas, publicamente, por meio digital, via do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2020, no setor da gerência de endemias, extraindo relatórios de positividade de resumo epidemiológico da malária, compreendeu o período de 1º de janeiro à 31 de dezembro dos anos de 2016, 2017 e 2018 do município de Borba-AM. Para análise dos dados foram utilizadas as variáveis casos autóctones, índice parasitários, grau de risco, positividade de malária e prováveis de infecção com maior incidência.

Procedeu-se a análise descritiva das variáveis utilizando-se o software *Microsoft Excel®* 2016. A pesquisa considerou os preceitos éticos de confidencialidade, sigilo e anonimato preconizados segundo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde foi dispensado de aprovação prévia por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

No período de 2016 a 2018, foram registrados 685 casos de Malária, conforme a (Tabela 1), pode evidenciar que o maior números de casos autóctones ocorreu no ano de 2018 no mês de junho.

Ano	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	total
2016	3	0	5	8	4	9	1	2	1	4	15	7	59
2017	22	6	29	6	4	0	8	6	22	27	14	8	152
2018	18	21	17	8	56	78	71	75	65	34	20	8	474
Total	43	27	51	22	64	87	80	83	88	65	49	23	685

Tabela 1. Distribuição de casos autóctones de malária, segundo ano e mês no período de janeiro a dezembro. Borba, AM, Brasil, 2016-2018.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-MALÁRIA)

Entre os anos de estudo, percebe-se que o maior Índice Parasitário Anual da Malária ocorreu no ano de 2018, conforme mostra a (Tabela 2).

Ano	População/Borba	Total positivos	IPA
2016	39.885 hab	59	1,5
2017	40.464 hab	152	3,9
2018	40.565 hab	474	11,9

Tabela 2- Distribuição de casos de Índice Parasitária Anual da Malária (IPA), segundo ano e população total residente, no período determinado. Borba, AM, Brasil, 2016-2018.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-MALÁRIA)

Considerando o grau de risco, expresso em valores do IPA, como baixo (<10,0), médio (10,0-49,9) e alto ($\geq 50,0$), no ano de 2018 ocorreu um maior risco comparado aos anos anteriores. O município de Borba apresentou no ano de 2018 risco médio conforme visto na (Tabela 3). O resultado possibilita estimar o risco de ocorrência anual de casos de malária em áreas endêmicas. Para efeito de cálculo foi considerado o número de casos positivos de malária, por local provável de infecção, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC) dividido pela população total residente, no período determinado e posterior multiplicado por 1.000.

Ano	Índice Parasitária Anual de Malária	Grau de Risco
2016	1,5	baixo risco
2017	3,9	baixo risco
2018	11,9	médio risco

Tabela 3. Distribuição de casos de Grau de risco expresso em valores do Índice Parasitária Anual de Malária (IPA). Borba, AM, Brasil, 2016-2018.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-MALÁRIA)

Observa-se que houve no decorrer dos três anos a espécie *Plasmodium vivax* foi a mais notificada do total dos casos positivos conforme (Tabela 4).

Ano	Positivos	<i>P. Vivax</i>	<i>P. Falciparum</i>	<i>P. Malariae</i>	<i>P. Ovale</i>
2016	59	59	0	0	0
2017	152	151	01	0	0
2018	474	466	08	0	0
TOTAL	685	676	09	0	0

Tabela 4. Distribuição de casos de Positividade de malária, segundo espécie e casos autóctones, no período determinado. Borba, AM, Brasil, 2016-2018.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-MALÁRIA)

Entre os anos de estudo, observa-se que o maior número de casos autóctones ocorreu no acampamento Tupana (KM 180-233). Comunidade longínqua e de difícil acesso. Infere-se ainda que as demais localidades se tratam de aldeias e garimpos, mostrando que os casos autóctones são de comunidades ribeirinhas do município (Tabela 5).

Localidades	Total
Garimpo do Rio Branco - pista do Zé Altino	84
Tupana acampamento (km 180-233)	107
Comunidade São Raimundo (rio Mapiá)	85
Inajá (estrada Borba/Mapiá)	59
Palha Branca (estrada Borba/Mapiá)	16
Apuí (vista alegre) rio Sucundurí	21
Açaizal (rio Mapiá)	18
Boia Velha	31
Estrada Piabinha-Inajá (estrada Borba/Mapiá)	28
Igarapé do Piaba (estrada Borba/Mapiá)	25
Piaba (rio Mapiá)	12
Santo Antônio I (rio Mapiá)	19

Tabela 5. Distribuição dos locais prováveis de infecção com maior incidência, segundo casos positivos, no período de 2016 a 2018. Borba, AM, Brasil, 2020.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-MALÁRIA)

DISCUSSÃO

O estudo permitiu identificar os casos autóctones de malária no município de Borba, houve um crescente aumento dos casos no decorrer dos anos em estudo. No ano de 2018 a maior Índice Parasitária Anal de malária com grau de risco médio. Em 2016 e 2017 o grau

de risco considerado baixo.

A malária ainda é um problema de saúde pública no Brasil. Nas décadas de 1970 e 1980, em decorrência da grande migração populacional que ocorreu para a Amazônia, consequente ao surgimento de grandes projetos na região, como a construção de usinas hidroelétricas, de grandes estradas e mesmo a exploração mineral, houve um aumento substancial no número de casos, atingindo cifras em torno de 500 mil casos novos notificados por ano, no País. (BRASIL, 2009).

Apresenta alta incidência no segundo semestre do ano no Amazonas, contudo, é importante para vigilância em saúde o monitoramento dessa doença, nas enchentes, existe uma grande mobilidade populacional, que sai das áreas inundadas e indo para as áreas seguras, onde as pessoas doentes, juntamente com o mosquito transmissor, tornam-se propagadoras da malária nesses lugares (SOUZA, 2017).

Em 2018 houve o maior número de casos absolutos da espécie *Plasmodium Vivax*, a espécie que produz sinais e sintomas mais brandos da doença. No entanto, no mesmo ano surgiu o maior número de casos da espécie *Plasmodium Falciparum*, principal causa da malária grave e que podem levar a óbito.

Esses dados corroboram com estudos da Fiocruz (2013), mostra que o tipo de *Plasmodium falciparum* é a espécie de malária mais agressiva, porque ela se multiplica rapidamente na corrente sanguínea. Já o *Plasmodium vivax* é um tipo de doença mais branda, que geralmente atinge pouco as hemácias, porém fica alojado por mais tempo no fígado.

Uma das características importantes encontradas, foram as notificações ocorridas entre os anos de 2016 a 2018, mostrando maior incidência em 2018 e menor incidência em 2016, porém o município de Borba, não apresentou durante esses três anos óbito da doença.

Neste estudo, foram mapeadas as localidades com maior número dos casos notificados para o agravo sendo provenientes de comunidades ribeirinhas e de difícil acesso, principalmente de garimpo e aldeias. No decorrer dos anos o local exato com maior incidência de casos é Tupana Acampamento, localizado no quilometro 180-233, em área de garimpo.

As áreas rurais também demonstraram ser de maior atividades do mosquito e diretamente relacionada ao trabalho, próximo a campos fechados, sendo assim uma condição para potencializar o risco de transmissão a malária (BRASIL, 2010).

Corroborando com os resultados deste estudo, uma vez que o município de Borba apresenta uma densidade demográfica maior na região rural, com diversas comunidades e várias aldeias indígenas que fazem divisa com vários territórios de municípios sendo eles: Novo Aripuanã, Novo Olinda, Maués (SEMSA, 2018).

Os períodos sazonais mostraram que os meses de agosto e setembro apresentaram maior incidência de casos notificados no segundo semestre; contudo, em março e junho

também ocorreu um número expressivo de notificações.

Alguns aspectos são importantes podem ser observados como a densidade de anofelinos diminui nos períodos de fortes chuvas e enchentes e aumentam quando as águas e seus criadouros estabilizam (SANTOS, 2002). Certamente, além da variabilidade climática, outros fatores, como desmatamento, migração e crescimento populacional podem estar relacionados à maior ou menor incidência da doença (PARENTE, 2008).

Nos estudos de Wolfarth (2015), a malária na Amazônia Legal encontra condições favoráveis para ter sua densidade elevada por conta das alterações no uso do solo, exposição solar do criadouro do vetor e à dinâmica dos rios Amazônicos que apresentam papel fundamental na flutuação dos casos de malária.

O estudo apresenta limitações relacionadas ao uso de dados secundários provenientes de bancos de dados, podem ser incluídas também o tamanho da amostra de pesquisar um município amazonida.

CONCLUSÃO

A doença ocasionada pelo *Plasmodium vivax* foi a de maior incidência no município de Borba-AM. Os três anos investigados nessa pesquisa revelaram que o perfil epidemiológico da malária se manteve nos dois primeiros anos com risco baixo para doenças, no entanto no ano de 2018 o risco passa para médio. Aplicando o método de cálculo municipal de Índice Parasitária Anual de malária, o qual possibilita expressar em valores os graus de risco da ocorrência anual de casos de malária, verificou-se que o município apresentou nos anos de 2016 e 2017 baixo risco, porém no ano de 2018 um risco médio.

O monitoramento de informações importantes para o município, como análise da epidemiologia da malária por meio dos relatórios extraídos do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica contribui para orientação e avaliação das ações de vigilância epidemiológica e controle da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde/ Fundação Nacional de Saúde. Manual de Terapêutica da Malária/ Colaboração de Agostinho Cruz Marques [et al]. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da saúde/ FUNASA (2002a). Guia de Vigilância Epidemiológica. 5 a. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da saúde/ SVS (2006b). Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da malária no Brasil, ano 2005. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de diagnóstico laboratorial da malária. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde- Manual de diagnóstico laboratorial da malária- Ministério da saúde: Brasília DF; 2005 [acesso em 25 julho 2020] Disponível em: http://www.bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/malaria_diag_manual_final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Diagnóstico Laboratorial da Malária. Brasília-DF; 2009 [acesso em 23 agosto de 2020]. Disponível em: http://https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/principal/2016/06/manual_diagnostico_malaria.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 31-54. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica: Caderno 10 – Malária. 7. ed. Brasília, 2010: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP). Notificação de casos de malária. Dados epidemiológicos de malária, por Estado, na Amazônia Legal. Brasília: Secretária de Vigilância em Saúde/Ministério de Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Vol.1. Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde. Ações inovadoras e resultados - Brasília-DF; 2014 [acesso em 22 julho 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/22/relatoriogestaosvs2011-2014-preliminar.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Malária: tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/662-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/malaria/11347-tratamento>. Acesso em: 29 julho. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tratamento da malária- Brasília-DF, 2014b [acesso em 29 de julho 2020]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/622-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/malaria/11347-tratamento>

BRASIL. Ministério da saúde - Malária - Brasília-DF; 2017a [acesso em 24 julho 2020] Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/malaria>

COSTA, AP. BRESSAN CS. PEDRO RS. VALLS de SR. SILVA S. SOUZA PR. Diagnóstico tardio de malária em área endêmica de dengue na extra - Amazônia brasileira: experiência recente de uma unidade sentinela no Estado do Rio de Janeiro. Rev Soc Bras Med Trop. 2010; 43(5):571-4.

FIOCRUZ. Agência Fiocruz e notícias, Ministério da Saúde. Malária - Manguinhos, Rio de Janeiro; 2013. [acesso em 21 agosto de 2020]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/malaria>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais – 2020. [acesso em 21 de agosto 2020]. Disponível em: <http://https://www.cidades.ibge.gov.br/brasil/am/borba/panorama>.

SOUZA, R. F. Doenças e agravos no contexto das grandes inundações graduais no estado do Amazonas. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v.13, n.26, p.139-147, 2017.

NEVES, D. P.; et al. *Parasitologia Humana*. 11 Ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

PARENTE AT. Incidência de malária no estado do Pará e suas relações com a variabilidade climática regional [dissertação]. Belém (PA): Universidade Federal do Pará. Instituto de Geociências; 2008. 99p.

SANTOS, RS. Distribuição sazonal de vetores da malária em Machadinho d'Oeste, Rondônia, Região Amazônica, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002 nov/dez;18(6):1813-8.

SEMSA. Secretaria municipal de saúde de Borba/AM. Setor vigilância em saúde. Dados epidemiológicos da Malária no município – Borba-AM; 2018.

WOLFARTH, B. R. Análise espacial e temporal das relações entre a sazonalidade dos casos de malária e a variabilidade hidrológica no Estado do Amazonas, Brasil. Tese (Doutorado). INPA, Manaus, 2015a.

CAPACITAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS NO ÂMBITO ESCOLAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 19/11/2020

Yara Oliveira e Silva

Docente do curso de Educação Física da
Universidade Estadual de Goiás – UEG
Unidade Universitária de Itumbiara
Itumbiara – GO
<http://lattes.cnpq.br/7082815467303020>

Eduardo Nogueira Castelo Branco

Acadêmico do curso de Educação Física da
Universidade Estadual de Goiás – UEG
Unidade Universitária de Itumbiara
Itumbiara – GO
<http://lattes.cnpq.br/9058594017840747>

RESUMO: O presente estudo analisa a importância da capacitação em primeiros socorros no âmbito escolar a partir das produções científicas contidas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *SciELO* e periódicos referentes ao assunto. Optou-se por um estudo descritivo, exploratório, de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa acerca da literatura disponível em bibliotecas virtuais. Foram consultados artigos publicados entre 2014 a 2020 nas bases de dados disponíveis *on-line* gratuitamente, excluindo estudos em línguas estrangeiras. Partiu-se da problemática: quais medidas, mostradas na literatura, estão sendo tomadas para que os profissionais das escolas sejam capacitados no socorro imediato aos seus alunos? O objetivo geral é mostrar como a literatura científica aborda o diferencial que se

tem nos ambientes escolares onde as práticas de primeiros socorros são ministradas capacitando assim os profissionais que nelas trabalham. Foram estabelecidos como objetivos específicos: apresentar, conforme os artigos científicos revisados, o conceito de primeiros socorros e suas práticas; discutir a lei 13.722; e expor os diferenciais nos estabelecimentos de ensino que já realizam essa prática. Partiu-se da hipótese que, na revisão de literatura, os artigos afirmem que a capacitação em primeiros socorros na escola salva vidas. A análise demonstra que na literatura estudada, a maioria dos artigos mostra que o conhecimento de primeiros socorros é importante tanto para o professor como para o aluno no âmbito escolar e que muitos problemas poderiam ser evitados com a prática dos mesmos salvando vidas.

PALAVRAS-CHAVE: Primeiros Socorros. Ambiente Escolar. Ensino de Primeiros Socorros nas Escolas.

FIRST AID TRAINING IN THE SCHOOL ENVIRONMENT: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: This present study analyzes the importance of first aid training in the school environment from the scientific productions contained in the Virtual Health Library (VHL), SciELO and periodicals related to the subject. It's opted for a descriptive, exploratory, bibliographic review with a qualitative approach about the literature available in virtual libraries. Articles published between 2014 and 2020 were consulted in the databases available online free for free, excluding studies in foreign languages. It started from the problem which measures, shown in the

literature, are being taken so that school professionals are trained in the immediate assistance to their students? The general objective is to show how the scientific literature approaches the differential that exists in school environments where first aid practices are taught, thus, training the professionals who work in them. Specific objectives were established: to present, according to the revised scientific articles, the concept of first aid and its practices; discuss law 13,722; and expose the differentials in the educational establishments that already carry out this practice. It was based on the hypothesis that, in the literature review, the articles affirm that training in first aid in school saves lives. The analysis shows that in the studied literature, most articles show that the knowledge of first aid is important for both teacher and student in the school environment and that many problems could be avoided by the practice of them saving lives.

KEYWORDS: First aid. School Environment. Teaching First Aid in Schools.

1 | INTRODUÇÃO

A literatura estudada apresenta que as maiores partes dos acidentes relacionados à saúde acontecem no domicílio e isso se estende ao ambiente escolar, uma vez que os alunos permanecem boa parte do dia neste local. Diante disso, é importante que ocorram ações de prevenção e promoção à saúde nas escolas e, para tanto, faz-se necessário que os professores e demais profissionais atuantes nos ambientes escolares sejam capazes de realizar procedimentos de primeiros socorros.

De acordo com Meireles (2014, p. 25), os “Primeiros Socorros (PS) são as medidas iniciais e imediatas dedicadas à vítima de qualquer idade, fora do ambiente hospitalar, executadas por qualquer pessoa, treinada ou leiga, para garantir a vida, proporcionar bem estar e evitar agravamento das lesões existentes”.

É pertinente, para este estudo, analisar a importância do aprendizado e da autoconfiança dos professores e funcionários que em algum momento possam se deparar com a necessidade de realizar procedimentos de PS nas escolas.

Este trabalho tem como tema a capacitação em primeiros socorros no âmbito escolar: uma revisão de literatura e é norteado pela seguinte problemática: quais medidas estão sendo tomadas, conforme mostra a literatura pesquisada, para que os profissionais das escolas sejam capacitados no socorro imediato aos seus alunos?

Partiu-se da hipótese que a revisão de literatura aponte a importância da capacitação em PS na escola para que vidas sejam salvas.

O objetivo geral é mostrar como a literatura científica aborda o diferencial que se tem nos ambientes escolares onde as práticas de primeiros socorros são ministradas capacitando assim os profissionais que nelas trabalham. Como objetivos específicos, apresentar, conforme os artigos científicos revisados, o conceito de primeiros socorros e suas práticas; discutir a lei 13.722; e expor os diferenciais nos estabelecimentos de ensino em relação a essa prática.

A relevância social deste estudo justifica-se, uma vez que há necessidade de esclarecer aos profissionais que atuam nas escolas sobre as vantagens dos cursos voltados aos primeiros socorros na tentativa de salvar vidas no âmbito escolar.

2 | METODOLOGIA

O estudo foi efetivado a partir de pesquisa bibliográfica utilizando-se de fontes secundárias e contribuições já publicadas sobre o tema estudado. A pesquisa bibliográfica é considerada como “o contíguo de materiais anotados ou impressos, mecânica ou eletronicamente, que domina dados já organizados e publicados por diferentes autores. [...] O emprego total ou parcial de algumas dessas fontes é o que individualiza uma análise como bibliográfica” (SANTOS, 1999, p.48).

Os dados foram analisados de forma qualitativa, que conforme definido por Marconi e Lakatos (2010, p. 154-155), “caracteriza-se em entender um assunto peculiar em profundidade, trabalha com descrições, interpretações e comparações. Traduzida por aquilo que não pode ser mensurável, pois o fato e o indivíduo são elementos indissociáveis”.

Utilizou-se artigos científicos existentes na base de dados *online* além de dissertações e teses disponíveis em bancos de dados de universidades brasileiras, contidos na Biblioteca Virtual em Saúde, *Scielo* e periódicos referentes a primeiros socorros, delimitando o período de 2014 a 2020. O presente estudo utilizou pesquisas, mostradas na revisão literária, que analisaram a importância de funcionários e professores de escolas estarem preparados para realizar as ações de primeiros socorros e de que forma estes profissionais lidam com os incidentes nas instituições.

O levantamento foi feito a partir da busca utilizando as palavras-chave: Primeiros Socorros; Ambiente Escolar; Ensino de Primeiros Socorros nas Escolas, sendo que todo o material encontrado foi organizado, analisado e interpretado com vista a conduzir a reflexão dos dados coletados.

Em relação ao critério de inclusão estabelecido, foram considerados os artigos científicos que respondam aos objetivos, problemática, confirmam ou refutam a hipótese levantada e tenham sido publicados por autores brasileiros.

Ressalta-se que em relação à coleta de dados dentro da pesquisa bibliográfica, Gil (2002, p. 59-60) aponta que a mesma deve ser “feita mediante o envolvimento das etapas: opção pelo assunto; arrolamento bibliográfico preliminar; formulação da problemática; preparação do plano provisório; busca das fontes; leitura do material; fichamento; organização lógica do assunto e redação do texto”.

Portanto, o presente estudo está delineado como uma revisão bibliográfica realizada a partir da técnica de revisão sistemática.

3 I CONCEITO DE PRIMEIROS SOCORROS – PS

Os primeiros socorros são definidos como o “atendimento temporário e imediato de uma pessoa que está ferida ou que adoecer repentinamente. Também incluem reconhecer condições que põem a vida em risco e tomar atitudes necessárias para manter a vítima viva e na melhor condição possível até que se obtenha atendimento médico” (KARREN *et al*, 2013, p. 2)

Entende-se que os PS podem ser realizados por qualquer pessoa, desde que esta tenha noções básicas para garantir a vida bem como minimizar sequelas que podem ser irreversíveis, quando não se faz os primeiros procedimentos de PS. Todavia, o atendimento inicial não substitui o atendimento realizado pelo profissional médico, o que torna o atendimento primário apenas um mitigador para evitar danos maiores.

Silva *et al* (2018, p. 1445) definem Primeiros Socorros (PS) “como a prestação de cuidados imediatos a vítimas de acidente ou mal súbito, nas situações em que o seu estado físico ameaça a vida”.

Em síntese, os primeiros socorros podem ser compreendidos como procedimentos de emergência que objetivam preservar a vida e evitar agravos maiores que possam auxiliar na recuperação da vítima até que seja possível o atendimento especializado.

3.1 Os funcionários e professores de escolas e a realização das ações de PS

Conti e Zanatta (2014, p. 1445) afirmam que no Brasil, “os acidentes são a maior causa de morte entre crianças de 1 a 14 anos” sendo que no ambiente escolar, estas ocorrências assumem uma preocupação constante, em especial na faixa etária compreendida entre os 0 e 6 anos de idade.

Segundo as autoras, o ambiente escolar é muito propício a acidentes por se tratar de um local de aglomerações, de crianças e adolescentes agitados que estão em constante interação e contato. Os professores acabam por se tornar, de alguma forma, testemunhas. Com isso, professores e funcionários são os primeiros a terem contato com as vítimas, o que reforça a necessidade de capacitação para atuar nos PS.

Brolezi (2014, p.113) elucida que no ambiente escolar é muito frequente a ocorrência de acidentes, muitos deles movidos pela “curiosidade natural das crianças expõe-nas a situações de risco nem sempre perceptíveis para seus responsáveis”.

O autor explica que não existe, na matriz curricular dos cursos de licenciatura, disciplinas que proporcionem a formação sobre noções de PS. Assegura ainda que a falta desta formação limita a ação dos professores, uma vez que não sabem como agir em situações de risco à vida ou à saúde dos alunos.

Galindo Neto *et al* (2017), concordam que a escola é um dos locais onde mais ocorrem situações de urgência e emergência. No entanto, os professores se veem inseguros para atuar, uma vez que não houve, em sua formação inicial, nenhum preparo para atuar com PS. Meireles (2014), reforça que aprender técnicas de PS é essencial aos

profissionais da educação.

Calandrim *et al* (2017, p. 296) dispõem sobre a importância de aprendizado para os profissionais da escola afirmando que “as capacitações em emergências no ambiente escolar propiciam que as medidas em primeiros socorros sejam instituídas o mais precocemente possível minimizando as complicações e possíveis sequelas as vítimas, tornando também estes ambientes mais seguros”.

Neste raciocínio, Coelho (2015) corrobora afirmando que as técnicas de PS precisam ser trabalhadas nas escolas, inclusive com professores ensinando alunos, de forma lúdica e divertida. Não se trata apenas de teorizar conteúdos, mas, por meio de brincadeiras, simular situações que permitam compreender sobre prevenção, PS e ações diante de emergências

3.2 Procedimentos realizados nos primeiros socorros

De acordo com o Manual de Primeiros Socorros do Núcleo de Biossegurança da Fundação Oswaldo Cruz (Nubio), “o profissional não médico deverá ter como princípio fundamental de sua ação a importância da correta abordagem ao acidentado, lembrando que o objetivo é atendê-lo e mantê-lo com vida até a chegada de socorro especializado, ou até a sua remoção para atendimento” (BRASIL, 2003, p. 9).

O Manual da Fiocruz (BRASIL, 2003) apresenta orientações a serem seguidas no instante da ocorrência de algum acidente, com o objetivo de dar o subsídio necessário a um atendimento eficaz a um acidentado, bem como orientar sobre a função que deve ser exercida por quem está prestando o socorro:

1. Contatar o serviço de atendimento emergencial
2. Fazer o que deve ser feito no momento certo, afim de: a. Salvar uma vida b. Prevenir danos maiores
3. Manter o acidentado vivo até a chegada deste atendimento.
4. Manter a calma e a serenidade frente a situação inspirando confiança.
5. Aplicar calmamente os procedimentos de primeiros socorros ao acidentado.
6. Impedir que testemunhas removam ou manuseiem o acidentado, afastando-as do local do acidente, evitando assim causar o chamado “segundo trauma”, isto é, não ocasionar outras lesões ou agravar as já existentes.
7. Ser o elo das informações para o serviço de atendimento emergencial.
8. Agir somente até o ponto de seu conhecimento e técnica de atendimento. Saber avaliar seus limites físicos e de conhecimento. Não tentar transportar um acidentado ou medicá-lo (BRASIL, 2003, p. 9).

A prestação de PS, conforme apresentado no referido Manual, está dividida em etapas básicas que orientam a organização de todo o atendimento, proporcionando resultados mais seguros começando, inclusive, pela avaliação do local e pela preservação da vítima (BRASIL, 2003).

Galindo Neto *et al* (2018, p. 88), reforçam que “diante da efetividade na realização de treinamento sobre os primeiros socorros para professores, destaca-se a importância da realização de estudos que contribuam com a educação em saúde voltada para tais

profissionais”. Esclarecem ainda a importância do Programa Saúde na Escola e dos projetos como SAMU nas Escolas e Samuzinho, cuja intervenção educativa nas escolas é realizada por profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Diante o exposto, é perceptível que os estudos que envolvem os PS são relevantes para os professores, uma vez compreendida a necessidade de que estes, em algum momento, possam se deparar com situações que exijam uma atuação rápida no ambiente escolar, até que o serviço especializado chegue ao local.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de investigar a necessidade da importância da capacitação em primeiros socorros no âmbito escolar, foi realizado o levantamento das obras que atendessem aos critérios demonstrados na metodologia. Foram pesquisados 38 estudos dos quais utilizaram-se 10, extraídos nos bancos de dados *Scielo*, UFSC, UFC, UFSM, Redalyc e revistas especializadas, sendo que os estudos selecionados constituem os principais resultados, uma vez que foram analisados à luz da problemática e objetivos propostos no estudo.

4.1 A capacitação em primeiros socorros no âmbito escolar

Brolezi (2014) descreve no seu artigo acerca da temática “Orientações de Primeiros Socorros à crianças” sobre as noções básicas de PS realizadas por professores da educação básica (especialmente educação infantil e primeira fase do ensino fundamental) enfocando as medidas adequadas que podem ser tomadas diante de ocorrências possíveis no ambiente escolar. Enfatiza que os professores precisam ser capacitados para a realização de procedimentos básicos no primeiro atendimento.

O autor conclui que têm que desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde na escola, para minimizar danos oriundos da incorreta manipulação com a criança ou mesmo pela falta de socorro imediato, evitando com isso ocasionar o agravamento do estado da vítima. Ele afirma que é de extrema importância treinar e capacitar professores e funcionários para que estes dominem as práticas de PS, uma vez que neste ambiente, são eles, os professores, os principais responsáveis pelos alunos durante todo o período em que estes permanecem na escola.

Vindo ao encontro desta afirmação, Meireles (2014), no estudo “A abordagem de primeiros socorros realizada pelos professores em uma unidade de Ensino Estadual em Anápolis – GO” buscou identificar o conhecimento e as condutas no que se refere ao atendimento em primeiros socorros realizados por professores. Para a autora, o aumento da violência nas escolas é um fator que conduz à necessidade de abordar o tema sobre PS, sobretudo nas escolas cuja população é de baixa renda, uma vez que os professores sentem-se incapazes de dar suporte aos alunos, caso ocorra alguma emergência.

No estudo de Meireles (2014), os professores foram questionados sobre as condutas frente aos primeiros socorros. Alguns afirmaram que não possuem “nenhum conhecimento acerca dos procedimentos que deveriam realizar quando um aluno sofre algum tipo de acidente; outros relataram possuir apenas uma instrução básica de primeiros socorros adquirida no curso teórico-técnico de habilitação de condutores” (MEIRELES, 2014, p. 28).

A autora observou que foi apresentada, por parte dos professores, muita dificuldade frente aos primeiros socorros e concluiu que foi devido tanto à falta de formação permanente quanto pela falta de materiais e recursos. Alerta que se houvesse maior difusão sobre os conhecimentos de PS entre os profissionais, de forma a promover educação e conhecimento, muitos estudantes seriam salvos e os acidentes poderiam ser evitados.

Simões (2014), no seu estudo sobre “Orientações sobre primeiros socorros para alunos do ensino médio de uma escola estadual em Belém do Pará”, utilizou, como metodologia, a aplicação de questionários para “avaliar o conhecimento prévio dos alunos e solicitadas pesquisas sobre o tema” (SIMÕES, 2014, p. 1). Posteriormente, foram ministradas aulas sobre noções de primeiros socorros, utilizando-se *slides* e vídeos, com o objetivo de explicar a importância dos serviços de emergência, além de apresentar situações de urgência e emergência e cuidados com a assistência primária que devem ser aplicadas até que o serviço médico especializado chegue.

A autora relata que após a absorção dos conteúdos teóricos, os alunos realizaram simulações práticas em relação aos PS. Concluiu que os resultados obtidos foram significativos, pois despertou a participação e interesse dos alunos acerca do assunto, além de permitir a socialização de informações junto à sociedade. Como relata em seu estudo, os alunos puderam aprofundar e enriquecer conhecimentos, além de terem tido a oportunidade de esclarecer suas dúvidas. Puderam também discutir temas importantes, expor suas opiniões e, por consequência produziram ciência (SIMÕES, 2014, p. 5). Do ponto de vista do aprendizado, os alunos sentem-se valorizados ao visualizarem que os seus aprendizados são compartilhados, em especial quando veem seus trabalhos expostos. Com isso, aprendem, inclusive, a valorizar mais a vida.

Coelho (2015), escreveu sobre “O ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia” e identificou a necessidade de incluir e ensinar às crianças as manobras para que elas contribuam na eficácia na prevenção de acidentes. A autora relata também a falta de material adequado bem como a falta de preparação dos professores, além da ausência de local apropriado para realizar atendimentos.

“Alguns tipos de acidentes na infância, além de causarem prejuízo para a vida adulta, podem deixar sequelas físicas ou emocionais em crianças ou adolescentes, tornando-se um problema educacional e de saúde pública” (COELHO, 2015, p. 3). Diante disso, ensinar os PS para crianças torna-se uma estratégia necessária para reduzir morbidade e mortalidade por acidentes, uma vez que qualquer pessoa, com conhecimentos básicos, é capaz de prestar atendimento de PS, com base no princípio da abordagem rápida e segura (COELHO, 2015).

Ainda, de acordo com a autora, entende-se que os educadores necessitam procurar metodologias pelo meio dos quais os estudantes infantis devam instruir-se de maneira lúdica que lhes permitam aprender as primeiras noções de prevenção de acidentes e primeiros socorros, e logo ter ciência do que fazer em ocasiões emergenciais.

Matos, Souza e Alves (2016), no artigo “A inclusão da disciplina de primeiros socorros para alunos do ensino básico”, também analisam os problemas e vantagens da referida inclusão, esclarecem que a escola tem uma função social e política voltada à transformação da sociedade por meio dos alunos. Neste estudo elas reforçam que a educação em PS faz-se necessária, uma vez que se percebe que devido à falta “de treinamento da população, em geral há muitos casos de morte, consequentes da falta de alguém capaz de reconhecer, pedir ajuda ou iniciar uma compressão cardíaca fora do ambiente hospitalar, como, por exemplo, nos casos de afogamento, engasgo ou rebaixamento do nível de consciência” (MATOS, SOUZA, ALVES, 2016, p. 170).

Com base nos estudos realizados pelas autoras, apresenta-se que alunos do ensino fundamental com idade mínima de 11 anos já podem ser instruídos quanto à ressuscitação. Concluem que a capacitação em PS “nos primeiros anos da educação básica pode influenciar na cultura de uma correta manipulação da vítima, diminuindo óbitos e sequelas em caso de acidentes. [...] O conhecimento das técnicas e ações de primeiros socorros no âmbito escolar é essencial para a formação dos cidadãos” (MATOS, SOUZA, ALVES, 2016, p. 177).

Calandrim *et al* (2017), no estudo intitulado “Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários” avaliaram os conhecimentos de professores e funcionários após um treinamento de primeiros socorros; explicam que foi utilizado um quase experimento do tipo pré e pós-teste, aplicado a 35 funcionários de uma escola. Este estudo foi realizado em duas etapas, sendo um antes do treinamento e a outra após ele. Os autores afirmam que após o treinamento em primeiros socorros realizado no ambiente escolar, o mesmo mostrou-se efetivo e teve um aumento expressivo da porcentagem de acertos nas manobras.

Isto retrata, conforme os autores, que os funcionários de uma escola devem receber treinamentos que objetivem capacitar para enfrentar variadas situações de emergência que possam vir a ocorrer na escola. É importante considerar que as crianças são mais frágeis devido a própria estrutura física, massa corporal e pele sensível, o que as deixa mais expostas e vulneráveis. Este é mais um motivo para refletir sobre a necessidade do preparo dos profissionais da educação para prevenir acidentes e realizar os PS.

Galindo Neto *et al* (2017), defendem no artigo “Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores” a construção e validação de uma cartilha educacional dos PS voltada aos professores da escola. A cartilha, segundo o estudo, aborda os PS que devem ser realizados em 15 agravos e possui 44 páginas. “A cartilha foi construída e validada e pode ser utilizada pela enfermagem na educação em

saúde com professores sobre primeiros socorros na escola” (GALINDO NETO *et al*, 2017, p. 87), e seu conteúdo apresentou os primeiros socorros para 15 situações de urgência e emergência.

Importante salientar que a referida cartilha, em sua versão final, ficou disponibilizada na plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UNA-SUS UFPE) servindo como aporte teórico e formativo aos alunos da Pós-Graduação *Lato-Sensu* em Saúde da Família.

É perceptível que a capacitação de professores e funcionários traz benefícios quando o assunto é PS. Nesta linha de compreensão está também o estudo de Silva *et al* (2018), “Primeiros Socorros: objeto de educação em saúde para professores”, ao afirmarem que o ensino de PS causa impactos positivos no que se “refere aos níveis de conhecimento e habilidade de professores, bem como a retenção dos ensinamentos sobre a temática” (SILVA *et al*, 2018, p. 1451). Após realizarem uma revisão integrativa da literatura, os autores concluíram que os estudos reafirmam a necessidade de ações educativas eficazes e contínuas no ambiente escolar. Com isso, justificam os autores, encoraja-se novos estudos sobre o tema, o que se faz necessário para que ocorra avanço científico bem como a efetividade e incentivo para que os profissionais se aperfeiçoem no atendimento aos PS.

Em consonância com o tema, Zonta *et al* (2019), no estudo “Autoconfiança no manejo das intercorrências de saúde na escola: contribuições da simulação *in situ*” afirmam que os PS no ambiente escolar são, em geral, conduzidos pelos professores. Todavia, estes não possuem conhecimento suficiente sobre a temática, especialmente na prática. Os professores atestaram não receber capacitação para atuar com PS e quando se deparam com alguma situação, “empregam conhecimentos obtidos em leituras e/ou experiências prévias, além do senso comum. [...] sentimentos negativos como insegurança, medo e nervosismo são potencializados diante das intercorrências de saúde no contexto escolar, fragilizando a autoconfiança dos professores” (ZONTA *et al*, 2019, p. 2).

As autoras concluem o estudo reforçando a necessidade de elaboração de atividades educativas que envolvam os participantes e que se permitam a simulação de atividades que estimulem a autoconfiança a ser desenvolvida pelos professores.

“A escola como espaço para o aprendizado sobre primeiros socorros” é o estudo de Grimaldi *et al* (2020), que teve como objetivo discutir a implementação de estratégia educativa sobre noções básicas de PS com alunos de escola pública e particular, além de verificar o conhecimento deles antes e após a intervenção educativa. “O estudo foi realizado com 46 crianças de 9 a 13 anos e utilizou duas estratégias diferentes para identificação de procedimentos sobre primeiros socorros, uma por meio de recurso lúdico e a outra somente aula expositiva” (GRIMALDI *et al*, 2020, p. 5).

As autoras revelam que os resultados deste estudo apontaram a elevação do conhecimento adquirido pelos estudantes após a participação nas oficinas educativas, em ambas as escolas, comparando-se os resultados do pré e do pós-teste. Isso reforça que a

escola é um local para o aprendizado de PS já que possibilita a aplicabilidade de diferentes situações que acontecem e são vivenciadas no ambiente escolar.

4.2 A legislação sobre capacitação de educadores no âmbito escolar

Como já visto, o ambiente escolar é muito propício à ocorrência de acidentes. Com o sancionamento da Lei 13.722, de 04 de outubro de 2018, os educadores e funcionários devem estar preparados, orientados e treinados para tomar providências rápidas e eficazes nos casos em que sejam exigidos os cuidados com os PS, assim como para a prevenção de acidentes. A Lei torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino, sejam públicos ou privados, de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil (BRASIL, 2018, p.1).

O curso, conforme explica a lei, deverá ser ofertado anualmente e destinar-se-á à capacitação e/ou à reciclagem de parte dos professores e funcionários dos estabelecimentos de ensino e recreação. A quantidade de profissionais a serem capacitados em cada estabelecimento de ensino ou de recreação será definida regularmente. Já a responsabilidade pela capacitação dos professores e funcionários dos estabelecimentos públicos caberá aos respectivos sistemas ou redes de ensino (BRASIL, 2018, p.1).

Em seu art. 2º, a lei relata que

os cursos de primeiros socorros serão ministrados por entidades municipais ou estaduais especializadas em práticas de auxílio imediato e emergencial à população, no caso dos estabelecimentos públicos, e por profissionais habilitados, no caso dos estabelecimentos privados, e têm por objetivo capacitar os professores e funcionários para identificar e agir preventivamente em situações de emergência e urgência médicas, até que o suporte médico especializado, local ou remoto, se torne possível.

§ 1º O conteúdo dos cursos de primeiros socorros básicos ministrados deverá ser condizente com a natureza e a faixa etária do público atendido nos estabelecimentos de ensino ou de recreação. § 2º Os estabelecimentos de ensino ou de recreação das redes pública e particular deverão dispor de kits de primeiros socorros, conforme orientação das entidades especializadas em atendimento emergencial à população. (BRASIL, 2018, p. 1).

No art. 5º, ressalta que os estabelecimentos de ensino de que trata esta Lei deverão estar integrados à rede de atenção de urgência e emergência de sua região e estabelecer fluxo de encaminhamento para uma unidade de saúde de referência (BRASIL, 2018, p. 2).

É perceptível que a legislação prevê a capacitação obrigatória dos profissionais da educação, quando o assunto é primeiros socorros. O respeito à legislação poderá salvar vidas ou pelo menos amenizar sequelas que podem ser irreversíveis, quando os primeiros socorros não são feitos imediatamente.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que a opção por uma revisão bibliográfica se deu por perceber que o tema em discussão é relevante e informativo. Com base nos dados pesquisados e anteriormente descritos, evidencia-se que o presente estudo proporcionou uma revisão bibliográfica sobre a capacitação em primeiros socorros no âmbito escolar.

Foi observada que há falta de conhecimento tanto do professor quanto do aluno quando o assunto é a aplicação dos PS no ambiente da escola e fora dele. Observa-se que as escolas onde foram praticados os ensinamentos sobre essa prática conseguiram resultados muito positivos.

Sobre a inclusão da disciplina em sala de aula tanto teórica como prática, todos os autores foram unânimes sobre a importância dessa inclusão. Incluir estes ensinamentos desde a infância com os métodos lúdicos e prologando progressivamente até a fase adulta, faz com que a qualquer momento eles possam ser utilizados com eficácia. Isso faz com que o indivíduo se torne parte da comunidade capacitada a salvar vidas em uma emergência.

Compreendido os objetivos da pesquisa e com base nos artigos analisados nesse estudo de revisão, evidenciou-se que há poucas pesquisas e estudos atuais sobre o tema em questão, especialmente sobre a aplicabilidade da lei na prática. O assunto é de grande relevância para a sociedade contemporânea global, pois são questões diretamente relacionadas à saúde.

Depois de uma análise detalhada, foi detectado que todos os autores referenciados nesse estudo foram unânimes em confirmar que desenvolver ações de prevenção e de promoção da saúde na escola, contribui para minimizar danos oriundos da incorreta manipulação de uma vítima no ambiente escolar e que dominar técnicas de Primeiros Socorros se faz imprescindível.

Em desfecho, ressalta-se que todos os objetivos e problemática do presente estudo foram respondidos. Mesmo este sendo de caráter revisional, destaca que se torna possível reconhecer, através da literatura, que o ensino de Primeiros Socorros como objeto da educação em saúde, contribui positivamente para elevar os níveis de conhecimento e habilidade de professores ressaltando o diferencial que um treinamento efetivo pode provocar, conduzindo a um aumento expressivo da porcentagem de acertos na prática.

A hipótese foi confirmada já que os autores afirmam nos artigos que a capacitação em primeiros socorros na escola salva vidas.

Enfim, este é um estudo embrionário em que se percebe a existência de lacunas na literatura, sobretudo no que se refere a pesquisas mais recentes que abordem resultados da aplicabilidade da lei e da obrigatoriedade das instituições de ensino capacitarem, de fato, os seus professores e funcionários tornando-os aptos e seguros para executar procedimentos de PS. Espera-se que este provoque e favoreça mais discussões e reflexões acerca da temática abordada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. **NUBio** Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2003. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>. Acesso em: 12 abr 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.722 de 4 de Outubro de 2018**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13722.htm. Acesso em 12 abr 2020.

BROLEZI, Evandro Angeli. **Orientações de primeiros socorros em urgência na escola**. 2014. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/15primeiros_socorros_naescola.pdf. Acesso em: 21 nov 2020.

CALANDRIM, Lucas Felix et al. Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários. **Rev. Rene**. 2017 maio-jun.;18(3):292-9. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/20044/30695>. Acesso em: 21 mar 2020.

COELHO, Jannaina Pereira Santos Lima. Ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n.1, Pub.7, jan. 2015 Disponível em: https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/76/Artigo_7.pdf. Acesso em: 22 out 2020.

CONTI, Késia Liriam Meneguel; ZANATTA, Shalimar Calegari. Acidentes no ambiente escolar: uma discussão necessária. **Cadernos PDE**, 2014. Disponível em http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_unesparparanavai_cien_artigo_kesia_liriam_meneguel.pdf. Acesso em 22 mar 2020

GALINDO NETO, Nelson Miguel et al. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta Paul Enferm**. 2017; 30 (1): 87-93. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000100087&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 23 nov 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRIMALDI, Monaliza Ribeiro Mariano. A escola como espaço para aprendizado sobre primeiros socorros. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, Santa Maria, RS, v. 10, e 20, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36176/html>. Acesso em: 12 abr 2020.

KARREN, Keith J. **Primeiros socorros para estudantes**. 10 ed. Tradução Patrícia Fonseca Pereira e Douglas Arthur Omena. Barueri: Manole, 2013. Disponível em <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520462430/>. Acesso em 29 Nov 2020

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, Diana Oliveira do Nascimento; SOUZA, Ruth Soares; ALVES, Shirlei Marly. Inclusão da disciplina de primeiros socorros para alunos do ensino básico. **R. Interd**. v. 9, n. 3, p. 168-178, jul. ago. set. 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6772013.pdf>. Acesso em 01 mai 2020.

MEIRELES, Glauca Oliveira Abreu Batista. A abordagem de primeiros socorros realizada pelos professores em uma unidade de Ensino Estadual em Anápolis – GO. **Ensaio Cient., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 25-30, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26037787004.pdf>. Acesso em: 22 nov 2020.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 1999.

SILVA, Davi Porfirio et al. Primeiros Socorros: objeto de educação em saúde para professores. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(5):1444-53, maio., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234592p1444-1453-2018>. Acesso em: 12 abr 2020.

SIMÕES, Nataly do Nascimento. Orientações sobre primeiros socorros para alunos do ensino médio. **CONEDU**, set. 2014. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/Modalidade_1datahora_11_08_2014_23_33_52_idinscrito_1690_6d64bd0972ba1dabd00e47da81e7c397.pdf. Acesso em 03 mai 2020.

ZONTA, Jaqueline Brosso et al. Autoconfiança no manejo das intercorrências de saúde na escola: contribuições da simulação *in situ*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2019; 27: 3174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100359&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 22 mar 2020.

CAPÍTULO 6

PAPEL DO ENFERMEIRO NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: REFLEXÃO ACERCA DO CUIDADO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 24/11/2020

Silvana de Oliveira Lima

Uninassau Caruaru

Gilvanete Ionara da Silva Souza

Uninassau Caruaru

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

Uninassau Caruaru

RESUMO: Introdução: A pessoa idosa, conforme a legislação brasileira é toda aquela que tem 60 anos ou mais e possa comprovar tal idade através de um documento com foto. O número de idosos no país é alto; os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) demonstram que entre o ano de 2012 e 2017 a população idosa chegou a atingir o número de 25,4 milhões pessoas no mundo. **Objetivos:** descrever o papel do enfermeiro acerca dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados em instituições de longa permanência. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem metodologia quantitativa, para esta pesquisa foram encontrados 50 artigos científicos de onde dentro as 50 foram selecionadas após leitura de título 13 para uma leitura mais detalhada e após essa leitura restaram 9 artigos finais, da seguinte forma: LILACS, BDNF, BVS, SCIELO. **Resultados:** Trata-se de uma sintese dos resultados mais relevantes para esta pesquisa, os quais mantem-se em torno do papel do enfermeiro

na instituição de longa permanência para idosos em relação ao cuidado e dimensionamento dos profissionais de enfermagem. **Conclusão:** Espera-se que esse estudo seja relevante para futuros trabalhos sobre a ação de enfermagem em instituições, asilos, apresentando medidas e técnicas evolutivas que auxiliem nessa ação, com plano de longa permanência para cada caso.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência; Idosos; Enfermagem; Cuidados.

ROLE OF NURSES IN THE LONG STAY INSTITUTION FOR ELDERLY: REFLECTION ABOUT CARE

ABSTRACT: Introduction: The elderly person, according to Brazilian legislation, is anyone who is 60 years old or more and can prove that age through a photo document. The number of elderly people in the country is high; IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) data show that between 2012 and 2017 the elderly population reached the number of 25.4 million people in the world. **Objectives:** to describe the nurse's role regarding the care provided to institutionalized elderly in long-term institutions.

Methods: This is an integrative literature review, with a quantitative methodology approach. For this research, 50 scientific articles were found, from which 50 were selected after reading title 13 for a more detailed reading and after that reading, 9 final articles remained. , as follows: LILACS, BDNF, BVS, SCIELO. **Results:** This is a feel of the most relevant results for this research, which remain around the role of the nurse in the institution of long-term care for the elderly in relation to the care and dimensioning of nursing

professionals. **Conclusion:** This study is expected to be relevant for future work on nursing action in institutions, nursing homes, presenting measures and evolutionary techniques that assist in this action, with a long-term plan for each case.

KEYWORDS: Assistance; Seniors; Nursing; Care.

1 | INTRODUÇÃO

A pessoa idosa, conforme a legislação brasileira é toda aquela que tem 60 anos ou mais e possa comprovar tal idade através de um documento com foto. O número de idosos no país é alto; os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) demonstram que entre o ano de 2012 e 2017 a população idosa chegou a atingir o número de 25,4 milhões pessoas no mundo. Além disso, literatura aponta que num futuro próximo o número de idosos terá crescido consideravelmente¹.

Nos termos de Carvalho e Garcia² o envelhecimento populacional é em consequência das modificações radicais resultantes ao acelerado declínio de fecundidade e consequente maior número de pessoas com idade avançada. O autor afirma ainda no seu estudo que se estimavam que no ano de 2020 o Brasil seria o país com o maior número de idoso, com uma média de 30 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais.

Visto isso, vale ressaltar que o país não está e não estará pronto em um futuro próximo para esse aumento populacional nessa faixa etária. Além disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) também não conseguirá dar conta de tanta gente e a partir desta perspectiva é essencial que sejam elaboradas, pelo menos, políticas públicas que priorizem entre outras coisas a saúde e autonomia dos idosos³.

A literatura mostra que a maioria dos idosos possui algum tipo de patologia crônica, ou irá possuir, e também são dependentes de alguém para auxiliar eles até mesmo em seu autocuidado. Isso mostra que eles além de exigir um cuidado maior também necessitam de profissionais mais qualificados e de uma maior atenção⁴.

Por ser uma população com grandes limitações e alta vulnerabilidade ainda existe uma gama de buscas e superações de desafios que ofereçam uma melhor prestação de serviços a pessoa idosa. Diante dessas informações e levando em consideração o perfil epidemiológico da população idosa, tais características resultam em desafios a serem enfrentados, com base nas políticas de saúde já existentes e na assistência social³.

Devido o aumento da população mundial houve uma grande mudança na vida da sociedade moderna⁵. Em 2017, o Brasil tinha 28 milhões de idosos ,ou 13,5% do total da população, dados e projeções do Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística(IBGE).Em 10 anos, chegará à 38,5 milhões(17,4%) do total dos habitantes. Estima-se que em 2031, a projeção do Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística(IBGE) é que os idosos (43,2%) pela primeira vez ultrapassa o percentual de crianças e adolescentes de 0,á 14 anos (42,3%).

A Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) são responsável pela

atenção ao idoso com 60 anos ou mais que necessita de um local que ofereçam uma morada, e um cuidado mais minucioso, de forma que auxilie essa população em atividades simples no dia a dia. Esse tipo de instituição pode ser governamental ou não governamental, ela tem caráter domiciliar coletiva e as atividades desenvolvidas nas mesmas são rotineiras que são determinadas por regras que guia o regimento das dessas⁶.

Ainda, por mais que pareça algo triste e que se apresente como última opção na vida de alguns idosos, as ILPI's são a única esperança que familiares tem que possa proporcionar melhor qualidade de vida para as pessoas com idade mais avançada de sua família, que necessitam de uma atenção maior, e os mesmos não são capazes de lhes oferecerem. Dessa forma, é muito importante conhecer a atuação de alguns profissionais que nesse tipo de instituição como também as características dos idosos que vivem nesses locais⁶. Dessa maneira, objetivou-se, através de tal estudo bibliográfico, descrever o papel do enfermeiro acerca dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados em instituições de longa permanência.

Os objetivos foi descrever o papel do enfermeiro acerca dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados em instituições de longa permanência.

Faz-se necessário pesquisar e elencar as ideias de diversos autores e o que já foi discutido em outras pesquisas a respeito desse tipo de instituição e a atuação do profissional enfermeiro. Deseja-se realizar o agrupamento dos mais recentes e importantes estudos a respeito do tema.

Além disso, deseja-se contribuir na área de Gerontologia e também incentivar que sejam realizados outros estudos que contemplem outras metodologias e destrinchem mais especificamente a atuação de enfermeiro nas ILPI's.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem metodológica quantitativa, tem como objetivo conhecimentos da temática dos últimos cinco anos.

À revisão integrativa é um conjunto de aplicabilidades de estudos e resultados. Para alcançar os objetivos propostos a revisão integrativa der se pelos seguintes passos: 1- elaboração da pergunta norteadora, 2-busca da amostragem na literatura, 3-coleta de dados, 4-analise dos estudos incluídos, 5-discursão dos resultados, 6-consumação da revisão integrativa.

A questão utilizada para nortear nossa pesquisa foi: Qual o papel do Enfermeiro na instituição de longa permanência. O levantamento bibliográfico ocorreu dentre o ano de 2019 no período de agosto, realizada na base de dados, LILACS (literatura latina americana de Ciências em Saúde) e BDENF (Bancos de dados de Enfermagem), BVS(Bibliográfica virtual em saúde), Scielo(Cientific electronic library online), para levantamento dos artigos utilizou os seguintes descritores: asilos, cuidados ,lpi's, Enfer. Cuidados, cadastrado no

DeCs (Descritores de Ciências em Saúde).

Para esta pesquisa foram selecionados 50 artigos científicos de onde apenas 9 passaram pelos critérios de inclusão e exclusão, todos atuais e que atendessem a temática do tema.

Aplicações de critérios para seleção que norteiam a pesquisa foram os seguintes: Artigos que nos mostrassem o papel do enfermeiro frente ao idoso em instituições de longa permanência, na modalidade original, em formato de texto completo, em português. Os critérios de exclusão traçaram em pesquisa que apenas apresentassem apenas resumos ou que estivessem publicados em anais.

3 | RESULTADOS

No quadro abaixo estão traçados os 9 artigos finais com seus respectivos autores, títulos, objetivos, principais resultados e ano de publicação. Trata-se De uma sinta-se dos resultados mais relevantes para esta pesquisa, os quais mantem-se em torno do papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos em relação ao cuidado e dimensionamento dos profissionais de enfermagem.

Autores	Título do artigo	Objetivos	Principais resultados	Ano
Simone ⁷ Carollayne	Atividades dos cuidadores de idosos em uma instituição de longa permanência	Mostrar o trabalho desenvolvido por cuidadores de idosos.	Os cuidadores a maioria tem ensino médio completo e relatam em seus depoimentos a sobrecarga na realização das atividades com idosos.	2020
Rodolpho ⁸ Auxiliadora	Dimensionamento de pessoas de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos.	Analisar e avaliar o qualitativo dos profissionais de enfermagem nas instituições de longa permanência.	No geral 66,2% das instituições tinham cuidadores de idosos, e em somente uma instituição os cuidadores estavam em escala, demonstrando assim o déficit de profissionais de enfermagem.	2018
Giselle ⁹ Massi	Promoção de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência: Uma pesquisa dialógica	Sobre a importância da qualidade de vida dos residentes nas instituições e a promoção á saúde. .	As mulheres são protagonistas das instituições de longa permanência no que se refere a escolaridade a maioria possui o ensino fundamental .	2019
Medeiros ¹⁰ Oliveira	O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem	Analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pessoas idosas institucionalizadas	As categorias temáticas relacionadas ao que a equipe de enfermagem poderia fazer para uma melhor assistência.	2015

Fernandes ¹¹ Soares	Diagnostico de enfermagem para idosos frágeis institucionalizados	Sensibilizar os enfermeiros acerca da importância do seu uso dos diagnósticos de enfermagem .	Elaboraram-se 178 diagnósticos de enfermagem dos quais 15 prevaleceram.	2019
Almeida ¹² Santos	A visão de cuidadores no cuidado de idosos dependentes institucionalizados	Promover o bem estar dos cuidadores, além de estratégias de prevenção contra as dificuldades ocasionadas pelas atividades inerentes.	Discurso do sujeito coletivo foram apresentados em três categorias temáticas, foram elas , a visão do cuidador , a dificuldade encontrada pelo mesmo em relação a os idosos dependentes e a facilidade deles em relação aos que independentes.	2017
Calamita ¹³ Patricia	Aspectos sociodemograficos, qualidade de vida e saúde do idoso institucionalizados	Analisar as características do idoso institucionalizado apontando correlações em relação cognição, satisfação, percepção e qualidade de vida.	As instituições avaliadas são filantrópicas e a maioria apresentou pontuação que sugere declínio cognitivo, Fragilidade.	2019
Oliveira ¹⁴ Bernadete	A enfermagem dá o tom no atendimento humanizado aos idosos institucionalizados?	Reflexão de enfermeiras sobre a humanização nos cuidados que prestam aos idosos nas instituições.	Percebe- se que a compreensão da humanização é essencial para os cuidados humanizados, se integram pós vai muito além da teoria.	2016
Pedro ¹⁵ Claudiane	Estresse e qualidade de vida em técnicos e auxiliares de enfermagem em instituições de longa permanência para idoso	Avaliar o nível de stress e a qualidade de vida dos técnicos e auxiliares de enfermagem de uma instituição de longa permanência.	O componente psicológico controle foi relacionado com renda, período de sono, com a idade e nível de escolaridade.	2016

Fonte: (Autoria própria 2020).

4 | DISCUSSÃO

As ações realizadas não correspondem às atividades além do cuidado. Embora alguns cuidadores se referem fazer algumas brincadeiras, danças e jogos, essas são consideradas como algo não habitual. Há um contratempo, pois as atividades levam a estes a uma sobrecarga de trabalho, mudanças de humor, dificuldades na adaptação, dependência total, tornando assim uma barreira para execução das mesmas⁷.

Recomenda-se o atendimento as legislações de enfermagem em relação ao dimensionamento de pessoal e a classificação dos idosos assistidos nas ILPIs, dado o vertiginoso aumento da população idosa, e conseguinte aumento dessa modalidade

assistencial à sociedade civil. Ao estabelecer um cálculo de dimensionamento de enfermagem original para as instituições de idosos pode-se assegurar uma assistência segura e livre de danos⁸.

O aumento da expectativa de vida vem fazendo crescer, no Brasil, o número de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), as quais devem investir na qualidade de vida de seus residentes. Nesse contexto, convém refletir sobre a importância da promoção da saúde junto a pessoas institucionalizadas, ressaltando aspectos interacionais, pois é por meio da participação social que elas podem permanecer ativas e integradas à comunidade em que vivem. Como objetivo de compreender o papel que atividades dialógicas assumem na promoção da saúde de idosos institucionalizados⁹.

Conclui-se que há uma compreensão da necessidade de um cuidar individualizado e sistematizado pela equipe de enfermagem, que vise à prevenção dos agravos, promoção da saúde e envelhecimento ativo nas instituições¹⁰.

Elaborou-se 178 diagnósticos de Enfermagem, dos quais prevaleceram 15, sendo o “Risco de queda” o mais prevalente. Contribuir-se á com esse estudo para divulgar a linguagem diagnóstica CIPE® e sensibilizar os enfermeiros acerca da importância de seu uso¹¹.

Foram encontradas duas ideias centrais: bom-humor e comunicação. Face aos resultados, recomenda-se que as Instituições de Longa Permanência dos Idosos dediquem maior atenção em atividades que promovam o bem-estar dos cuidadores, além de estratégias de prevenção contra as dificuldades ocasionadas pelas atividades inerentes à rotina de cuidados prestados aos idosos dependentes institucionalizados. (AU)¹².

revela-se que as seis instituições avaliadas eram de caráter filantrópico; foram estudados 135 idosos; a média de idade foi de 76,4 anos e o tempo médio de institucionalização, de quatro anos; de acordo com os questionários, a maioria apresentou pontuação que sugere declínio cognitivo e fragilidade, era independente para as atividades básicas de vida diária, possuía acentuada disfunção familiar e apresentou perceptível perda da sensação da qualidade de vida; a maior parte dos entrevistados mudou para a instituição sem vontade própria. Constatou-se que a preservação da cognição e o maior grau de instrução se correlacionam a uma menor satisfação e percepção de qualidade de vida¹³.

A partir da análise de duas entrevistas concedidas por enfermeiras, percebeu-se que a compreensão da humanização é essencial para que os cuidados humanizados se integrem, a partir do protagonismo das necessidades dos idosos e estejam na essência do cuidado que o idoso deseja e merece receber, melhorando a qualidade de vida do usuário e da assistência nas ILPIs. Nesse sentido, é de suma importância que a Enfermagem, através de uma maior compreensão da humanização, que vai muito além da teoria, outorgue cuidados centralizados nos idosos e em suas singularidades¹⁴.

Evidências apontam que profissionais envolvidos na assistência ao idoso sofrem

de estresse e apresentam uma qualidade de vida comprometida. O componente psicológico controle foi relacionados com renda e período de sono. Ademais, a qualidade de vida foi negativamente correlacionada com renda e positivamente com a idade e nível de escolaridade. As variáveis renda, sono, idade, escolaridade e estresse podem instrumentalizar a busca por alternativas de promoção da qualidade de vida.(AU)¹⁵.

5 | CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nos possibilitaram desenvolver uma análise sobre a importância do papel do enfermeiro nas Instituições de Longa permanência, além de propor melhorias contínuas na qualidade de vida dos idosos em asilos, além de proporcionar apoio aos familiares e cuidadores.

Os dados analisados mediante a revisão integrativa permitiram conhecer melhor sobre assistência prestada à pessoa idosa dentro da instituição de longa permanência, respondendo aos objetivos propostos. Percebeu-se que os estudos envolvendo a assistência de enfermagem aos idosos em instituições de longa permanência trouxeram como principais aspectos a importância do profissional de enfermagem dentro desses asilos, demonstrando que o mesmo tem recursos técnicos e teóricos adequados para orientar ,cuidar ,mostrando que se pode viver bem dentro das instituições, asilos, buscando meios de retardar evoluções de doenças degenerativas e depressivas.

Cuidar de um idoso é um grande desafio tanto para os profissionais quanto para cuidadores e familiares. É nesse momento que deverão ser criadas estratégias para melhorar a autonomia e independência do idoso dentro das instituições de longa permanência.

Espera-se que esse estudo seja relevante para futuros trabalhos sobre a ação de enfermagem em instituições, asilos, apresentando medidas e técnicas evolutivas que auxiliem nessa ação, com plano de longa permanência para cada caso.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral. Ano 2015. Saúde de A a Z, Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa> . [Acesso em: 18 de mar. 2020.] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).
3. MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.19, n.1, p.507-519, 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral. Ano 2015. Saúde de A a Z, Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa> . [Acesso em: 18 de mar. 2020.]
5. LORENZINI, E.; MONTEIRO, D.N.; BAZZO, K. Instituição de longa permanência para idosos: Atuação do enfermeiro. Revista de Enfermagem da UFSM, v.3, n.1, p.345-352, 2013.

6. OLIVEIRA, J.M.; ROSEDO, C.A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Revista brasileira de enfermagem*, v67, n.5,p.773-779, 2014.
7. CARVALHO; ALMEIDA. Atividades dos cuidadores de idosos em uma instituição de longa permanência **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)** ; 12: 965-970, jan.-dez. 2020.
8. PAULA; RODOLPHO. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituição de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo; **Universidade Federal Fluminense 2015**.
9. MASSI, GISELLE. Promoção de saúde de idosos residentes em instituições de longa permanência: uma pesquisa dialógica; **Saude e pesqui. (Impr.)** ; 13(1): 7-17, jan/mar 2020.
10. MEDEIROS; O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem; *Capa* > v. 36, n. 1 (2015).
11. FERNANDES; Diagnósticos de enfermagem para idosos frágeis institucionalizados; **Rev. enferm. UFPE on line** ; 13(4): 966-972, abr. 2019.
12. SILVA; NELIDA MARIA; **A visão de cuidadores no cuidado de idosos dependentes institucionalizados**; *Estud. interdiscip. envelhec*; 22(1): 145-161, abr. 2017.
13. CALAMITA, ZAMIR; Aspectos sociodemográficos, qualidade de vida e saúde do idoso institucionalizado; **Rev. enferm. UFPE on line** ; 14: [1-11], 2020.
14. OLIVEIRA, BERNADETE; A Enfermagem dá o tom no atendimento humanizado aos idosos institucionalizados?; **Rev. Kairós** ; 19(1): 239-254, mar. 2016.
15. RODRIGUES, CLAUDIANE PEDRO; Estresse e qualidade de vida em técnicos e auxiliares de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos; **Mundo saúde (Impr.)** ; 40(2): [180-188], mar., 03, 2016.

CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA CUIDADORES NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 16/11/2020

Nicely Alexandra da Silva

Centro Universitário UNIFAMETRO
<https://orcid.org/0000-0001-7050-7163>

Maria Cleene Rodrigues Sarmiento

Centro Universitário UNIFAMETRO
<https://orcid.org/0000-0002-9423-3483>

Luciana Catunda Gomes de Menezes

Centro Universitário UNIFAMETRO
<http://lattes.cnpq.br/7533799744262097>

Nicolau da Costa

Universidade Federal do Ceará, Departamento
de pós-graduação
em enfermagem
<http://orcid.org/0000-0001-9845-7292>

RESUMO: A Lesão por Pressão (LP) é considerada um problema de saúde pública, por apresentar um índice significativo de taxas em pacientes hospitalizados, institucionalizados ou em domicílio causando morbidade e mortalidade. Nesse contexto, o cuidador é apontado como aquela pessoa que presta assistência a pacientes com limitações físicas ou mentais, dentre estes se destaca a pessoa com lesão por pressão. O objetivo do estudo consiste em construir uma tecnologia educativa para cuidadores na prevenção de lesão por pressão. Trata-se de uma pesquisa metodológica em que ocorre a verificação de métodos para obtenção,

organização e análise de dados com a finalidade de elaborar, validar e avaliar instrumentos. Nesse estudo foi construída uma cartilha educativa intitulada “Prevenindo Lesões na Pele: + cuidados – pressão”, que contém 28 páginas, sendo composta por elementos pré-textuais (capa e apresentação); textuais (com figuras e informações a partir de revisão integrativa) e pós-textuais (referências). As informações foram: conceito, estadiamento e fatores de riscos da LP, além de estratégias de prevenção. Espera-se que essa cartilha educativa possa contribuir na melhoria de orientações para cuidadores na prevenção de LP, possibilitando explanação dos cuidados, fomentando o diálogo, o esclarecimento de dúvidas e facilitando a prática educativa do enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por Pressão/Úlcera por Pressão. Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Tecnologia educativa.

CONSTRUCTION OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR CAREGIVERS IN PREVENTING PRESSURE INJURY

ABSTRACT: Pressure Injury (LP) is considered a public health problem because it presents a significant index of rates in hospitalized, institutionalized or at-home patients causing morbidity and mortality. In this context, the caregiver is designated as that person who provides care to patients with physical or mental limitations, among them the person with pressure injury stands out. The objective of the study is to construct an educational technology for caregivers in the prevention of pressure injury. It is a methodological research in which

the verification of methods for obtaining, organizing and analyzing data for the purpose of elaborating, validating and evaluating instruments occurs. In this study an educational booklet entitled “Preventing Skin Injuries: + care - pressure”, which contains 28 pages, was composed of pre-textual elements (cover and presentation); textual (with figures and information from integrative review) and post-textual (references). The information was: concept, staging and risk factors of LP, as well as prevention strategies. It is hoped that this educational booklet can contribute to the improvement of guidelines for caregivers in LP prevention, enabling an explanation of care, fostering dialogue, clarifying doubts and facilitating nurses’ educational practice.

KEYWORDS: Pressure Injury / Pressure Ulcer. Nursing. Nursing care. Educational technology.

INTRODUÇÃO

Durante muitos anos as maiores epidemias estavam voltadas para as doenças infectocontagiosas, porém com o envelhecimento populacional, obesidade, sedentarismo e doenças neuro-degenerativas, as pessoas ficaram mais expostas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doença arterial periférica, doenças circulatórias, perda de função motora, câncer entre outras comorbidades.

Diante desse contexto, a população idosa com DCNTs está mais vulnerável no tocante a se tornarem pacientes acamados e/ou com mobilidade física prejudicada e assim desenvolverem lesão por pressão (LP).

Em abril de 2016, o *National/Pressure/Ulcer/Advisory/Panel* (NPUAP), organização norte americana, sem fins lucrativos, dedicada a prevenção e ao tratamento de lesões por pressão (LP), anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão. Tal documento já foi traduzido e validado para o português por membros da Associação Brasileira de Estomoterapia (SOBEST) e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) (SOBEST, 2016).

Segundo SOBEST (2016), a definição Internacional do *National/Pressure/Ulcer/Advisory/Panel* (NPUAP) para LP consiste num dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

A LP se classifica em quatro tipos; Estágio1: Pele íntegra e avermelhada que não embranquece; Estágio 2: Perda tecidual de epiderme e/ou derme; Estágio 3: Comprometimento de tecidos subcutâneo; Estágio 4:Profunda e complexa danos de músculos e ossos (SOBEST, 2016).

Percebe-se que a taxa de prevalência de LP tem apresentado variações em seu

perfil e nível de cuidado, porém, existem poucos estudos na literatura que permitam fazer comparações. De acordo com uma pesquisa utilizada na elaboração de um protocolo brasileiro, as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% nos cuidados de longa permanência, de 10 a 18% nos cuidados agudos e de 0% e 29% na atenção domiciliar (BRASIL, 2013).

Atualmente a segurança do paciente tem se tornado preocupação mundial, no tocante à criação de medidas preventivas no intuito de melhorar a assistência desses indivíduos em suas necessidades. O cuidado à saúde tornou-se uma proposta muito complexa, que tem exigido qualidade na sua assistência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) determinou que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº529/2013, viesse a ser estabelecido com enfoque na qualificação do cuidado em saúde, tornando-se componente obrigatório dos planos de segurança do paciente: a prevenção de LP entre outras, sejam aplicadas em todo território nacional (BRASIL, 2014).

É notável a importância de protocolos básicos na prevenção de LP, uma vez que possam subsidiar a prática assistencial segura, para o estabelecimento de saúde, por isso a enfermagem tem um papel primordial na efetivação dessas ações pré-estabelecidas. A equipe de enfermagem presta assistência no reconhecimento e controle de fatores de riscos, dentre eles destaca-se: pressão, cisalhamento, fricção, umidade, nutrição e capacidade de movimentação. Sendo que o trabalho realizado por profissionais de saúde deve visar à redução dos altos índices de LP relacionados a uma assistência insatisfatória (SILVA et al., 2012).

Conforme Brasil (2013), as intervenções necessárias na prevenção de LP, consistem em seis etapas essenciais: avaliação de LP na admissão de todos os pacientes, reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP em pacientes internados; inspeção diária da pele; manejo da umidade; manutenção do paciente seco e da pele hidratada; otimização da nutrição e hidratação e por fim minimizar a pressão.

Com base nessas informações, a parceria entre profissionais e cuidadores (familiares) permite o alcance da sistematização do cuidado, visto que o acompanhamento diário desses pacientes contribui na identificação prévia de condições predisponentes ao surgimento dessas lesões.

Os cuidadores geralmente representados por familiares demonstram deficiência de saberes concernentes ao cuidado preventivo, posto que muitos deles não possuam formação ou qualquer entendimento necessário, o que demanda serem acompanhados por profissionais de saúde em especial o enfermeiro com o objetivo de proporcionar condições satisfatórias quanto as suas necessidades (RODRIGUES; SORIANO, 2015).

Na busca dessa assistência com qualidade, à educação em saúde tem se mostrado um instrumento teórico-prático eficiente, capaz de intensificar a estratégia de promover qualidade de vida aos pacientes susceptíveis ao acometimento de agravos, podendo contribuir na ampliação dos conhecimentos das pessoas envolvidas nesse cuidado,

habilitando-as a corresponsabilização no processo saúde-doença.

Para Pacheco et al. (2013), a educação em saúde oportuniza a troca de informações e experiências na aquisição de novos saberes, garantindo autonomia e empoderamento para uma ação que visa solucionar problemas identificados propondo ações de intervenção.

Considerando que o processo de educar nas práticas do enfermeiro busque atender as carências dos profissionais, familiares e o próprio paciente, observam-se lacunas que poderão ser preenchidas com a criação de tecnologias educativas que acolham as buscas relacionadas à prevenção de LP.

Segundo Landeiro et al. (2017), a construção de uma tecnologia educacional interativa configura-se como uma maneira de ajudar os cuidadores, possibilitando que seus pacientes tenham domínio do autocuidado com preservação de sua autonomia, tendo em vista a tecnologia simples, clara, objetiva e correta proporciona o desenvolvimento de habilidades na tomada de decisão.

Portanto, a tecnologia educativa possibilita ao sujeito adquirir conhecimento e informação sobre determinado assunto, sendo embasado em conteúdos teóricos bem como pelas ilustrações. Desta forma, considera-se que cada profissional, cuidador/familiar desempenha a tarefa de agente multiplicador quando assume a responsabilidade de difundir informações recebidas por meio de uma cartilha educativa por exemplo.

A utilização de ferramentas pedagógicas impressas, de acordo com Benevides et al. (2016), tais como manuais, folders, álbum seriado e cartilhas entre outros viabilizam a informação e a sensibilização da população num processo de participação interativa, corroborando orientações indispensáveis que facilitam o entendimento de suas ações cotidianas.

Com base nessas evidências, questiona-se: a construção de uma tecnologia educativa na prevenção de lesão por pressão melhoraria o conhecimento de cuidadores?

O surgimento de lesão por pressão demonstra falha assistencial, o que leva o paciente a ser hospitalizado, intensificando com isso, o risco de possíveis complicações a sua saúde. Nesse contexto, a enfermagem, necessita adotar medidas de precaução direcionadas a reduzir esses danos (RODRIGUES, 2013).

Durante um acompanhamento de uma das pesquisadoras com familiar acamado e experiências nos estágios ocorridos em ambiente hospitalar no sexto semestre da disciplina saúde do adulto do curso de graduação em enfermagem, percebeu-se o despreparo e desconhecimento dos cuidadores com seus pacientes na prevenção de LP, sentiu-se a necessidade de construir uma tecnologia educativa para orientar cuidadores que acompanham pacientes acamados em domicílio.

Segundo Bortoletti et al. (2015), a atenção básica de saúde tem procurado resolutividade na captação do nível primário, sabendo que, são ações de saúde em conjunto para atender as demandas individuais e coletivas de abrangência a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da

saúde se configuram na prioridade do Ministério da Saúde, nesse cenário de propostas, o aumento de pacientes domiciliários acamados com lesões teciduais tem representado uma grande contrariedade na população.

Entende-se com isso, que medidas preventivas sejam impostas para contribuir na obtenção de melhor assistência, pressupõe-se que a construção de uma tecnologia educativa (cartilha) possam produzir benefícios para que os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros da atenção primária, secundária e terciária, além daqueles empenhados ao ensino e pesquisa, utilizem este recurso para promover o autocuidado e autonomia.

Além disso, contribuir para a formação dos cuidadores (familiares) ressaltando esclarecimentos e saberes com conseqüente melhoria da prestação do seu cuidado, na detecção precoce das LP evitando assim possíveis complicações. E, ainda colaborar para melhoria da qualidade de vida do paciente acamado em domicílio e proporcionar contribuições importantes na prevenção de lesões por pressão.

Vale acrescentar que por meio de informações e recomendações prestadas adequadamente e cuidados mais específicos empregados numa proposta ilustrativa e inovadora, possa também, amenizar os índices de morbimortalidade decorrentes do acometimento, os gastos resultantes pelo tempo prolongado de hospitalização, bem como evitar a recorrência dessas lesões com conseqüente melhoria na qualidade de assistência. Espera-se que essa pesquisa possa gerar subsídios para aumentar o conhecimento dos cuidadores e pacientes sobre os cuidados clínicos com pessoas acometidas por LP.

Tendo como objetivo construir uma tecnologia educativa para cuidadores na prevenção de lesão por pressão.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, conforme o que foi visto em Polit et al. (2011), em que a verificação de métodos baseia-se na obtenção, organização e análise de dados com a finalidade de elaborar, validar e avaliar instrumentos através de passos implementados e debatidos em cada etapa concluída.

A cartilha educativa construída será direcionada a cuidadores/familiares a fim de contribuir na disseminação de informações sobre a prevenção de lesões por pressão, podendo ser utilizada por profissionais, pacientes, como instrumento para educação em saúde.

Fases do estudo

O estudo desenvolveu-se em duas etapas: seleção de conteúdos relacionados a lesões por pressão e confecção de ilustrações para construção de cartilha educativa para cuidadores com enfoque na prevenção de LP.

Primeira etapa: subsídios teóricos para a construção da tecnologia educativa

Na primeira etapa foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a temática abordada, buscando aprofundamento na literatura científica por meio de uma revisão integrativa em três bases de dados: National Library of Medicine (PUBMED/MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Biblioteca Eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), além do Plano Nacional de Segurança do Paciente, National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016), artigos publicados na Revista Estima, dissertações e teses que foram utilizados na construção da cartilha, usando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): lesão por pressão/úlceras por pressão, enfermagem, cuidados de enfermagem e educação em saúde. Para tanto, as perguntas norteadoras desta revisão integrativa foram: Quais as estratégias de educação em saúde utilizadas para o ensino-aprendizagem de pessoas com Lesão por pressão? Quais os cuidados de enfermagem na prevenção da LP?

Segunda etapa: construção do material educativo

A escolha do conteúdo do material educativo se deu frente ao resultado da revisão integrativa na prevenção da ocorrência de LP, nos artigos da Revista Estima, em dissertações e teses, além do referencial da SOBEST (2016).

Para tornar a cartilha mais atrativa e dinâmica ao público alvo, foram confeccionadas ilustrações desenvolvidas mediante pesquisas na internet de imagens relacionadas ao assunto e repassadas ao designer gráfico, que correlacionou às informações elaboradas com as imagens selecionadas.

Com todo conteúdo científico que foram coletados optou-se na elaboração de um roteiro que serviu de base para a montagem da cartilha. Esse roteiro ficou dividido em tópicos para que o processo de diagramação da cartilha fosse realizado de forma mais eficaz. As informações conseguidas foram filtradas e reescritas de maneira sucinta e simples, porém sem deixar de informar aspectos importantes do acometimento.

Na cartilha foram abordados diversos assuntos, tais como: o estadiamento da lesão por pressão, bem como as localizações anatômicas mais frequentes, os riscos inerentes para o seu desenvolvimento, como proteger a pele dessas lesões, os sinais de alerta, sugestões ao paciente de posições no leito, os cuidados relacionados quanto à higiene, a nutrição, a mudança de decúbito, o uso de colchão apropriado, dentre outros.

A cartilha tem a dimensão de uma folha A5 (14,8 x 21 cm), com os tamanhos das letras variando de 203,5 a 10, 25 pt na fonte Comic San Ms. O título escolhido pelas autoras foi: “Prevenindo Lesões na Pele: + Cuidados e – Pressão”.

Por não haver pesquisa direta com seres humanos para a revisão e para a elaboração da tecnologia educativa e não tratar da validação da mesma, o presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa conforme regulamento da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Para a análise e discussão dos resultados, a pesquisa foi fundamentada no conteúdo dos artigos da revisão integrativa, nos cuidados contidos na NPUAP (2016) e em dissertações com a temática de construção de tecnologias educativas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Elaborou-se uma cartilha educativa contendo o conceito de LP, o estadiamento, os fatores de risco, superfície de suporte e as estratégias de prevenção que objetivaram proporcionar informações e orientações ao paciente e seus cuidadores sobre os possíveis cuidados que proporcionarão a prevenção do surgimento de lesões por pressão (LP), visando contribuir para a criação de condições mais seguras, confortáveis e acessíveis para o estabelecimento de melhor assistência ao paciente e seus familiares que geralmente representam os cuidadores.

A cartilha traz inicialmente nas 3 primeiras páginas, a capa que traz como título “Prevenindo Lesões na Pele: + Cuidados e – Pressão”, a apresentação do objetivo de interesse da cartilha, reforçando o bom aproveitamento da leitura do conteúdo e a autoria da tecnologia educativa para fornecer aos leitores a veracidade da ferramenta produzida, expondo o nome da orientadora especialista na área de abordagem do tema proposto no instrumento educativo, conforme apresenta-se na Figura 1 da pesquisa.

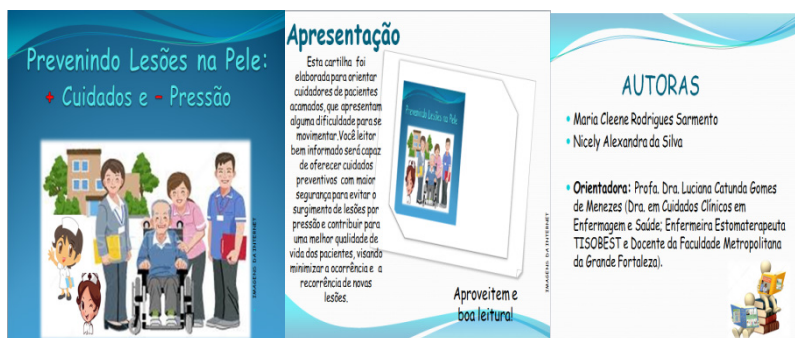


Figura 1- Ilustração da capa, apresentação e autoria da cartilha.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

A cartilha conta ainda com um sumário para nortear o leitor em sua busca diária, apresentada na Figura 2.

<h2>Sumário</h2>	
• Enfermeiras de Plantão	01
• Conhecendo a nossa pele	02
• Epidemiologia	04
• Definição de Lesão por Pressão	05
• Classificação das Lesões por Pressão	06
• Localização das Lesões por Pressão	07
• Sinais de alerta	08
• Riscos para o surgimento das Lesões por Pressão	09
• Como posso prevenir?	10
• Incentivo a caminhar	11
• Nutrição adequada	12
• A importância de beber água	12
• Superfície de suporte	14
• Cuidados com a pele	16
• Promova o alívio da pressão	18
• Siga as orientações	19
• Lembrete	20
• Referências	22

Figura 2- Ilustração do sumário da cartilha.

Fonte: Elaboração própria

Na página 1 da cartilha, têm-se duas enfermeiras que personalizam as autoras da cartilha com nomes fictícios, informando os assuntos que serão abordados nas páginas subsequentes, apresentada na Figura 3.



Figura 3- Ilustração das enfermeiras de plantão relacionadas às autoras.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da internet

Nas páginas 2 e 3 da cartilha, o conceito de pele e a sua composição são descritos como se observa nas ilustrações da Figura 4.



Figura 4- Ilustração do conceito da pele e a sua composição.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*.

A pele é definida por Campos et al. (2016) como sendo o maior órgão do corpo humano, representando de 8 a 16% do peso corpóreo total e podendo atingir até 2m² de extensão em um indivíduo adulto. É constituída de três camadas: a epiderme, mais externa; a derme, segunda camada; e a hipoderme ou tecido celular subcutâneo que pode servir apenas como ligação para unir as demais camadas da pele e os tecidos profundos.

Na página 4 da cartilha, a epidemiologia é comentada por Sanders (2012), evidenciando que a ocorrência de lesões por pressão em pacientes hospitalizados é mais alta, acarretando desconforto tanto físico quanto emocional, aumento de custos no tratamento, intensificando a necessidade de cuidados de enfermagem, além da hospitalização prolongada, riscos de complicações, aumento da incidência e prevalência e, consequente aumento da morbidade, conforme mostra a Figura 5.

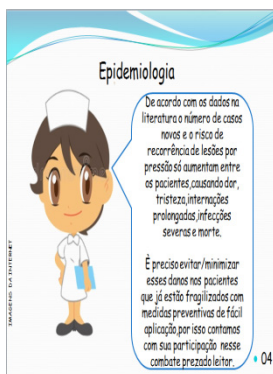


Figura 5- Ilustração da epidemiologia da LP.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

A prevalência de lesões por pressão para Moraes et al. (2016), tem aumentado nos últimos anos devido à maior expectativa de vida da população, decorrente de avanços na assistência à saúde. E a incidência dessas lesões varia de acordo com ambiente clínico e as condições do paciente, por exemplo, naqueles que necessitam de cuidados institucionais de longo prazo, as LP são mais frequentes. Estimativas indicam que, anualmente e somente nos Estados Unidos, de 1 a 3 milhões de pessoas desenvolvem LP, mais de 2,5 milhões de lesões são tratadas em pacientes de instituições de cuidados agudos e 60 mil morrem de complicações secundárias a LP.

Nas páginas 5, 6 e 7 da cartilha, a terminologia de Lesão por Pressão é abordada de acordo com SOBEST (2016), que define o termo, como sendo um dano localizado na pele ou em tecidos vizinhos, que geralmente acontecem sobre uma saliência óssea ou relacionada ao uso de algum dispositivo médico. Aborda-se também a classificação (estadiamentos) dessas lesões, sendo, estágio 1: pele íntegra e avermelhada que não embranquece; estágio 2: perda tecidual de epiderme e/ou derme; estágio 3: comprometimento de tecidos subcutâneo; estágio 4: profunda e complexa danos de músculos e ossos.

Vale enfatizar, dentro desse contexto, descrito anteriormente que os locais mais comuns de aparecimentos dessas lesões de acordo com Bueno (2015) são: calcâneos, cóccix, sacro, cotovelos, escápula, cabeça, dedos dos pés, joelhos, região mamária, orelhas, maléolos, trocânter, crista ilíaca, arcos costais, ombros entre outros, conforme apresentado na Figura 6.



Figura 6- Ilustração sobre a terminologia, os estadiamentos e os locais que mais são acometidos pela LPs.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

Na página 8 da cartilha, os sinais de alerta para lesões por pressão são apresentados também conforme Bueno (2015), como sendo entre outros: eritema, edema, presença de endurecimento e calor. Salienta-se que as lesões por pressão em sua fase inicial podem passar despercebidas, principalmente em pele negra. Essas informações

são apresentadas na Figura 7.



Figura 7- Ilustração sobre os sinais de alerta das LPs.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

Na página 9 da cartilha, os riscos para o surgimento dessas lesões são explicitados com clareza por Moraes (2012), que evidencia que a idade avançada (60 anos ou mais) produz modificações consideráveis, do tipo: alterações na estrutura da pele, mobilidade prejudicada, padrão cognitivo alterado e quando somado a presença de doenças degenerativas, incontinência urinária e o uso de medicações que afetam o metabolismo tornando o indivíduo mais propenso a doenças e lesões, como mostra a Figura 8.



Figura 8- Ilustração sobre os riscos para o surgimento das LPs.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

Para somar a esses fatores de riscos Zambonato; Assis e Beghetto (2013) evidenciaram que as condições clínicas que favorecem o surgimento das LP são:

hipertensão arterial, presença de câncer, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica e demência.

Vieira et al. (2014) acrescentam que os riscos mais prevalentes apontados em seu estudo foram hipertensão arterial e uso de medicações como analgésicos, anti-hipertensivos e anticoagulantes.

Nas páginas 10, 11 e 12 da cartilha, são apresentadas as medidas preventivas para LP, tais como: mudança de decúbito a cada 2h, o incentivo a caminhar se possível, movimentar-se e nutrição adequada entre outras ações (BRASIL, 2013). Como mostra a Figura 9.



Figura 9- Ilustração sobre as medidas preventivas para as LPs.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

Na página 13 da cartilha foi abordado o benefício da ingestão hídrica afirmando que a água é a maior fonte de hidratação, sendo necessário ingerir 2,5 litros diariamente para permitir ao organismo resistência e equilíbrio, contribuindo assim, na prevenção de problemas de saúde relacionados à desidratação corporal entre outros (MORGAN, 2014). Esses benefícios são ilustrados na Figura 10.

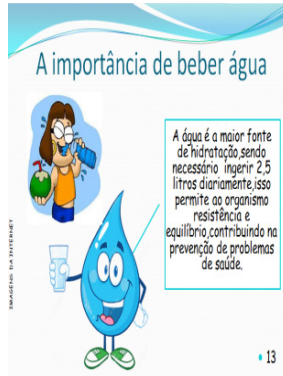


Figura 10- Ilustração sobre as medidas preventivas para as LPs.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

Para somar a essas medidas preventivas, Ferreira et al. (2013), salientam que o uso de colchões especiais podem ajudar a pele a manter-se livre de danos e prevenir lesões em pacientes de alto risco. Acrescentam que os pacientes que necessitam permanecer longo tempo acamado podem usar esses colchões, inclusive para os indivíduos que apresentam lesões, em diferentes partes do corpo. Complementa ainda que o uso de colchões de ar ou de espumas especiais como visco elástico podem diminuir a pressão e proporcionar alívio desde que tenham densidade adequada.

Tais informações são repassadas nas páginas 14 e 15, demonstradas na Figura 11.

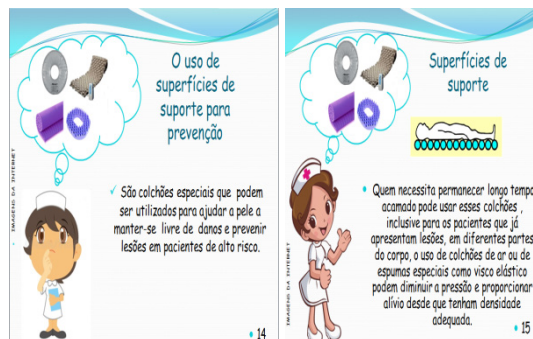


Figura 11- Ilustração sobre as superfícies para proteção.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

Nas páginas 16, 17 e 18 da cartilha, foram abordadas recomendações importantes acerca dos cuidados com a pele, como: a manutenção da pele limpa e seca, bem como, o uso de hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após o banho, pelo

menos uma vez ao dia, não passando nos locais onde há feridas e durante a hidratação da pele, não massagear áreas de protuberâncias ósseas ou áreas avermelhadas, além de sugestões para promover alívio da pressão tecidual (BRASIL, 2013) .conforme mostra a Figura 12.



Figura 12- Ilustração sobre os cuidados com a pele.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

Nas páginas 19, 20 e 21, são reforçadas as recomendações relevantes sugeridas pelas enfermeiras para obtenção de bons resultados, conforme mostra a Figura 13.

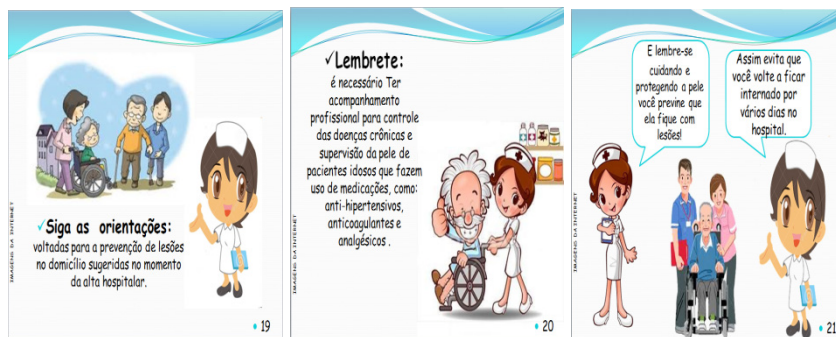


Figura 13- Ilustração sobre o reforço dos cuidados preventivos para a LP.

Fonte: Elaboração própria do conteúdo com fotos retiradas da *internet*

E por fim, na página 22, as referências, foram colocadas de forma a garantir aos leitores que todo conteúdo demonstrado foi embasamento teórico cientificamente, conforme a figura 14.

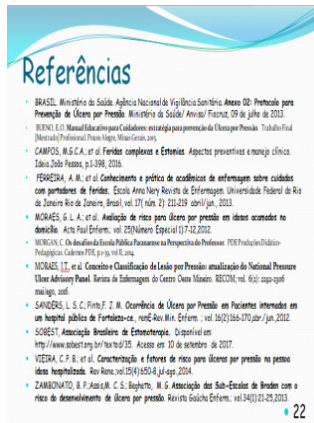


Figura 14- Ilustração sobre as referências do trabalho.

Fonte: Elaboração própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cartilha educativa foi elaborada com teor científico embasado em evidências atualizadas com linguagem clara e objetiva para contribuir na educação em saúde não só de cuidadores, mas também oportuniza para pacientes ao autocuidado na prevenção de LPs.

Ao final dessa pesquisa foi possível perceber que o processo de construção de materiais educativos é exaustivo e demanda tempo e conhecimentos específicos por parte do pesquisador. Porém, agregou conhecimento e satisfação em poder contribuir com a prática do cuidar.

Durante a realização da pesquisa houve algumas fragilidades como no processo de construção do material devido a poucas imagens em desenhos na internet que configurassem as lesões por pressão a fim de evitar imagens chocantes ao leitor, cabendo contratar um designer gráfico que demandaria um custo maior as pesquisadoras.

Concluiu-se que, ao final da pesquisa, o objetivo de construir uma tecnologia educativa é facilitar o processo de educação em saúde, porém ainda existe a necessidade de haver mais pesquisas acerca do tema Tecnologias Educativas. Como limitações da pesquisa, tem-se a não validação de conteúdo, aparência e clínica da cartilha, que será realizada em estudo posterior.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, et al. **Práticas e Tecnologias Educacionais no Cotidiano de Enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.** Rev enferm UFPE on line, Recife 7(11): 6329-6335. Nov, 2013. DOI: 10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201303

ARAÚJO, T.M. **Impacto de uma tecnologia de Informação e comunicação na Prevenção e Tratamento de Úlceras por pressão em Pacientes Críticos**. Tese [doutorado]. Universidade Federal do Ceará. Centro de Ciências da Saúde. Faculdade de Farmácia. Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem. Fortaleza, p.1-190, 2012. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4123>

BENEVIDES, J. L.; et al. **Construção e validação de Tecnologia Educativa sobre Cuidados com Úlcera Venosa**. Rev Esc Enferm. USP, vol. 50(2): 309-316,2016. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200018>

BORTOLETTI, A. P. G. et al. **Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão na Rede de Atenção Básica**. Redes vivas de Educação e Saúde. p.137-144,2015. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130522/000963820.pdf?sequenc>

BUENO, E.O. **Manual Educativo para Cuidadores: estratégia para prevenção da Úlcera por Pressão**. Trabalho Final [Mestrado] Profissional. Pouso Alegre, Minas Gerais, 2015. <http://www.univas.edu.br/mpcas/docs/dissertacoes/3.pdf>

BRASIL. **Práticas Seguras para Prevenção de Lesão por Pressão em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES. Nota Técnica GVIMS/ GGTES nº03/2017, p.1-24. Out, 2017. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>

_____. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão**. ANVISA/FIOCRUZ, 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/PROCOLO_ULCERA_POR_PRESSaO.pdf . Acesso em: 20 set., 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> . Acesso em: 15 out. 2017.

CAMPOS, et al. **Feridas Complexas e Estomias. Aspectos Preventivos e Manejo Clínico**. João Pessoa: ideia, p.1-398, 2016. <http://www.corenpb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>

FERREIRA, A. M., et al. **Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil, vol.17(n.2): 211-219 abril/jun., 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200002>

LANDEIRO, M.J.S.L., et al. **Construção e Avaliação de Tecnologia Educacional Interativa para Familiares Cuidadores sobre Cuidar de Pessoas Dependentes**. Rev.Eletr.Enf., p.1-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38115>

LATICS, Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde. **Tecnologias Educativas no Processo de Ensino e Aprendizagem em Saúde**. Relato de Experiências. Projeto de Extensão. Tecnologia de Informação em Saúde: Preparando o Profissional de Amanhã. Universidade de Campinas Grande (UFMG), campus Cajazeiras, 2014. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300011

MITTAG, et al. **Cuidados com Lesão de Pele: Ações de Enfermagem**. Revista Estima v.15, p.19-25, 2017. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700010004>

MORGAN, C. **Os desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor**. PDE Produções Didático-Pedagógicas. Cadernos PDE, p.1-39, vol II, 2014. http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_unicentro_port_pdp_mirian_izabel_tullio.pdf

MORAES, G. L. A., et al. **Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio**. Acta Paul Enferm.; vol. 25(Número Especial 1):7-12,2012. https://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_02.pdf

MORAES, J.T., et al. **Conceito e Classificação de Lesão por Pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. RECOM; vol. 6(2): 2292-2306 mai/ago, 2016. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nps/v27n61/v27n61a05.pdf>

NASCIMENTO, A.L.S.; SANTOS, P. B. **Atuação da Equipe de Enfermagem na Prevenção e Cuidado da Úlcera por Pressão ao Paciente Crítico**. Universidade Tiradentes, Direção de Saúde, Coordenação de Enfermagem. Aracaju, p.1-29, 2015. <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/966>

PACHECO, et al. **Práticas Integradas em Saúde Coletiva: Fazendo Educação e Saúde nas Visitas Domiciliares**. Rev Enferm. UFPE on line, Recife, 7(esp): 5792-5798. Set, 2013. DOI: 10.5205/ruoul.6825-58796-1-SM.0812201422

POLIT, et al. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre Artmed, 2011. https://books.google.com.br/books/about/Fundamentos_de_Pesquisa_em_Enfermagem_7e.html?id=2AKpDAAAQBAJ&redir_esc=y

RODRIGUES, A.; SORIANO, J.V. **A implicação do cuidador familiar na Prevenção das Úlceras por Pressão**. Revista Evidências, vol.1, p.24-34, 2015. <https://www.researchgate.net/publication/304216187>

RODRIGUES, R. A. **Relato de Experiência de um Estudante do Técnico em Enfermagem sobre Úlcera de Pressão**. Escola GHC- Centro de Educação em Pesquisa em Saúde, Porto Alegre, p. 1-15, 2013. <https://sites.google.com/site/mostradebanners/resumos-1/ulceraporpressaorelatodeexperienciadeumestudodecasorealizadoemumhospitalescola>

SANTOS, L.M. **Significados e Experiências de Cuidadores/Familiares de Pacientes Oncológicos sobre Lesão por Pressão: Estratégias para o Cuidado em Domicílio**. Niterói-RJ, p.1-196, 2017. https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFF-2_5ab6bfa3177136cbf38133609a7f8881

SANTOS, et al. **Escalas Utilizadas para Prevenir Úlceras por Pressão em Pacientes Críticos**. Revista Enfermagem Contemporânea, vol.2 (1): 19-31. Ago, 2013. <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/185>

SANDERS, L. S. C.; Pinto, F. J. M. **Ocorrência de Úlcera por Pressão em Pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-ce.**, remE-Rev.Min. Enferm. ; vol. 16(2): 166-170, abr./jun. 2012. <https://cdn.publisher.gn1.link/remE.org.br/pdf/v16n2a03.pdf>

SILVA, et al. **Conhecimento do Cuidador de Paciente Idoso Acamado sobre Lesão por Pressão**. Revista Varia Scientia.Ciências da Saúde,vol.2, n.2. 2016. <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/15230>

SILVA, M. V. E. et al. **Incidência de Úlcera por Pressão como indicador de qualidade na assistência de Enfermagem.** Rev Enferm. UFSM, vol.2(2): 339-346. Mai/ago, 2012. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5238>

SILVA, M. L.N., et al. **Úlcera por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: Análise da Incidência e Lesões instaladas.** Rev Rene, vol.14(5): 938-944,2013. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3623>

SOBEST, **Associação Brasileira de Estomoterapia.** 2016. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em: 10 de setembro de 2017.

VIEIRA, C. P. B.; et al. **Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada.** Rev Rene, vol.15(4):650-8,jul-ago.,2014. <https://pdfs.semanticscholar.org/17d7/89ffb4645b7fbf4645341414fd3db930c899.pdf>

ZAMBONATO, B. P.; Assis, M. C. S.; Beghetto, M. G. **Associação das Sub-Escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão.** Revista Gaúcha Enferm., vol.34(1):21-25,2013. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200003>

APÊNDICE

Prevenindo Lesões na Pele:

Cuidados = Pressão

Apresentação

Este cartão foi elaborado para orientar cuidados de pacientes acamados, que apresentam algum risco de lesão por pressão. Você receberá mais informações sobre esse assunto em reuniões educativas, reuniões de equipe, reuniões de família, reuniões de enfermagem e reuniões de enfermagem para o apoio de familiares de lesão por pressão e contribuir para uma melhor qualidade de vida dos pacientes, visando melhorar e reconhecer a necessidade de novas ações.

Aproveitem e boa leitura!

AUTORAS

- Maria Cleme Rodrigues Sarmiento
- Nicely Alexandra da Silva

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Colhado Gomes de Mendez (Dra. em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Enfermeira Estomatopediátrica TTSOEST e Docente da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza)

Sumário

- Etimologia de Plantão 01
- Definição de úlcera por pressão 02
- Epidemiologia 04
- Definição de Lesão por Pressão 05
- Classificação das Lesões por Pressão 06
- Localização das Lesões por Pressão 07
- Sinais de alerta 08
- Riscos para o surgimento de Lesões por Pressão 09
- Como posso prevenir? 10
- Como se classifica essas lesões? 11
- Locais mais comuns para o aparecimento das lesões 12
- Quais seriam os sinais de alerta? 13
- Quais os Riscos para o surgimento dessas lesões? 14
- Como posso prevenir? 15
- É importante incentivar a convivência sempre que possível 16

INFORMAÇÕES DE PLANTÃO

Olá pessoal, tudo bem? Me chamo Maria e sou a Mãe, como enfermeira e iremos apresentar para você uma aula que está acontecendo nestas pessoas.

Antes de falar da lesão vamos conhecer um pouco sobre a nossa pele!

- A pele representa de 8 a 16% do peso do corpo total e pode atingir até 2cm³ de extensão em uma pessoa adulta, o que representa o maior órgão do corpo humano.
- É formada por três camadas: Epiderme, Dermis e a Hipoderme (ou Tecido celular-subcutâneo).

Conhecendo a nossa pele!

Epidemiologia

De acordo com os dados no literature o número de casos novas é a maior da ocorrência de lesões por pressão, os sintomas entre os pacientes acometidos, muitas vezes são prolongados, infelizmente muitas vezes a morte.

A prevenção é primordial para evitar essas lesões, medidas preventivas de fácil aplicação por equipe com sua participação, assim combate pressão letal.

Mas afinal você sabe, o que é Lesão por Pressão?

A Lesão por Pressão consiste numa área localizada na pele ou em tecido subjacente, que geralmente é verificada sobre uma superfície óssea ou relacionada ao uso de algum dispositivo médico.

Quando a ferida ocorre antes não haviam, resultante da pressão interna prolongada ou associada a lesões outras feridas.

Como se classifica essas lesões?

- Estágio 1: Não inflama e não eritematoso.
- Estágio 2: Ferida superficial, ou
- Estágio 3: Comprometimento de tecido
- Estágio 4: Profundo e com risco de necrose e infecção.

Locais mais comuns para o aparecimento das lesões

Quais seriam os sinais de alerta?

- Áreas vermelhadas;
- Inchaço;
- Presença de endurecimento e calor.

ATENÇÃO!
As lesões por pressão em sua fase inicial podem passar despercebidas principalmente em pele negra.

Quais os Riscos para o surgimento dessas lesões?

- Idade avançada (a partir de 60 anos);
- Imobilização prolongada (a partir de 14 dias de hospitalização);
- Desnutrição;
- Incapacidade total ou parcial de movimentação;
- Excesso no banho, após higienização normal;
- Prurido excessivo;
- Problemas neurogênicos;
- Uso de alguns medicamentos, anti-hiperuricosos, anti-hipertensivos, analgésicos e antieméticos.

Como posso prevenir?

Mudança de Posição a cada 2h

É importante incentivar a convivência sempre que possível

Nutrição adequada deve incluir proteínas como iogurte, leite e derivados, vitáminas, frutas e vegetais.

- Estimule alimentação variada e equilibrada.

12

A importância de beber água

A água é um elemento indispensável para ajudar na hidratação da pele e de todo o corpo, tanto que ingerir pelo menos entre 1,5 e 2 litros de água por dia.

13

O uso de superfícies de suporte para prevenção

- São colchões especiais que podem ser utilizados para ajudar a manter o leito de doentes e prevenir lesões em pacientes de alto risco.

14

Superfícies de suporte

- Quem necessita permanecer longo tempo acamado pode usar esses colchões, inclusive para os pacientes que já apresentem feridas, em diferentes partes do corpo, e uso de colchões de ar ou de espuma especiais com visco elástica podem diminuir a pressão e proporcionar alívio desde que tenham densidade adequada.

15

CUIDADOS COM A PELE

- Mantenha a pele limpa e seca sempre;
- Lavar a pele com água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento. Não usar álcool ou perfume pois ressecam a pele.

16

CUIDANDO DA PELE

- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após o banho, pelo menos uma vez ao dia, não passe nos locais onde há feridas.
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de protuberâncias ósseas ou áreas vulneráveis.

17

Promova o alívio da pressão.

18

Siga as orientações voltadas para a prevenção de lesões no domicílio sugerido no momento da alta hospitalar.

19

Lembre-se que é necessário ter acompanhamento profissional para controle das doenças crônicas e supervisão de pele de pacientes idosos que fazem uso de medicamentos, como anti-hipertensivos, anticoagulantes e analgésicos.

20

É lembre-se cuidando e protegendo a pele você previne que eles fiquem lesados!

Assim evita que você volte a ficar internado por vários dias no hospital.

21

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Reguladora de Saúde Suplementar. Portaria nº 309. Protocolo para Prevenção de Úlceras por Pressão. Disponível em: <http://www.sa.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo_PPV.pdf>. Acesso em: 15/02/2016.

Fametro

22



OBESIDADE PELA ATENÇÃO E LEMBRE-SE QUE A PREVENÇÃO DE TODOS NÓS!

Fametro

Cartilha: “Prevenindo Lesões na Pele: + Cuidados e – Pressão”.

CAPÍTULO 8

AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 06/11/2020

Juliana Cristina Rodrigues Negrucci

Universidade Anhembi Morumbi
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/6855362421992178>

Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes

Universidade Anhembi Morumbi
<http://lattes.cnpq.br/7829301290601073>

Lucilení Narciso de Souza

Universidade Anhanguera de São Paulo
Campo Limpo, São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/7515398022578680>

Plínio Regino Magalhães

Centro Universitário Ítalo Brasileiro, SP
<http://lattes.cnpq.br/3112198571008107>

Péricles Cristiano Batista Flores

Hospital Santa Cruz, Vila Mariana, SP
<http://lattes.cnpq.br/5161361256228569>

Anelvira de Oliveira Florentino

Unesp Botucatu-SP
<http://lattes.cnpq.br/2682866738613729>

Nadir Barbosa Silva

Faculdade Uniesp – Mauá /SP
<http://lattes.cnpq.br/4004009110368134>

Ana Maria Cardoso Cunha

Hospital Sagrada Família - SP
<http://lattes.cnpq.br/4384761489807425>

Camila Rodrigues de Souza

Complexo Municipal de São Bernardo do
Campo - SP
<http://lattes.cnpq.br/6110357307120589>

Mirelle Ahnert Freitas

<http://lattes.cnpq.br/7052495439585549>

Keila Martins da Conceição

<https://orcid.gov/0000-00003-0432-1509>

Solange Aparecida Caetano

Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São
Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/1959754622933973>

RESUMO: O presente estudo teve por objetivo avaliar a coordenação da atenção nos serviços de atenção básica que compõem o Distrito Sanitário Vila Carli do município de Guarapuava/PR, a partir dos usuários. Trata-se de um estudo quantitativo, avaliativo, com coleta de dados por meio do instrumento PCATool. Quanto aos resultados o perfil dos entrevistados em sua maioria do sexo feminino (71,8%), com idade de 18 a 39 anos (34,0%), e com escolaridade de Ensino Médio Completo (30,3%). Quanto aos resultados foi possível observar que poucos avaliaram a APS no geral como maior que 8, apesar disso a avaliação geral da APS se deu de forma positiva. Em relação ao atributo coordenação de integração de cuidados dos usuários que foram encaminhados, a maioria (65,96%), avaliou positivamente. E para o atributo coordenação de sistemas de informação, a maioria dos usuários (63,94%) avaliou satisfatoriamente. Observa-se

que de modo geral o atributo coordenação do cuidado recebeu avaliação positiva, porém poucos atingiram escore próximo do máximo. Conclui-se que a coordenação do cuidado está sendo prestada aos usuários na realidade investigada, entretanto necessita de maiores investimentos para que essa seja desenvolvida com excelência, a fim de que se garanta que a APS possa cumprir com seu papel de ordenadora do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Cuidados Primários de Saúde; Qualidade da atenção; Coordenação.

ASSESSMENT OF THE COORDINATION OF ATTENTION IN PRIMARY HEALTH CARE UNDER THE VIEWS OF USERS

ABSTRACT: This study aimed to assess the coordination of care in the primary care services that make up the Vila Carli Sanitary District in the city of Guarapuava / PR, from the users. This is a quantitative, evaluative study, with data collection using the PCATool instrument. As for the results, the profile of the interviewees was mostly female (71.8%), aged 18 to 39 years (34.0%), and with a high school education (30.3%). As for the results, it was possible to observe that few evaluated PHC in general as greater than 8, despite this, the general PHC evaluation was positive. In relation to the attribute of integration of care integration of users who were referred, most (65.96%), evaluated positively. And for the information systems coordination attribute, most users (63.94%) evaluated satisfactorily. It is observed that, in general, the attribute of care coordination received a positive evaluation, but few reached a score close to the maximum. It is concluded that the coordination of care is being provided to users in the investigated reality, however it needs greater investments so that it is developed with excellence, in order to ensure that the PHC can fulfill its role as a care provider.

KEYWORDS: Primary Health Care; Health Care Networks; Primary Health Care; Quality of care; Coordination.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é definida como qualidade de vida das pessoas. Não é proporcionar somente com assistência médica, mas essencialmente pela promoção de pessoas, por meio de emprego, salário justo, educação, habitação, saneamento, transporte, alimentação, cultura, lazer e a um sistema de saúde digno e de qualidade. Abrange admitir o ser humano como ser absoluto e a saúde como qualidade de vida (VIEGAS; PENNA, 2013).

O serviço de saúde na atenção primária, secundária e terciária no Brasil passa a ser ofertado obrigatoriamente e igualmente para qualquer cidadão, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (VIEGAS; PENNA, 2013).

O SUS visa garantir o direito de todo indivíduo fazendo com que município, estado e união tenham responsabilidade sobre a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, além de tratar com prioridade o atendimento integral (VIEGAS; PENNA, 2013).

O termo Atenção Primária a Saúde (APS) representa através de unidades de

saúde uma atenção ambulatorial que não é especializada, ou seja, é compreendida pelo progresso de uma equipe diferenciada que possui baixa tecnologia para realizar atividades clínicas, assim como a saúde pública no Brasil. É possível definir APS como um primeiro contato onde pode ser solucionado grande parte de problemas de saúde apresentados pela população (LAVRAS, 2011).

Em alguns países existe mais atenção especializada, ou seja, subespecialista do que especialista em APS, isso porque normalmente são priorizados o desenvolvimento e o uso da tecnologia cara para o indivíduo enfermo, ao invés de utilizar programas de prevenção ou diminuir os desconfortos de doenças consideráveis mais comuns (STARFIELD, 2002).

A APS no Brasil se concretiza através do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi introduzida como um programa relacionado ao modelo sanitaria que pode ser definido como uma alteração assistencial estratégica (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011). Sua finalidade é substituir a tradicional rede de APS, amparando a necessidade de saúde dos indivíduos, utilizando por meio da cidadania, humanização e solidariedade para todos os usuários do serviço de saúde (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011).

Os resultados que se referem à parte do sistema de saúde, baseado na atenção primária estão sendo positivos no Brasil, mesmo que existam controvérsias de caráter político- ideológica ou conceitual sejam evidenciados a fim de reorganizá-lo (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Embasado no objetivo de responsabilidade sanitária acima de um território e uma população específica que tem a ESF, foi realizado uma pesquisa na região sul de Santa Catarina nas ESF inseridas no local, com o objetivo de avaliar seu andamento e a associação desse desempenho com uma conclusão efetiva. Segundo a análise houve uma diminuição nas taxas de internações por pneumonia em crianças na faixa etária menores de 5 anos e idosos com a faixa etária maiores de 60 anos, também se nota que através da atenção ambulatorial básica adequada que diminuiu as internações por Diabetes Mellitus, houve uma estabilidade nas porcentagens de indivíduos com diarreia (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Dada a importância de avaliar a APS, foi proposto um modo de avaliação por um comitê do instituto de medicina, listando quatro atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD, 2002).

A atenção ao primeiro contato envolve o acesso e o uso do serviço a cada problema novo o qual faz com que os usuários busquem a atenção à saúde. A longitudinalidade implica que o usuário tenha uma unidade de saúde regular para a atenção e o seu uso conforme o passar do tempo, fazendo com que a essa tenha a capacidade de identificar os usuários que deveriam adquirir seu atendimento. Quanto à integralidade as unidades de APS devem fazer, mesmo que não ofertados eficientemente, com que o usuário receba todo e qualquer tipo de atendimento. A coordenação também conhecida como integração,

requer uma forma de continuidade, por meio dos profissionais, prontuários, além de reconhecer problemas abrangendo isso (STARFIELD, 2002).

A avaliação da coordenação em situação individual requer a atenção de um elemento estrutural da atenção o qual admite a habilidade para o alcance do atributo e a compensação do desempenho (STARFIELD, 2002).

Portanto é possível compreender o conceito de “coordenação dos cuidados” como promoção entre distintos serviços e atitudes associadas à atenção em saúde, de forma que, indiferente do local em que sejam prestados os cuidados, devem permanecer em sincronia e obtenham o mesmo objetivo (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

O componente essencial para a coordenação é a continuidade da atenção, ou seja, é preciso obter um processo que faz com que o profissional esteja sempre informado sobre a assistência prestada ao usuário, assim como os encaminhamentos realizados. O desempenho superior à coordenação é mecanismo de reconhecimento a respeito dos problemas, pois somente quando são reconhecidos os problemas é que os profissionais podem atuar sobre os mesmos (STARFIELD, 2002).

Estudo apontou que a probabilidade é que municípios que demonstram grandes avanços na coordenação demonstrariam um maior contentamento com as ações elaboradas pelas ESF (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

Os quatro elementos da APS são primordiais para que essa admita a coordenação das redes de atenção à saúde, entretanto, a coordenação é fundamental para os outros aspectos, sem ela, a longitudinalidade não teria mais potencial, a integralidade seria atrapalhada e o primeiro contato viraria uma função unicamente administrativa (CAMPOS OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A atenção coordenada é primordial, pois o número de indivíduos que padecem de mais de uma doença e conseguem cuidados de saúde por profissionais especializados é cada vez maior (CAMPOS OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com base no exposto, percebe-se a importância da APS para os usuários, assim como dos atributos, dando ênfase a atenção coordenada a qual tem papel fundamental para que os outros atributos possam atuar com maior eficiência.

2 | OBJETIVOS

Objetivo Geral: Avaliar a coordenação da atenção nos serviços de atenção básica que compõem o Distrito Sanitário Vila Carli do município de Guarapuava/PR, a partir dos usuários.

Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos usuários segundo as variáveis: sexo, escolaridade, idade, situação laboral, condições de saúde e de doença referida.

- Analisar a influência do atributo coordenação da atenção nas características organizacionais e de desempenho do serviço investigado.

3 | MÉTODO

3.1 Campo de Pesquisa

O município de Guarapuava é dividido em cinco Distritos Sanitários de Saúde, para fins de organização e planejamento. Esses distritos são compostos pelas 31 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e a divisão dos mesmos se deu considerando aspectos como número populacional e área geográfica do município, sendo assim constituídos:

1. Distrito Sanitário Morro Alto (DSM): oito UBSs; 2) Distrito Sanitário Bonsucesso (DSB): cinco UBSs; 3) Distrito Sanitário Xarquinho (DSX): seis UBSs; 4) Distrito Sanitário Boqueirão (DSBO): sete UBSs e 5) Distrito Sanitário Vila Carli (DSV): cinco UBSs

Para o presente estudo foi selecionado do Distrito Sanitário Vila Carli, em virtude de sua proximidade com o Campus Universitário Cedeteg da Universidade Estadual do Centro-Oeste, o qual abriga os cursos da área da saúde. Além desse Distrito Sanitário abrigar estágios e aulas práticas da área da saúde, o mesmo está em processo de ser gerenciado por um docente da universidade, justificando-se a escolha do local de estudo.

3.2 Tipo de Estudo

Trata - se de um estudo com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

Em estudos desta natureza, úteis quando se deseja descrever variáveis e seus padrões de distribuição, todas as medições são realizadas em um único momento, sem período de acompanhamento. Produzem "instantâneos" da situação de uma comunidade com base na avaliação individual de cada um de seus membros, produzindo indicadores globais para o grupo investigado (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2002, p.183)

3.3 População do Estudo

A população desse estudo se constituiu de 278 usuários adultos e 101 acompanhantes de crianças (menores de 12 anos), dos serviços da rede básica do Distrito Vila Carli de Saúde do município de Guarapuava, Paraná.

A população do estudo foi selecionada seguindo os critérios: ter mais de 18 anos; ser usuário da Atenção Primária à Saúde há mais de um ano; ter atendimento prévio na respectiva unidade; concordar em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, foram excluídos do presente estudo pessoas sem capacidade cognitiva para responder ao questionário.

Em situações em que o mesmo usuário foi atendido em mais que um dos serviços da rede de atenção básica de saúde do Distrito Vila Carli, definiu-se pelo local do último

atendimento, assim o usuário passou a ser considerado somente deste último serviço em que foi atendido, impossibilitando a duplicidade de participação.

A população da pesquisa foi constituída pelos usuários dos serviços de APS no Distrito Sanitário Vila Carli, totalizando 29.177 usuários. Realizou-se um cálculo amostral utilizando-se a técnica de amostragem probabilística aleatória, em um nível de significância de 95% e erro de 5%. Chegou-se a um total de 379 pacientes a estudados, conforme a fórmula abaixo:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

onde:

n é o tamanho da amostra;

Z é a abscissa da curva normal padrão para nível de significância de 95% que resulta Z=1,96;

N é o tamanho da população finita;

\hat{p} e \hat{q} são as estimativas da verdadeira proporção das variáveis escolhidas (sucesso e fracasso).

e Conforme Simon (2000) quando você não tiver condições de prever o valor de \hat{p} , admita $\hat{p}=0,50$, pois, dessa forma, você terá o maior tamanho da amostra, admitindo-se constantes os demais elementos. é o erro de estimativa, isto é, margem de erro do valor que se estima para um parâmetro populacional;

Então:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 29177}{0,05^2 \cdot (29177 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \cong 379$$

A população é dividida em cinco unidades de atendimento. Com isso, foi necessário realizar uma amostra estratificada proporcional e levar em consideração a quantidade de atendimentos de cada estrato (unidade de atendimento), escolhendo a amostra proporcionalmente aos números de pacientes em cada unidade.

A Tabelas 1 apresenta a quantidade de atendimentos e o tamanho da amostra para o distrito com as cinco unidades, respectivamente.

Unidade	Número de Pacientes	Percentual	Amostra	Aprox
Vila Carli	10000	34,27	129,90	130
Paz e bem	3077	10,55	39,97	40
Vila Bela	10000	34,27	129,90	130
Jardim das Américas	3000	10,28	38,97	39
Colibri	3100	10,62	40,27	40
Total	29177	100,00	379	379

Tabela1: Número de pacientes em cada unidade do distrito

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados se deu entre os meses de novembro de 2015 a junho de 2016. Como instrumento para avaliação da APS foram utilizados instrumentos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCAT) (BRASIL, 2010), os quais foram elaborados validados por pesquisadores da Universidade de Johns Hopkins, e posteriormente adaptados e validados, por meio do desenvolvimento da pesquisa, realizada em um município brasileiro, pela Organização Panamericana de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, em 2006 (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Nesse estudo foram utilizados dois questionários, um específico para usuários adultos dos serviços de atenção APS, e outro para acompanhantes de crianças ou incapacitados de responder, além disso foi utilizado um instrumento para identificar as características sociodemográficas de saúde dos pesquisados.

O cálculo dos escores para avaliar a APS no cenário investigado seguiu as instruções contidas no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010).

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa Microsoft office Excel 2010, e analisados por meio de estatística descritiva simples, e apresentados em tabelas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população em estudo

Será apresentado abaixo os resultados de três tabelas sendo considerado gênero, faixa etária, escolaridade, condições sociais e de saúde básica.

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	272	71,8
Masculino	107	28,2
Idade		
Menor de 1 ano	27	7,1
1 a menos de 5 anos	46	12,1
5 a 12 anos	26	6,9
18 a 39 anos	129	34,0
40 a 59 anos	83	21,9
Maior de 60 anos	68	17,9
Escolaridade		
Sem escolaridade	16	4,2
Ensino Fundamental Incompleto	88	23,2
Ensino Fundamental Completo	62	16,4
Ensino Médio Incompleto	67	17,7
Ensino Médio Completo	115	30,3
Ensino Superior Incompleto	10	2,6
Ensino Superior Completo	21	5,5

A população do estudo foi composta de dois grupos: usuários adultos, com idade superior a 18 anos e acompanhantes de crianças, onde se resultou em 379 usuários entrevistados das unidades de APS incluídas no estudo, sendo que a maior parte dos entrevistados são do gênero feminino (71,8 %) na faixa etária de 18 a 39 anos (34%) com nível de escolaridade ensino médio completo (30,3%).

É possível observar que o estudo realizado em 2006 por Ibañez et al. aponta dados semelhantes ao presente estudo em relação à idade, gênero e escolaridade, em que a maioria dos entrevistado são do sexo feminino na faixa etária de 32 a 40 anos com o primeiro grau completo, o que se assemelha a pesquisa atual.

Variável	N	%
Geladeira	378	99,7
Luz	378	99,7
Água	373	98,4
Banheiro dentro de casa	377	99,5
Telefone	368	97,1
Televisão	378	99,7
Rádio	335	88,4
Carro	237	62,5

Tabela 2: Acesso dos usuários a luz, água, banheiro, geladeira, meios de comunicação e transporte. Guarapuava/PR. 2016. N = 379

Os usuários que foram entrevistados frequentam a unidade há mais de um ano e conforme a Tabela 2 tem acesso à luz, água, saneamento básico, meios de comunicação, porém uma grande parcela dos usuários não possuem um automóvel (62,5%).

Em relação a bens de consumo o estudo de Ibañez et al. (2006) mostra que mais de 70% possuem telefone (fixo ou móvel) o que se assemelha com o atual estudo apresentando 97,7% que possuem telefone. Em relação aos serviços públicos básicos mais de 95% dos entrevistados no estudo Ibañez et al (2006) possuem banheiro dentro de casa, acesso à água encanada e coleta de lixo e esgoto, mostrando semelhança ao presente estudo.

Variável	N	%
Emprego	147	38,8
Plano de saúde privado	144	38,0
Considera o estado de saúde nos últimos 30 dias:		0,0
Muito ruim	13	3,4
Ruim	32	8,4
Regular	130	34,3
Bom	163	43,0
Ótimo	41	10,8
Deixou de realizar atividades habituais por problemas de saúde nos últimos 30 dias	59	15,6

Tabela 3: Emprego, plano de saúde privado e condições de saúde nos últimos 30 dias. Guarapuava/PR. 2016. N = 379.

É possível observar na Tabela 3 que apenas 38,8% dos usuários estão empregados e 38% possuem um convênio de saúde, e grande parte dos entrevistados dizem considerar seu estado de saúde bom (43%) e uma pequena parcela diz ter deixado de realizar atividades habituais nos último 30 dias (15,6%) devido a problemas de saúde.

Enquanto que a pesquisa de Pereira *et al.*,(2008) mostra que 47,% estão empregados, o que mostra pouco diferença com a pesquisa atual, ao contrário do plano de saúde privado onde a pesquisa de Pereira et al. (2008) aponta apenas 12,9% contrapondo a presente pesquisa que aponta 38% de indivíduos que possuem plano de saúde privado. Em relação ao estado de saúde dos usuários atendidos na APS, a pesquisa de Pereira *et al.*,(2008) mostrou 52,2% consideram seu estado de saúde, dados esses que demonstram que a população em estudo tem acesso a serviços básicos que impactam na saúde.

Avaliação da atenção primária à saúde

A seguir é apresentada a tabela 4 com dados da avaliação da APS na realidade investigada. Para interpretação dos escores, os mesmos foram classificados pelos pesquisadores como negativo (< ou igual a 5) e positivo (>5,1). A classificação positiva foi reclassificada, conforme apresentado na tabela 4, a fim de oportunizar maior discussão

sobre o grau de avaliação da APS.

Variável	N	%
Escore Geral*		
< ou igual a 5,0	109	28,76
5,1 a 6,0	146	38,52
6,1 a 7,0	83	21,90
7,1 a 8,0	32	8,44
Maior a 8,0	9	2,37
Total	379	100
Escore Essencial**		
< ou igual a 5,0	69	18,21
5,1 a 6,0	122	32,19
6,1 a 7,0	127	33,51
7,1 a 8,0	43	11,35
Maior a 8,0	18	4,75
Total	379	100

*Escore Geral: para o cálculo do Escore Geral são utilizados todos os atributos da APS: longitudinalidade, integralidade, acesso, coordenação do cuidado e atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária).

** Escore Essencial: para o cálculo do Escore Essencial são utilizados os atributos acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado).

Tabela 4: Avaliação da Atenção Primária à Saúde segundo Escore Geral, Escore Essencial. Guarapuava/PR. N = 379.

Na tabela acima é possível observar que poucos avaliam a APS no geral como maior que 8, no entanto observa-se que 109 pessoas avaliam como igual ou menos que 5,0, o número, apesar de não ser a maioria, é alarmante pois apresenta muito baixo e indica que a APS para boa parcela dos usuários não está sendo atendida em suas necessidades.

Os dados do presente estudo são contrários à pesquisa de Amaral et al. (2009) mostra que a avaliação geral da consulta apresentou 95,6% e 73,5% de “satisfeitos” nos serviços com alto e baixo escore de APS, fazendo com que os usuários de serviços com alto grau de orientação à atenção primária obtêm maior satisfação em suas consultas e essa maior satisfação pode beneficiar o processo decisório do paciente frente às recomendações médicas realizadas.

Vale ressaltar que a APS é uma estratégia a qual orienta e organiza o sistema de saúde, e que além de atender às necessidades da população, tem a saúde como direito social. Desse modo, a organização adequada da APS é fundamental para a melhoria da atenção com impactos positivos na saúde da população e eficiência do sistema (MACINKO; STARFIELD, SHI, 2003), portanto, quando avaliada negativamente, impacta

que a população tem menor assistência no que tange a garantia de sua saúde como direito social e na qualidade da assistência à saúde.

Variável	N	%
Escore Coordenação – integração de cuidados		
< ou igual a 5,0	30	37,04
5,1 a 6,0	8	9,88
6,1 a 7,0	10	12,35
7,1 a 8,0	14	17,28
Maior a 8,0	19	23,46
Total	81	100
Escore Coordenação – sistema de informações		
< ou igual a 5,0	128	36,06
5,1 a 6,0	32	9,01
6,1 a 7,0	47	13,24
7,1 a 8,0	63	17,75
Maior a 8,0	85	23,94
Total	355	100

Tabela 5: Avaliação da Atenção Primária à Saúde segundo o atributo coordenação do cuidado. Guarapuava/PR. N = 379.

Quanto à coordenação - integração de cuidados, não foi possível avaliar a maioria dos entrevistado, visto que dos 379 apenas 81 afirmaram ter sido encaminhados para outro ponto de atenção. Dos usuários que foram encaminhados, a maioria (65,96%) avaliou positivamente esse atributo, o que corrobora com o estudo de Carneiro *et al.*, (2014) com uma grande demanda de entrevistados apresentou uma satisfatória avaliação desse atributo com 50%.

Quanto à coordenação - sistemas de informação, apenas 24 pessoas deixaram de responder às questões relacionadas a esse atributo. Da mesma forma, a maioria dos usuários (63,94%) avaliou satisfatoriamente tal atributo, o que está em conformidade com a literatura (CARNEIRO *et al.*, 2014; HARZHEIM *et al.*, 2016).

Apesar das avaliações positivas, é válido ressaltar que uma parcela significativa da população avaliou de forma insatisfatória tanto a integração dos cuidados, como o sistema de informações, o que remete à necessidade de avaliar e implementar melhorias no âmbito da atenção coordenada.

Ainda é possível avaliar que os escores do atributo coordenação ficaram próximos dos resultados do Escore Geral e Essencial da APS, indicando que esse atributo não teve um impacto significativo na redução ou aumento da avaliação realizada.

Para Starfield (2004), a essência da coordenação basea-se na ociosidade das informações sobre os usuários, pertinente a situações problemas e aos atendimentos

anteriores. Portanto, requer-se o estabelecimento de alguma maneira de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio dos prontuários, ou de ambas as formas de comunicação, incluindo os registros.

Nesse contexto, a APS se mostra como a ordenadora da rede de atenção à saúde, com vistas a regular de forma eficiente o cuidado aos usuários, oportunizando a oferta de serviços precisos e seguros, aumentando a resolutividade desses (MENDES, 2010).

Portanto, é fundamental investir na melhoria constante tanto da APS, e principalmente do atributo coordenação do cuidado, para que esse ponto de atenção tenha possibilidade de desempenhar de forma adequada seu papel de porta de entrada do sistema de saúde e ordenadora do cuidado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que apesar de apenas alguns usuários não atingirem o escore maior que 8, o que destaca pouco investimentos para que as APS tenha uma melhor qualidade nos atributos, é possível observar que a avaliação geral da APS se deu de forma positiva.

Do mesmo modo, para o atributo coordenação do cuidado, a maior parte dos usuários avaliaram positivamente, porém poucos atingiram escore próximo do máximo.

Evidencia-se que a coordenação do cuidado está sendo prestada aos usuários na realidade investigada, entretanto necessidade de maiores investimentos para que essa seja desenvolvida com excelência, a fim de que se garanta que a APS possa cumprir com seu papel de ordenadora do cuidado.

Espera-se que a presente pesquisa contribua para um atendimento com mais qualidade à população e que haja um investimento maior quanto os serviços de coordenação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. D, GIOVANELLA, L, NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300010>. Acesso em Nov de 2020.

ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, ZM. Introdução à Epidemiologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

AMARAL ZILS, A. et al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 16, p. 270-276, 2009. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf4\(16\)233](https://doi.org/10.5712/rbmf4(16)233). Acesso em Nov de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde: 2010

CONILL, E. M. histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. s1, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2008.v24suppl1/s7-s16/pt>. Acesso em Nov de 2020.

CARNEIRO, M.S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 279-295, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>. Acesso em Nov de 2020.

CAMPOS OLIVEIRA, M. A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família/Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy/Atributos essenciais de la Atención Primaria y la Estrategia Salud de la Familia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em Nov de 2020.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2006.v11n3/683-703/pt>. Acesso em Nov de 2020

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt>. Acesso em Nov de 2020.

MACINKO, James et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **The International journal of health planning and management**, v. 19, n. 4, p. 303-317, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.766>. Acesso em Nov de 2020

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n5/2297-2305/pt>. Acesso em Nov de 2020

NASCIMENTO, A. P. S.; SANTOS, L. F.; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde: uma introdução sobre os problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 2, n. 1, p. 18-24, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v2i1.95>. Acesso em Nov de 2020.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, v. 32, n. 1, p. 48-55, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100006>. Acesso em Nov de 2020

STARFIELD, B. Atenção primária. **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura**, 2002

FREUND, J. E.; SIMON, A. A. Estatística Aplicada: Economia, Administração e Contabilidade. 9ª edição. Tradução AA de Farias. 2000.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n1/181-190/pt>. Acesso em Nov de 2020

INCLUSÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ROTINA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE INHAPIM MINAS GERAIS

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 02/11/2020

Stela Cristina de Lima Nogueira

Departamento Saúde
Inhapim - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1493368451543617>

Rafaela Lima Nogueira

Departamento Saúde
Inhapim - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2741050312109803>

RESUMO: Os cuidados paliativos são os cuidados prestados ao paciente, em que a doença não responde mais ao tratamento curativo. É necessária uma abordagem diferenciada do cuidado para manutenção do conforto do paciente, através da atenção primária de forma humanizada e assistida. Em Inhapim de acordo com o Sistema de Mortalidade, a mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência, idade de 40 a 49: dois casos, 50 a 59 anos: 6 casos, 60 a 69 anos: 5 casos, 70 a 79 anos: 6 casos. Internações por neoplasias totalizaram 29, segunda causa de internação hospitalar no ano de 2016. E a morbidade hospitalar por grupo de causas e faixa etária. Internações por Capítulo CID 10- neoplasias 1 a 4 anos: 01 caso, 5 a 9 anos: 5 casos, 10 a 14 anos dois casos, 20 a 29 anos: 2 casos, 30 a 39 anos: 3, de 40 a 49 anos: 16 casos, 50 a 59 anos: 22 casos, 60 a 69 anos: 29 casos, 70 a 79 anos: 6 casos e 80 anos: 4 casos, totalizando 89 casos. Sendo a oitava causa de internação por neoplasia. Informação do ano de

2016. O Objetivo do trabalho é melhorar as redes assistenciais voltadas aos cuidados paliativos da Atenção Primária no Município de Inhapim. Observou-se que no Município a rede assistencial não possui atendimento especializado voltado ao paciente oncológicos na atenção primária. Assim o trabalho foi realizado através de estudos teóricos onde foram obtidos os dados. Quanto à abordagem do estudo é quantitativo descritivo e observacional. A análise dos dados adquiridos através do impresso produzido pela Coordenação da Atenção Primária do Município fez com que as Coordenadoras criassem estratégias para qualificar as equipes de saúde como a educação continuada e a construção dos protocolos. Criação de cronogramas incluindo a Educação Continuada com temas de cuidados paliativos realizados mensalmente nas Estratégias de Saúde da Família. E a produção de protocolos médicos e de enfermagem com conteúdo da assistência ao paciente oncológico na atenção primária incluindo os cuidados paliativos e implantação do mesmo após a aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Conclui-se que, o estudo irá aumentar o desempenho das Equipes de Saúde da Família do Município de Inhapim relacionado aos cuidados paliativos e aumentar a qualidade dos serviços aos pacientes oncológicos ofertados na Atenção Primária. Além disso, ocorrerá o fortalecimento das ações de planejamento e organização da das redes assistenciais direcionadas aos cuidados paliativos na atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; Enfermeiros; Redes Assistenciais; Cuidados Paliativos.

INCLUSION OF PALLIATIVE CARE IN THE ROUTINE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE MUNICIPALITY OF INHAPIM MINAS GERAIS

ABSTRACT: Palliative care is the care provided to the patient, in which the disease no longer responds to curative treatment. A differentiated approach to care is necessary to maintain patient comfort, through primary care in a humanized and assisted manner. In Inhapim according to the Mortality System, mortality by groups of causes, age group and residence, age 40 to 49: two cases, 50 to 59 years: 6 cases, 60 to 69 years: 5 cases, 70 to 79 years: 6 cases. Hospitalizations for neoplasias totaled 29, the second cause of hospitalization in 2016. And hospital morbidity by group of causes and age group. Hospitalizations by ICD Chapter 10- neoplasias 1 to 4 years: 01 case, 5 to 9 years: 5 cases, 10 to 14 years two cases, 20 to 29 years: 2 cases, 30 to 39 years: 3, 40 to 49 years : 16 cases, 50 to 59 years: 22 cases, 60 to 69 years: 29 cases, 70 to 79 years: 6 cases and 80 years: 4 cases, totaling 89 cases. Being the eighth cause of hospitalization for neoplasias. Information for the year 2016. The objective of the work is to improve the assistance networks aimed at palliative care in Primary Care in the Municipality of Inhapim. It was noted that in the Municipality the assistance network does not have specialized care for cancer patients in primary care. Thus, the work was carried out through theoretical studies where the data were obtained. As for the study approach, it is quantitative, descriptive and observational. The analysis of the data acquired through the form produced by the Municipal Primary Care Coordination led the Coordinators to create strategies to qualify health teams as continuing education and the construction of protocols. Creation of schedules including Continuing Education with palliative care themes carried out monthly in the Family Health Strategies. And the production of medical and nursing protocols with the content of assistance to cancer patients in primary care, including palliative care and its implementation after approval by the Municipal Health Council. It is concluded that the study will increase the performance of the Health Teams Family Health in the municipality of Inhapim related to palliative care and to increase the quality of services to cancer patients offered in Primary Care. In addition, there will be a strengthening of the planning and organization actions of the assistance networks aimed at palliative care in primary care.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Nurses; Assistance Network; Palliative Care.

REFERÊNCIAS

BALIZA mf, Bousso RS, Spinel VMCD, Silva L, Poles K. **Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.** Acta Paul Enferm 2012; 25(Número especial 2) 13-18. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0100-5502201900030006200012&lng=en>. Acesso em : 05 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439 de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. **Os percalços de uma política: Relação à brasileira entre o Estado e a Política de combate ao câncer.** Lourdes Karoline Almeida Silva1 Francisco Oliveira Barros Júnior (orientador) Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 12, n 1 (15), p.31-52 jan./jun. 2013 ISSN 1676-6806 . Disponível em:<<file:///C:/Users/uni21878/Downloads/Os%20percal%C3%A7os%20de%20uma%20pol%C3%ADtica.pdf>> Acesso dia : 5 de junho de 2019.

BRASIL. Secretaria De Estado de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201979%20%20PDR%20 2014.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2018.

BRASIL. Decreto n. 453 de maio de 2012. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, mai. 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html Acesso em 13 de outubro de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2011. 9.

CIDADE BRASIL. Disponível em: <www.cidade-brasil.com.br/municipoiinhapim.html>. Acesso em 25 fev. de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Senado Federal, 1988.

Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):2072-2080, set, 2007. Disponível em :<<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2007.v23n9/2072-2080>>. Acesso no dia 04 de outubro de 2019.

INHAPIM, secretaria municipal de saúde de Inhapim. Plano Anual de saúde de Inhapim Minas Gerais, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Acesso em 22/02/2018 no Município.

INHAPIM, secretaria municipal de saúde de Inhapim. Carteira de Serviços do Município de Inhapim, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. Acesso em 23/02/2018 no Município.

ATLAS BRASIL, 2013. Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: Acesso em: 10 abril de 2018.

INHAPIM, secretaria municipal de saúde de Inhapim. Prefeitura Municipal. Portal da Transparência. Lei Orçamentária Anual 2017/2018. Disponível em: Acesso em: 10 out.2018.

Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009. 320p. Inclui bibliografia ISBN 978-85-89718-27-1 1. Tratamento paliativo. I. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em : < http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf >Acesso em : 07 de março de 2020.

RIBEIROJR, POLES K. **Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família.** Rev. bras. educ. med. vol.43 no.3 Brasília July/Sept. 2019 Epub May 23, 2019. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3r20180172> >Acesso em : 05 de outubro de 2019.

SILVA, L. B. **Condições de vida e adoecimento por câncer.** Libertas, Juiz de Fora, v. 10, n. 02, p. 172-87, jul./dez., 2010. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 03, p. 233-38, 1991. PARADA, R. et al. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Rev. APS, v. 11, n. 02, p. 199-206, abr./jun., 2008.

Silva MLSR. **O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos.** RevBrasMedFam Comunidade 2014; 9(30) 45-53. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0100-5502201900030006200008&lng=en> Acesso em : 05 de outubro de 2019.

TEIXEIRA, L. A. FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: O INCA e o controle do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

CAPÍTULO 10

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 03/12/2020

Priscyla Cruz Oliveira

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Hospital Haroldo Juaçaba
(Instituto do Câncer do Ceará- ICC)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4093421449166467>

Michelle Soeiro de Oliveira

Doutoranda do Programa de Ciências Médico-
Cirúrgicas - UFC
Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5667522492584058>

Anatalia Neco da Silva

Especializanda: Enfermagem em Centro de
Terapia Intensiva (Universidade Estadual do
Ceará- UECE)
Hospital Gênesis
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7203187610609886>

Julliana de Carvalho Oliveira

Universidade Estadual do Ceará- UECE
Faculdade Redentor
Hospital e Maternidade Zilda ARNS- Hospital
da Mulher
Fortaleza - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3112493110503816>

Maria Elibia Rodrigues Magalhães

Acadêmica de Bacharelado em Enfermagem
Faculdade Regional Jaguaribana - FRJ
Alto Santo – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4936035517574168>

Helio de Almeida Nobre Junior

Mestrando do Programa de Ciências
Médico-Cirúrgicas - UFC
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3547378913802064>

Francisca Antonia do Vale Gomes

Mestranda do Programa de Ciências
Médico-Cirúrgicas - UFC
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4137157813802893>

RESUMO: Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Estima-se, para o Brasil, entre os anos de 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. A organização mundial da saúde (OMS) prioriza as ações de prevenção no cuidado com as condições crônicas, enfatizando que é possível prevenir a maioria destas, e que, assim, toda a interação de saúde deve incluir a prevenção. Objetivou-se identificar, por meio de uma revisão integrativa, o papel do enfermeiro na prevenção e controle do câncer. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de 2014 a 2019. A pesquisa nas bases de dados LILACS e BDEFN ocorreu de abril a junho de 2019; onde foram encontrados 8.549 textos completos, dos quais, 2.296 estavam disponíveis e, após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, obtivemos 08 artigos que abordavam a temática. Os estudos mostraram que o papel do enfermeiro

acerca da prevenção e controle do câncer, abordavam a formação do enfermeiro, ações de enfermagem diante da prevenção do câncer, atividades educativas, prevenção e promoção da saúde, com enfoque na detecção precoce do câncer de mama e colo uterino. A prevenção do câncer é uma ação ampla e de extrema importância para a população, podendo ocorrer de diversas formas, a depender da estratégia escolhida pelo profissional de saúde que está diretamente ligado à realidade da população. O papel do enfermeiro deve estar voltado para intervenções comportamentais, cognitivas e sociais como: orientações sobre prevenção do câncer na unidade básica de saúde, educação em saúde nas salas de espera, nas consultas de enfermagem, nas escolas e demais ambientes; palestras e orientações individuais e sociais; grupos educativos; lembretes e busca ativa dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Prevenção. Câncer.

ABSTRACT: Cancer is the name given to a set of more than 100 diseases that have in common the disordered growth of cells that invade tissues and organs. It is estimated, for Brazil, between the years 2018-2019, the occurrence of 600 thousand new cases of cancer, for each year. The world health organization (WHO) prioritizes prevention actions in the care of chronic conditions, emphasizing that it is possible to prevent most of these, and that, therefore, all health interactions must include prevention. The objective was to identify, through an integrative review, the role of nurses in the prevention and control of cancer. This is an integrative review, carried out from 2014 to 2019. The research in the LILACS and BDNF databases took place from April to June 2019; where 8,549 full texts were found, of which 2,296 were available and, after using the inclusion and exclusion criteria, we obtained 08 articles that addressed the theme. Studies have shown that the nurse's role in cancer prevention and control addressed nursing education, nursing actions in the face of cancer prevention, educational activities, prevention and health promotion, with a focus on early detection of breast cancer and uterine lap. Cancer prevention is a broad and extremely important action for the population, which can occur in several ways, depending on the strategy chosen by the health professional who is directly linked to the reality of the population. The role of the nurse must be focused on behavioral, cognitive and social interventions such as: guidelines on cancer prevention in the basic health unit, health education in waiting rooms, in nursing consultations, in schools and other environments; lectures and individual and social orientations; educational groups; reminders and active patient search.

KEYWORDS: Nursing. Prevention. Cancer.

1 | INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo- o que denominamos de metástase (BEZERRA, 2019).

Quanto à sua incidência, a estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer (exceto o câncer não melanoma) e 8,2 milhões de óbitos. Houve um discreto predomínio do sexo masculino tanto na incidência (53%) quanto

na mortalidade (57%). Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências foram encontradas na mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (RIBEIRO; SILVA, 2018).

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago; sendo o câncer de pele não melanoma o mais incidente de todos os tipos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

Ao falarmos de câncer, incluímos a oncologia, área da medicina que abrange o estudo das neoplasias (tumores) benignas ou malignas. A origem da palavra vem do grego *onkos*, que significa volume, o qual pode crescer em determinado local do corpo humano (local específico) ou podem afetar outros órgãos/tecidos, como nos casos de metástases (MAIA; BIANCHI; SUETA, 2016).

A palavra prevenção vem do latim: *praevenire* é o ato ou efeito de prevenir; opinião que se tem de alguém ou de alguma coisa antes de examinar; aviso prévio; precaução (AURÉLIO, 2018).

Ao falarmos em prevenir o câncer, devemos incluir medidas que deverão ser realizadas para diminuir os riscos de adquirir essa patologia. Podemos dividir a prevenção do câncer em primária e secundária; sendo que a primária tem como objetivo impedir o desenvolvimento do câncer (por meio do modo de vida saudável e evitando expor-se a substâncias que podem causar o câncer, por exemplo); já o objetivo da prevenção secundária é detectar e tratar doenças pré-malignas (dentre elas, o pólipo intestinal no intestino ou lesão que podem ser causadas por meio do vírus HPV) ou tipos de câncer que no início são assintomáticos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2018).

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2018) preconiza medidas de prevenção relacionadas às situações crônicas, pois segundo ele, a maioria dessas situações são preveníveis e devem estar inclusas nas relações que envolvam a saúde. Porém, podemos citar que as pessoas com classe menos favorecida, por exemplo, tem uma tendência de não seguimentos das orientações que envolvam ações preventivas (conforme o modelo biomédico) em seu comportamento diário (BRASIL, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Temos em nosso país, a unidade básica de saúde, local de atuação da equipe

de atenção básica (dentre eles, o enfermeiro) que está ligada diretamente à prevenção e controle do câncer de colo uterino; já que ela pode ser considerada primeira porta de entrada tanto de mulheres (quando tratamentos de câncer do colo uterino e mama), como de homens (quando abordamos a prevenção do câncer de próstata). O fato de o enfermeiro ser o profissional que atua diretamente com o público em seu dia-a-dia, por meio de ações que envolvem esclarecimentos de questionamentos ou dúvidas individuais e coletivas, o torna relevante no aspecto da prevenção do câncer em todo o seu contexto; seja dentro da sala durante a consulta de enfermagem, ou seja, fora dela – contribuindo para a efetividade dos registros e para as intervenções que demandem algum tipo de direcionamento especializado conforme a realidade de cada paciente (RAMOS *et al*, 2014).

Além da prevenção do câncer do colo de útero, também é realizado a prevenção do câncer de mama, por meio de orientações (sobre fatores de risco; medidas de prevenção e de observação e palpação das mamas para realização em casa) que podem ocorrer tanto na sala de espera por meio de estratégias educativas na área da saúde, como no momento em que esse profissional for realizar a coleta de material para análise anatomopatológica do câncer de colo do útero. Além das orientações, o enfermeiro também realiza o exame completo das mamas (BRASIL, 2013).

A enfermagem, sobretudo o profissional enfermeiro, é uma peça fundamental que deve atuar na prevenção e rastreamento dos pacientes com câncer, visto que ele, por diversas vezes, é a ponte entre a população e a equipe médica. Na atenção básica, por exemplo, o enfermeiro tem como campo de atuação, a sala de espera, as consultas de enfermagem para planejamento familiar, exame preventivo para coleta de material para investigação do câncer de colo do útero e as visitas domiciliares (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Podemos incluir como medida de preventiva, rastreamento do câncer que está presente em alguns programas já estabelecidos (como o rastreamento para o câncer de colo uterino em mulheres). Para que seja realizado a implementação do rastreamento de forma organizada do câncer do colo uterino, é necessário o envolvimento das três esferas da federação (união, estado e município) e de todos os níveis assistenciais (atenção primária, secundária e terciária), com destaque para a atenção básica - primária (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

O enfermeiro, na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária, necessita agir conforme a individualidade de cada ser humano, considerando este como “sujeito do cuidado”, visando resultados satisfatórios e eficazes. Tal profissional também deve empoderar-se da responsabilidade de participação ativa do processo de prevenção e detecção precoce do câncer de mama como forma de se comprometer com as ações, contribuindo para o fornecimento da saúde como direito ao cidadão (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

Não podemos esquecer também de abordar que, quando trabalhamos com ações que influenciam na vida dos indivíduos, precisamos criar laços para fortalecer o vínculo

entre os profissionais e os mesmos, para que as ações educativas possam se tornar mais eficazes e possam contribuir para as mudanças de hábitos dos indivíduos. Devemos levar em consideração que o ato de abordar o “embasamento teórico” explicando os “porquês” das ações solicitadas às pacientes, também podem ser consideradas como fatores relevantes para que as decisões das pacientes se tornem espontâneas e não apenas impostas (RAMOS *et al*, 2014).

Salientamos que, embora tenhamos abordado mais assuntos sobre a prevenção do câncer; não podemos esquecer que o cuidar em saúde, por meio de uma visão holística na oncologia, compreende a dimensão: emocional, psicossocial, familiar e espiritual; no âmbito da promoção, prevenção, cura e reabilitação, que vai desde o diagnóstico até o tratamento (conduta) final (PUTASSO *et al*, 2018).

Para que o enfermeiro seja um profissional influenciador de pessoas na oncologia, ele também precisa passar pelo processo de desmistificação de alguns conceitos acerca do câncer (do que é câncer; da existência da cura e aumento da sobrevida; da abordagem a essa doença como não sendo um “tabu” ou “doença do outro mundo”). Precisa primeiro acreditar no poder que as ações preventivas têm; nos tratamentos existentes para a cura e aumento de sobrevida dos pacientes; conhecer toda a sintomatologia que traz alerta para essa doença a fim de estudar formas de motivação à adoção de medidas preventivas da população (BRANCO, 2015).

Em virtude do que foi apresentado surge o seguinte questionamento: *Qual o papel do enfermeiro na prevenção e controle do câncer?*

A escolha dessa temática deu-se devido à alta incidência dessa patologia não só no Brasil, mas no mundo; onde se faz necessário a atuação de profissionais capacitados para atuar na prevenção dessa patologia em todos os âmbitos da saúde (da atenção primária até a terciária); profissionais que saibam seu real papel e importância de atuação nesse cenário.

O presente estudo servirá como ferramenta e base de dados para os profissionais de saúde (principalmente os enfermeiros) da área da oncologia e áreas afins que tenham interesse na temática; além de servir como fonte para reflexão desses profissionais e como ferramenta para comparação com outras pesquisas.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é identificar, por meio de uma revisão integrativa, o papel do enfermeiro na prevenção e controle do câncer.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa que consiste em uma síntese de estudos publicados sobre determinado assunto, a fim de identificar a percepção atual e apontar as lacunas do conhecimento que precisam ser integradas com novas pesquisas (COOPER; MITCHELL, 1990).

No desenvolvimento de uma revisão integrativa devem-se ter seis (6) etapas: 1) Identificação do tema e elaboração da questão norteadora da pesquisa; 2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) Categorização dos estudos selecionados; 5) Análise e interpretação dos dados; 6) Apresentação das sínteses dos dados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Decidido o tema, foi elaborada a seguinte questão norteadora: *Qual o papel do enfermeiro na prevenção e controle do câncer de acordo com a literatura?*

Foram determinados critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos. Sendo incluídos na pesquisa artigos publicados entre 2014 a 2019, em língua portuguesa, e que abordassem sobre a temática referida. Do estudo foram excluídos artigos incompletos, teses, dissertações, revisões bibliográficas/ integrativas e trabalhos não disponíveis na internet.

A pesquisa ocorreu no período de abril a junho de 2019. Nas seguintes bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Para a busca dos artigos nas bases de dados utilizamos os descritores: enfermagem, prevenção e câncer inseridos nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). O cruzamento dos descritores de busca foi combinado pelo operador booleano AND a fim de estratificar a literatura mais específica, que contemple os dois termos.

Os procedimentos para a execução dessa pesquisa foram os seguintes: pesquisa na literatura de artigos que tratem da temática e que atendam aos critérios de inclusão e exclusão acima descritos, leitura minuciosa dos artigos na íntegra, avaliação crítica dos artigos escolhidos, confecção de um quadro com as principais informações dos artigos, seguido pela produção do trabalho final com as conclusões acerca do que foi encontrado na literatura.

Para a síntese de dados dos artigos incluídos, foi empregado um instrumento construído pela autora, contendo as seguintes informações: título, ano de publicação, nome dos autores, objetivo, metodologia, resultados obtidos e conclusão.

Durante a pesquisa foram encontrados 8.549 textos completos, sendo que, 2.296 estavam disponíveis, durante a utilização dos critérios de inclusão e exclusão obtivemos 08 artigos que abordavam a temática. Sendo assim foi confeccionado um organograma para uma melhor detecção dos passos utilizados durante a busca dos artigos, conforme figura 1.

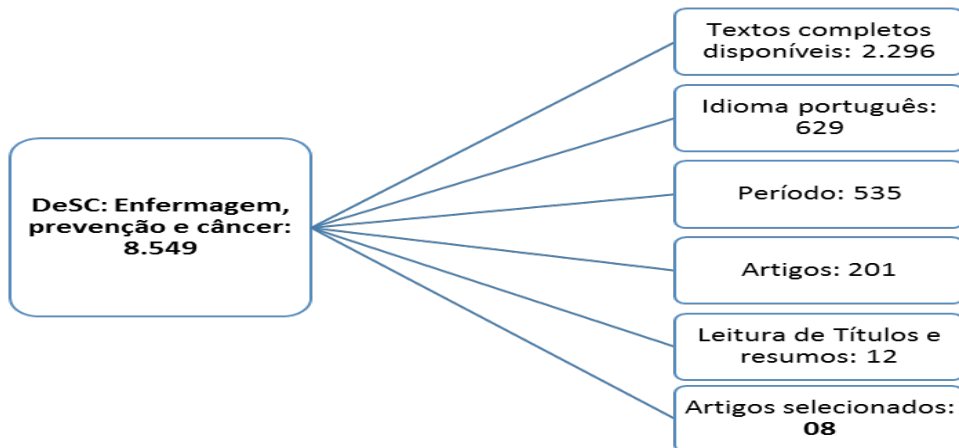


Figura 1- Etapas de inclusão e exclusão dos artigos no estudo.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A apresentação dos resultados e discussão aconteceu de forma descritiva com o auxílio de tabelas, possibilitando ao leitor uma visão da presente revisão integrativa e seu objetivo de descrever a maneira como a literatura aborda o papel do enfermeiro na prevenção e controle do câncer.

3 | RESULTADOS

Para entendimento completo dos artigos referentes à pesquisa também foi criada um quadro mostrando o papel do enfermeiro acerca da prevenção e controle do câncer. Abaixo segue o quadro 1.

AUTORES/ ANO	TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONCLUSÃO
OLIVEIRA; STANCATO; SILVA 2018	Formação do enfermeiro: políticas públicas na atenção oncológica	Refletir teoricamente sobre a Política Nacional (brasileira) para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e articulações na formação do enfermeiro e na prática profissional.	Reflexão teórica	O ensino reflexivo sobre essa política na formação do enfermeiro contribui para melhorias em sua prática, assim como, práticas reflexivas e melhor qualificadas certamente impactam positivamente na formação profissional. O desenvolvimento de políticas públicas com ênfase nas demandas da população pressupõe articulação teórica e prática e transformações sociais.

MARQUESI; SILVAII; GUTIÉRREZIII 2017	Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer mamário	Analisar as ações dos enfermeiros de unidades básicas de saúde (UBS) para a detecção precoce do câncer de mama, bem como a estrutura desses serviços.	Estudo transversal	Os enfermeiros realizam ações de detecção do câncer de mama, mas constam algumas inconformidades em relação ao preconizado pelo governo, sendo a capacitação e a estrutura da UBS preditoras de maior alcance ao recomendado.
MENDES et al. 2017	Atividades educativas estimulando o autocuidado e prevenção do câncer feminino	Descrever as práticas educativas, realizadas com estudantes do ensino médio	Relato de experiência	Reforça-se a importância da educação em saúde, para que as mulheres adquiram conhecimento e se tornem agentes de informação, visando à promoção da saúde e o estímulo ao autocuidado.
PEUKER et al. 2017	Construção de um material educativo para a prevenção do Câncer de colo do útero	Descrever o processo de elaboração de um material educativo produzido por profissionais da psicologia, enfermagem e design, direcionado a usuárias da atenção básica.	Pesquisa empírica	O produto deste estudo foi a confecção de uma cartilha em formato de flor, com quatro histórias que abarcam os principais conteúdos relacionados aos comportamentos de prevenção do CCU.
OLIVEIRA; FERNANDES 2017	Intervenções de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino: perspectivas das clientes	Analisar as intervenções de enfermeiros que podem proporcionar mudanças de comportamentos, hábitos e estilos de vida para prevenção do câncer cérvico-uterino, na perspectiva das clientes.	Pesquisa qualitativa descritiva	Os enfermeiros devem combinar intervenções comportamentais, cognitivas e sociais, conjuntamente, com demais profissionais da equipe, visando efetivar ações preventivas para câncer cérvico-uterino e promover a saúde das mulheres.
OLIVEIRA et al. 2016	Promoção da saúde na oncologia: cuidando da família numa Sociedade de risco	Analisar a aplicabilidade da oncologia do Modelo de Pender à família da pessoa com câncer, com vistas à promoção da saúde e proteção para o adoecimento por neoplasia.	Estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa	Espera-se promover subsídios científicos aos enfermeiros para apropriação de uma ferramenta de trabalho, utilizando um saber produzido pela enfermagem, promovendo a discussão sobre a promoção da saúde na Atenção Oncológica.
SOUZA et al. 2015	Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres	Avaliar a percepção de mulheres sobre o câncer do colo do útero, através da prática de educação popular como instrumento participativo.	Pesquisa-ação com abordagem qualitativa	Há um conhecimento pré-existente entre as participantes acerca da prevenção do câncer ginecológico, porém é necessário que os profissionais de saúde trabalhem constantemente a educação popular como instrumento de participação dialógica dos sujeitos.

ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS 2015	O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária	Identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção à saúde da mulher e discutir a ação profissional do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa fenomenológica	Constatou-se que o enfermeiro, na atenção primária, não tem como propósito da sua ação profissional a detecção precoce de anormalidades na mama, mas sim o cumprimento de ações preventivas voltadas principalmente para o período gravídico.
---	--	---	--	---

Quadro 1- Análise dos artigos mostrando o papel do enfermeiro acerca da prevenção e controle do câncer: segundo autores, ano, título, objetivo, metodologia e conclusão.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme o quadro 1, os estudos mostraram que o papel do enfermeiro acerca da prevenção e controle, nos últimos 05 anos sobre, abordavam variados assuntos como: formação do enfermeiro, ações de enfermagem diante da prevenção do câncer, atividades educativas, prevenção e promoção da saúde, com enfoque na detecção precoce do câncer de mama e colo uterino.

O quadro 2 abaixo, mostra os artigos que estão divididos no decorrer dos anos, verificando-se que a maioria, quadro (50%) foram publicados no ano de 2017, seguido do ano de 2015(25%) e que nos anos de 2018 e 2016 foram publicados apenas um (12,5%).

Ano de publicação	N	%
2018	1	12,5
2017	4	50
2016	1	12,5
2015	2	25
Total	08	100%

Quadro 2- Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação. Fortaleza- CE, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os artigos também foram verificados de acordo com a Base e Revista, conforme apresenta o quadro 3, que mostra que tivemos 04 artigos publicados na BDEF (50%) artigos, 01 na LILACS (12,5%) e 03 (37,5%) artigos em ambas as revistas. Outro aspecto importante foi que 06 destes artigos foram publicados em revistas de enfermagem.

ARTIGO	BASE	REVISTA
Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer mamário	LILACS, BDEF – Enfermagem	Rev. enferm. UERJ
Atividades educativas estimulando o autocuidado e prevenção do câncer feminino	BDEF - Enfermagem	Rev. enferm. atenção saúde
Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero	LILACS	Estud. Interdiscip. Psicol
Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres	BDEF - Enfermagem	rev. cuid. Bucaramanga. 2010)
Formação do enfermeiro: políticas públicas na atenção oncológica	BDEF - Enfermagem	Enferm. foco (Brasília)
Intervenções de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino: perspectivas das clientes	LILACS, BDEF – Enfermagem	Rev. enferm. UERJ
O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária	LILACS, BDEF – Enfermagem	Rev. enferm. UERJ
Promoção da saúde na oncologia: cuidando da família numa sociedade de risco	BDEF - Enfermagem	Rev. enferm. UFPE on line

Quadro 3- Distribuição dos artigos segundo a Base e Revista. Fortaleza- CE, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores.

4 | DISCUSSÃO

Diante do exposto nos artigos, podemos afirmar que a prevenção do câncer é uma ação ampla e de extrema importância para a população, que pode ocorrer de diversas formas, a depender da estratégia escolhida pelo profissional de saúde que está diretamente ligado à realidade da população, no que abrange suas culturas, nível social, de escolaridade e demais fatores que influenciam na vida dos mesmos. Cabe a nós, profissionais enfermeiros, nos conscientizarmos da importância das ações de prevenção e controle do câncer desde a nossa graduação, buscando capacitações internas ou externas para seguimento da nossa conduta conforme o que for preconizado pelo ministério da saúde através de leis, normas e portarias vigentes em nosso país.

Decidimos iniciar a discussão dos artigos estratificando as temáticas mais abordadas em tópicos para facilitar o entendimento dos mesmos, conforme segue: Prevenção do câncer e formação do enfermeiro; Prevenção do câncer e ações de enfermagem; Prevenção e promoção da saúde e Detecção precoce do câncer de mama e colo do útero.

4.1 Prevenção do câncer e formação do enfermeiro

Os profissionais enfermeiros necessitam compreender a importância do estudo profundo das políticas públicas, voltadas principalmente para atenção oncológica, buscando benefícios e uma melhor qualidade da assistência para a população.

Para a realização desta prática é essencial uma compreensão, por parte destes profissionais, das políticas públicas voltadas à atenção oncológica. Portanto, podemos considerar como sendo um fator positivo graduandos que tiveram durante a graduação o contato com as políticas públicas desde a sala de aula; tais alunos tendem a entrar no campo prático com uma bagagem maior de práticas reflexivas, para nortear uma assistência de maior qualidade (OLIVEIRA; STANCATO; SILVA, 2018).

Contudo a maioria das faculdades não aborda a oncologia detalhadamente, o ensino acerca da oncologia ainda é deficiente; vimos nas disciplinas de atenção básica e saúde da mulher, é abordado sobre o câncer de colo do útero e mama, já que enquanto acadêmicos iremos participar das consultas de enfermagem durante o estágio prático.

4.2 Prevenção do câncer e ações de enfermagem

Dentro do âmbito da prevenção relacionada ao câncer, temos à atenção básica, campo de maior atuação do profissional enfermeiro. Onde esse profissional atua de forma direta ou indireta, supervisionando integrantes da equipe, como os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde; e também intervindo junto à população.

Sendo assim, as intervenções que o enfermeiro realiza estão voltadas tanto para o atendimento individualizado ou em conjunto, como para atender um grupo mais específico, como por exemplo, o de pacientes diagnosticados com câncer de colo uterino. Esse exemplo citado acima se enquadra no tipo de intervenção cognitiva, pois está diretamente ligada a manutenção da saúde das pacientes através da mudança de comportamentos. Existem várias formas para a concretização do ensino na atenção primária à saúde; dentre elas: atuação na sala de espera; criando e participando ativamente de grupos para educação por meio de compartilhamento de experiências reais; ministrando palestras em aberta a um público maior ou mesmo orientações individuais. Podemos destacar o grupo educativo, como o que gera uma vinculação entre o ministrante e o ouvinte, utilizando para tal, o diálogo (OLIVEIRA; FERNANDES, 2017).

Uma forma de tornarmos a nossa paciente protagonista da sua situação de saúde, é ensinando e estimulando a realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama e colo do útero, como por exemplo, estimulando a palpação das mamas para criação de intimidade e melhor compreensão sobre as alterações do seu próprio corpo (MENDES, 2017).

A ausência de conhecimentos dos fatores de risco por parte das pacientes do sexo feminino às impedem de corresponder às orientações necessárias para a obtenção de mudanças comportamentais e de hábitos de vida, sendo esse um desafio a ser superado.

Nesse sentido, considerando as intervenções sociais, destacamos que o enfermeiro tem importante participação e que ela também ocorre na execução de visitas domiciliares nas comunidades; onde o enfermeiro e os demais integrantes da equipe poderão não só escutar, mas presenciar na prática a realidade do paciente mediante a sociedade. Embora a visita domiciliar traga alguns benefícios para o conhecimento da vida social do paciente; não podemos deixar de reforçar que a consulta com o enfermeiro (ocorrida na unidade básica) também surge como uma metodologia eficaz na identificação dos problemas de saúde das populações, uma vez que ocorre de maneira mais individualizada e privativa em que os pacientes abordam alguns assuntos que não se sentem confortáveis em abordar com o profissional médico. A intervenção comportamental tem como pressuposto a utilização de medidas estratégicas (lembretes, telefonemas, cartaz, cartazes, busca ativa) como forma de estímulo para as pacientes (no caso mulheres) adotarem condutas que promovam sua própria saúde. Mostraram o aumento na quantidade de mulheres que retornaram ao serviço de saúde com resultados dos exames de Papanicolau alterados e até mesmo no ato de realizar o exame preventivo (OLIVEIRA; FERNANDES, 2017).

Por mais que haja a divulgação dos exames preventivos para câncer de mama e colo uterino, realizada por profissionais e por meio da mídia, podemos afirmar que o conhecimento não é completo e homogêneo (MENDES *et al* 2017).

Há estudo que traz como um dos benefícios da educação em saúde realizada pelo enfermeiro que assume a atividade educativa, a percepção positiva (considerada até como decisiva) para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento visando à prevenção do câncer de colo do útero (SOUZA, 2015).

4.3 **Prevenção e promoção da saúde**

O enfermeiro, na atenção primária, assume um papel de extrema importância nas ações de promoção e prevenção de doenças, pois o mesmo adota medidas que buscam melhorar o comportamento, hábitos e estilo de vida da população, sendo esse um forte influenciador para que as mulheres sejam promotoras de sua saúde (OLIVEIRA; FERNANDES, 2017).

Corroborando com o pensamento anterior, o enfermeiro atuando também como estimulante dessa adoção de comportamentos por parte da população, é disposto com um profissional estratégico que contribui na linha da direção do fortalecimento da pessoa em risco de adoecer, a fim de aumentar sua capacidade individual e coletiva para manejar os mais diversos fatores condicionantes de saúde que venham a surgir durante a sua vida (OLIVEIRA; STANCATO; SILVA, 2018).

O estudo realizado por Peuker *et al* (2017) mostrou a construção de um manual educativo para abordar a prevenção do câncer de colo do útero, que abordava uma estratégia adotada para aproximar a equipe de saúde às mulheres atendidas naquela unidade básica; porém foi executado com uma equipe de vários profissionais, não especificava

o papel do enfermeiro como protagonista na ação. Esse manual foi desenvolvido a partir da necessidade identificada pelos pesquisadores de auxiliar as mulheres no processo de conhecimento do próprio corpo, manutenção da sua saúde e prevenção do câncer de colo uterino. Quando o público se identifica com o material produzido, ele pode auxiliá-lo na tomada de decisões em saúde; no caso do estudo foi utilizado um origami em formato de flor onde haviam perguntas na parte interna da dobradura e suas respostas encontram-se ao desdobrar as abas.

4.4 Detecção precoce do câncer de mama e colo uterino

O enfermeiro precisa ter a consciência de que ele deve participar de todo o processo de detecção de anomalias nas mamas das pacientes como parte da sua atribuição assistencial diária e como forma de comprometimento profissional, já que o sistema único de saúde traz a saúde como direito do cidadão; trazemos essa expansão inclusive para a atenção à mama do homem, pois o mesmo também pode ser acometido com câncer de mama, mas com uma incidência menor quando comparada às mulheres (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015). Porém, infelizmente há estudo que mostre que, pouco se sabe por parte do enfermeiro, no campo de atuação em que o sistema brasileiro o coloca como elemento estratégico frente à crescente demanda assistencial na detecção precoce do câncer de mama, pouco se sabe sobre sua atuação neste campo (MARQUES; SILVA; GUTIÉRREZ, 2017).

A ação do enfermeiro durante as consultas que visam o atendimento a mulheres deve estar focada na detecção de achados, no exame clínico das mamas, na educação em saúde e no pedido de exames mais específicos. Vale salientar que o exame para detecção do câncer de mama surgiu no ano de 1998, mesmo assim alguns estudos mostram que enfermeiros não realizam o exame clínico nem a busca ativa e aqueles que fazem, não seguem todas as etapas que são preconizadas como a inspeção, dinâmica do órgão, palpação da mama e das axilas e expressão glandular (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

Concordamos com o autor, sobre a não realização das etapas recomendadas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e ou pelo Instituto Nacional de Câncer, pela deficiência do conhecimento advindo desde a graduação e pela falta de atualização constante dos profissionais; porém defendemos que o interesse dessa atualização (acerca dos assuntos inclusos no campo de atuação) deve partir do enfermeiro.

A execução de estratégias para diagnóstico precoce do câncer de mama inclui a educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas característicos da doença, assim como o acesso facilitado aos serviços de saúde, além de enfatizar quanto “a periodicidade de realização dos exames de Papanicolaou e palpação das mamas”. O autor ressalta ainda, sobre a importância da efetivação e inserção de atividades de saúde no contexto escolar e social. O mesmo considera que a atividade educativa (utilizada

em seu estudo) “gerou um impacto educacional positivo visto que, a maioria das alunas, demonstrou interesse na continuidade desta, buscando a troca de experiências e o ensino sobre questões relacionadas à temática (MENDES *et al* 2017).

A discussão pôde trazer exemplos práticos reais onde foi possível mostrar os resultados positivos. Enquanto profissionais, vemos a importância da busca por novas formas de se atingir um objetivo (no caso a prevenção do câncer de mama), e tais trabalhos servem de subsídios para nos ajudar na execução dessas ações.

5 | CONCLUSÃO

O papel do enfermeiro na prevenção e controle do câncer deve estar voltado para intervenções comportamentais, cognitivas e sócias como: orientações sobre prevenção do câncer na consulta de enfermagem na unidade básica de saúde, educação em saúde nas salas de espera e até mesmo fora da unidade básica, como nas escolas ou outros ambientes; através de palestras e orientações individuais e sociais; além dos grupos educativos que podem ser criados na atenção básica. Atua ainda através de lembretes, cartas, exposição de cartazes, telefonemas; e de busca ativa das mulheres para realização de exame preventivo do câncer de colo do útero e mama realizada pelos agentes comunitários de saúde, sob supervisão do enfermeiro.

A atenção básica constitui o campo de maior atuação do enfermeiro, por ser uma das portas de entrada dos pacientes na atenção à saúde e pelo fato de o profissional enfermeiro ficar mais próximo dos pacientes dentro do contexto de sua realidade de vida.

Citamos como dificuldades relacionadas à realização do estudo, o quantitativo reduzido de trabalhos dentro da temática abordada; a não disponibilização dos mesmos na íntegra e o fato de abordarem enfoque apenas para a saúde da mulher (prevenção do câncer de mama e colo do útero); apenas um artigo abordou acerca do câncer gástrico (sobre validação de uma tecnologia educativa). Porém, destacamos que, em nosso país, temos alta incidência do câncer de próstata nos homens e do câncer de pele não melanoma em ambos os sexos.

Esse estudo contribuirá para a discussão acerca da temática prevenção e controle do câncer, com ênfase na atuação do enfermeiro; sendo necessário que mais artigos sejam realizados dentro da mesma abordagem para enriquecimento da mesma.

REFERÊNCIAS

AURÉLIO, dicionário do. **Prevenção**. Disponível em: < <https://dicionariodoaurelio.com/prevencao>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

BEZERRA, AKA. **Humanização do tratamento oncológico-o custo da dor–necessidade de avanços humanos e tecnológicos no tratamento do câncer**. [S.l:s.n], 2019.

BRANCO, I. **Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem**. Texto contexto-enferm, Florianópolis. v.14, n.2, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - sistema de informações ambulatoriais**. [S.l:s.n], 2013. 116p.

BRASIL, Organização Pan-Americana da Saúde. **OPAS/OMS apresenta ações custo-efetivas para prevenir doenças crônicas, em encontro internacional**. Disponível em:< https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5730:opas-oms-apresenta-acoes-custo-efetivas-para-prevenir-doencas-cronicas-em-encontro-internacional&Itemid=839>. Acesso em: 03 ago. 2018.

COOPER, CL; MITCHELL, S. **Nursing the critically ill and dying**. Human Relations. v.43, n.4, p.297-311, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Câncer: prevenção e fatores de risco** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018. Disponível em:< <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tratamento do Câncer: Cirurgia**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/cirurgia>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

MAIA, NZ; BIANCHI, G; SUETA, R. Centro de Tratamento Oncológico: **A situação da rede de tratamento de câncer de Araçatuba e região**. Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades. v.4,n.27,2016.

MARQUES, CAV; SILVA, VR; GUTIÉRREZ, MGR. **Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer mamário** [Nurses' role in early detection of breast cancer][Acciones del enfermero en la detección temprana del cáncer de mama]. Revista Enfermagem UERJ. v.25, 2017.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCDPC; GALVÃO, CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto & contexto enfermagem. v.17, n4, p.758-64, 2008.

MENDES, LC et al. **Atividades educativas estimulando o autocuidado e prevenção do câncer feminino**. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. v.6, n.1, 2017.

OLIVEIRA, AM; STANCATO, K; SILVA, EM. **Formação do enfermeiro: políticas públicas na atenção oncológica**. Enfermagem em Foco. v.9, n.3, 2018.

OLIVEIRA, JLT; FERNANDES, BM. **Intervenções de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino: perspectivas das clientes** [Nursing interventions in cervical-uterine cancer prevention: clients' perspectives]. Revista Enfermagem UERJ. v.25, e26242, 2017.

PAUTASSO, FF et al. **Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa**. Revista Gaúcha de Enfermagem. v.39, 2018.

PEUKER, AC et al. **Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero.** Estudos Interdisciplinares em Psicologia. v.8, n.2, p.146-60, 2017.

RAMOS, AL et al. **A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero.** SANARE-Revista de Políticas Públicas. v.13,n.1,2014.

RIBEIRO, CM; SILVA, GA. **Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. v.27,e20172124, 2018.

SOUZA, KR et al. **Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres.** Revista cuidarte. v.6, n.1, p.492-9, 2015.

TEIXEIRA, LA; FONSECA, CO. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil.** [S.l.:s.n], 2007.

ZAPPONI, ALB; TOCANTINS, FR; VARGENS, OMC. **O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária.** Revista Enfermagem UERJ. v.23,n.1,p.33-8, 2015.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO IDOSO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 16/12/2020

Suzane Silva dos Santos

Universidade Paulista (UNIP)

Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/0563992266811589>

Jéssica Litaiff de Farias

Universidade Paulista (UNIP)

Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/6657772867579299>

Aldelena Herinques da Silva

Universidade Paulista (UNIP)

Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/3359250700404316>

Maria Leila Fabar dos Santos

Universidade Paulista (UNIP)

Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/2580482732621565>

RESUMO: A assistência à saúde executada no Brasil ainda está focada no indivíduo que está doente e que precisa ser curado, e essa organização de trabalho já é mais que insuficiente para atender o idoso em seus anseios. Os objetivos são: demonstrar a assistência de enfermagem prestada ao idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF); verificar as ações de saúde realizadas pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF) voltada a pessoa idosa e identificar se na formação profissional do enfermeiro há

capacitação em saúde do idoso. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, essa possui 10 (0,5%) artigos científicos, 3 (0,16%) são da LILACS, 4 (0,2%) da SCIELO e 3 (0,16%) da Periódicos CAPES. Dos resultados emergiram três categorias: assistência à saúde do idoso na ESF; a qualificação profissional em saúde do idoso; um olhar diferenciado ao cuidado à saúde do idoso. Os artigos selecionados para a amostragem evidenciaram que a abordagem ao idoso é trabalhada utilizando ainda o modelo biomédico.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Idoso. Saúde do Idoso. Enfermagem Geriátrica. Estratégia Saúde da Família.

NURSING CARE IN THE HEALTH OF THE ELDERLY IN THE FRAMEWORK OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Health care performed in Brazil is still for the individual who is ill and who needs to be cured, and this work organization is not satisfactory to meet the needs of the elderly. The objectives are: to demonstrate the nursing care performed in the health of the elderly in the Family Health Strategy (FHS); verify the health actions performed by nurses in the Family Health Strategy (FHS) for the elderly and identify whether the nurse has training in the health of the elderly. This Integrative Literature Review has 10 (0.5%) scientific articles, 3 (0.16%) are from LILACS, 4 (0.2%) from SCIELO and 3 (0.16%) from CAPES journals. Three categories emerged from the results: health care for the elderly in the FHS; the professional qualification in health of the elderly;

a different look at health care for the elderly. The articles selected for the study demonstrate that care for the elderly is performed using the biomedical model.

KEYWORDS: Primary Health Care. Old adult. Health of the Elderly. Nursing Geriatric. Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência à saúde executada no Brasil ainda está focada no indivíduo que está doente e que precisa ser curado, e essa organização de trabalho já é mais que insuficiente para atender o idoso em seus anseios, por isso a necessidade de se criar condutas que possam garantir o acolhimento e o atendimento a eles nas áreas psíquicas, físicas, socioeconômicas e culturais considerando sua fisiologia de envelhecimento, embasando-se nas diretrizes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) (CASTRO *et al.*, 2018).

Há esforços para que a atenção ao idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), seja efetivada levando em conta aspectos como a família e a própria comunidade, a fim de favorecer as diferentes dimensões dos cuidados necessários, e essa iniciativa pode elevar a qualidade de vida dos idosos, portanto os cuidadores ofertarão a eles um cuidado coerente as suas necessidades (MEDEIROS *et al.*, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma reorganização da atenção básica no país, com maior intuito de aprofundar os princípios básicos do Sistema único de Saúde (SUS), composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

A atenção integral à saúde da população idosa é complexa, envolvendo múltiplas comorbidades e prejuízos funcionais de diversos graus, pois o processo de envelhecimento envolve a diminuição da mobilidade dos idosos, dificultando o deslocamento deles, resultando em dificuldades quanto ao acesso aos serviços de saúde, e em alguns casos as condições de moradia dos idosos são precárias e acabam abandonados pelos familiares, por conta disso, o idoso necessita do suporte de todos os profissionais de saúde que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família, além dos profissionais do serviço social e da psicologia (PUCCI *et al.*, 2017).

A expectativa de vida cresce no mundo todo e o público idoso sendo cada vez mais numeroso torna a capacitação dos profissionais outro questionamento indispensável, pois é preciso atender a demanda desses cuidados no serviço proposto e reforça, que a equipe multiprofissional é de inteira importância para ser aplicada a assistência adequada em especial na população longeva, devido as condições físicas mais frágeis (FERREIRA *et al.*, 2014).

Intervenções na direção de diagnosticar, prevenir e tratar a HAS em especial nos idosos são de suma importância, e diversas estratégias alternativas no seu tratamento têm sido sugeridas (BARBOSA *et al.*, 2019). Foi publicada, em janeiro de 1994, a Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), no capítulo IV, prevê as ações governamentais para promover e recuperar a saúde do idoso através de programas e medidas profiláticas (BRASIL, 1994). Posteriormente, foi atualizado pela portaria nº 2.528, para Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006).

Portanto, os trabalhadores atuantes na saúde do idoso devem utilizar meios adequados de comunicação, instrumentos e diretrizes capazes de prevenir erros na comunicação e que facilitem a adesão deles ao tratamento, com intuito de garantir a qualidade dos cuidados prestados na saúde pública, conseqüentemente o enfermeiro com a sua equipe precisam seguir o trabalho com estratégias e conhecimentos práticos, valorizando a relação profissional entre colegas, assim possibilitando melhoras na compreensão das questões complexas do processo saúde e doença na população idosa (WITT *et al.*, 2014).

Os resultados de uma pesquisa feita em Goiás com profissionais médicos e enfermeiros indicam que as capacitações vêm contribuindo para a valorização do profissional, por este motivo acabam oferecendo um serviço de qualidade, os autores ainda afirmam que o papel do profissional de enfermagem é fundamental na coordenação dos Centros de Saúde da Família, no que tange questões administrativas, técnicas, pedagógicas e assistenciais (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Nesse sentido, compreende-se ser necessário que o profissional busque a capacitação para atender melhor a essa população, se aprimore, pois a qualidade da assistência será melhor.

Para conhecer a assistência de enfermagem nos cuidados direcionados a pessoa idosa da ESF, propôs-se investigar a respeito, a fim de responder o seguinte questionamento: O que dizem as publicações científicas sobre os cuidados primários de enfermagem ao idoso na ESF? Assim sendo, o objetivo geral é demonstrar a assistência de enfermagem prestada ao idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF); e os objetivos específicos são verificar as ações de saúde realizadas pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF) voltada a pessoa idosa e identificar se na formação profissional do enfermeiro há capacitação em saúde do idoso.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, para a conhecer a assistência realizada pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária a Saúde do Idoso, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). Adotou-se a revisão integrativa de literatura, uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando a compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos independentes.

A revisão integrativa da literatura considera critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. De acordo com Ganong *apud* Lanzoni e Meirelles (2011), nessa modalidade de pesquisa são adotadas as seguintes etapas: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada.

A coleta de dados foi por meio de consulta a publicações, posteriormente foi feita leitura crítica dos títulos e resumos. Buscou-se publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e artigos publicados em periódicos CAPES. A realização das consultas dos artigos foi no início do mês de setembro de 2020, utilizando os seguintes descritores: “enfermagem geriátrica”, “saúde do idoso”, “atenção primária a saúde”, “idoso”, “estratégia saúde da família”.

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra e disponíveis para análise no período de 2014-2019, que estivessem alinhados aos objetivos da pesquisa.

3 | RESULTADOS

O total de publicações encontradas nas bases de dados foram de 1.865 artigos, após aplicação de filtro do período de publicação e leitura dos títulos e resumos, foram selecionadas 10 (0,5%) publicações da LILACS, 17 (0,9%) da SCIELO e 14 (0,7%) publicações da periódicos CAPES, resultando em 41 (2%) publicações de artigos científicos.

Operador booleano	LILACS	SCIELO	CAPES
AND			
Atenção Primária a Saúde + Idoso	535 (29%)	260 (14%)	290 (15%)
Estratégia Saúde da Família + Enfermagem Geriátrica	17 (1%)	17 (1%)	34 (2%)
Saúde do Idoso + Estratégia Saúde da Família	83 (4%)	203 (11%)	426 (23%)

QUADRO 1 – Publicações disponíveis usando os descritores nas bases de dados.

Ao término da seleção dos artigos científicos fornecidos pelas bases de dados utilizadas para consulta, a equipe depois de fazer uma análise minuciosa escolheu 10 (0,5%) artigos para compor a revisão de literatura, após isso coletou as informações utilizando um instrumento de coleta de dados contendo: dados de identificação do artigo (título, autores, titulação dos autores, nome do periódico, ano de publicação, volume e número); tipo de estudo; local do estudo; objetivo do estudo; e sobre as atividades desenvolvidas pelo profissional enfermeiro que atua na saúde do idoso na ESF, conforme o estudo.

PUBLICAÇÕES SELECIONADAS		
LILACS	SCIELO	CAPES
3 (0,16%)	4 (0,2%)	3 (0,16%)

QUADRO 2 – Distribuição dos artigos selecionados nas bases de dados.

Esses foram organizados em uma tabela contendo informações sobre autoria do estudo, ano de publicação, título do estudo e seus respectivos objetivos, a fim de facilitar a interpretação e análise dos dados, conforme demonstrado abaixo:

AUTOR	ANO	TÍTULO	OBJETIVOS
Alberti, G. F.; <i>et al.</i>	2014	Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro.	Descrever a consulta de enfermagem ao idoso realizada na ESF; identificar possíveis dificuldades na atenção à saúde do idoso, bem como os cursos de qualificação profissional realizados e as necessidades de aprendizagem.
Barbosa, K. T. F.; <i>et al.</i>	2017	Vulnerabilidade da pessoa idosa no acesso aos serviços prestados na Atenção Primária.	Identificar a vulnerabilidade programática entre os idosos adstritos à Estratégia Saúde da Família.
Coelho, A. A. R.; <i>et al.</i>	2019	Educação em Saúde na Terceira Idade: da Organização à Prática do Enfermeiro.	Compreender as ações de educação em saúde implementadas por enfermeiros para a pessoa idosa na Estratégia de Saúde da Família (ESF).
Evangelista, A. R.; <i>et al.</i>	2018	Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.	Avaliar o conhecimento e a atitude dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre sexualidade na velhice.
Oliveira, A. M. S.; Menezes, T. M. O.	2014	A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido.	Compreender os sentidos do vivido da enfermeira no cuidado à pessoa idosa na estratégia saúde da família.
Paiva, E. P.; <i>et al.</i>	2016	Assistência dos enfermeiros ao idoso: um estudo transversal.	Avaliar a assistência dos enfermeiros a idosos à luz da Política Nacional do Idoso.
Queiroz, R. F.; <i>et al.</i>	2019	Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao idoso portador de hipertensão arterial sistêmica.	Compreender como os trabalhadores de enfermagem percebem o cuidado ao idoso portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) no âmbito da Estratégia Saúde da Família.
Schenker, M.; Costa, D. H.	2019	Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde	Analisar os avanços e os desafios da atenção à saúde da população idosa, sobretudo daquela com doenças crônicas na atenção primária.
Silva, E. S.; <i>et al.</i>	2019	Elementos da formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa.	Analisar elementos da formação do enfermeiro que implicam na atividade profissional quanto à prevenção da violência contra o idoso.
Silva, K. M.; Santos, S. M. A.	2015	A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso.	Discutir a práxis do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família relacionada às ações de cuidado dirigidas ao idoso.

TABELA 1 – Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com o autor, ano de publicação, título do estudo, objetivos.

4 | DISCUSSÕES

Da análise do conteúdo das publicações, surgiram as seguintes categorias temáticas:

4.1 Assistência à saúde do idoso na ESF

As estratégias adotadas pelos enfermeiros é o uso de ferramentas que facilitam a interação com os usuários, com a realização de atividades lúdicas mensais sobre temas que tratam da hipertensão e diabetes (COELHO *et al.*, 2014). Essas são realizadas nas salas de espera, igrejas ou em espaços adequados a ações de educação em saúde, cuja média de participação está entre 6 a 12 idosos (COELHO *et al.*, 2014). A assistência ao idoso avaliada nos depoimentos, restringe-se unicamente ao grupo de acompanhamento de pacientes com HAS e DM e revelam que o idoso recebe acolhimento pelos serviços de saúde quando este participa dos grupos, especificamente o HIPERDIA (ALBERTI *et al.*, 2014).

De acordo com o estudo de Coelho *et al.*, (2014) durante as atividades dos grupos educativos, ficou claro que a organização desses grupos se respalda no que é recomendado pelos programas do Ministério da Saúde. Quanto a consulta de enfermagem (CE), o profissional de enfermagem revela que a entrevista facilita a avaliação holista da saúde destes indivíduos e uma explicação subjetiva do seu estado atual e progresso de saúde (ALBERTI *et al.*, 2014).

Outro ponto significativo refere-se às competências da Estratégia Saúde da Família (ESF), essa além de gerar e operar os grupos de saúde, também dispõe da visita domiciliar qual suscita ao enfermeiro reconhecer as reais condições de vida desses usuários, contextualizando-o em seu meio ambiente e que esta não foi indicada como uma das formas de abordagens ao público idoso (ALBERTI *et al.*, 2014).

Destaca-se que a maioria dos enfermeiros referiram realizar visitas domiciliares, mas essa ação não representa uma atividade específica para o idoso (PAIVA *et al.*, 2016). O principal motivo para a realização dessas atividades segundo o estudo de Silva e Santos, (2015), tem como motivo, o número elevado de idosos acamados, enquanto que no estudo de Silva *et al.*, (2019), a visita domiciliar é apresentada pelos próprios enfermeiros como uma ferramenta indispensável para promoção da saúde e prevenção da violência contra o idoso.

A assistência prestada a pessoa da terceira idade com doenças crônicas possui opções variadas de ações de cuidado, todavia ainda com interação anêmica entre os elementos da rede de assistência a essa população, pois à medida que o processo de adoecimento traz algumas dificuldades de entendimento da sua gravidade para a pessoa idosa, será de extrema importância a participação ou aproximação da família (SCHENKER; COSTA, 2019). De acordo com Paiva *et al.*, (2016) em relação a colaboração dos familiares do idoso e a inserção de membros da comunidade como cuidadores, estes apresentam baixa frequência.

Devido ao acúmulo de hábitos pouco saudáveis no decorrer da vida, é comum que os idosos apresentem maiores índices de doenças crônicas e incapacidades, resultando em maior procura pelos serviços de saúde, assim, contribuindo para a elevação dos gastos por parte dos sistemas de saúde público (BARBOSA *et al.*, 2017). Desse modo, conforme explica no estudo de Silva e Santos, (2015) os idosos eram vistos pela enfermagem como o grupo populacional mais presente nos serviços de saúde, ficando difícil garantir a eles prioridade dos atendimentos diante da grande demanda dessa população e o cuidado da enfermagem, é focado na doença, para aqueles que se encontram acamados e para os hipertensos e diabéticos.

No estudo de Oliveira e Menezes, (2014), no que tange à saúde da pessoa idosa, percebe-se que fornece o atendimento no programa HIPERDIA é a principal atividade no cotidiano das enfermeiras da ESF, ou seja, a visão do 'ser idoso' está voltada apenas àqueles que apresentam uma patologia. Pondera-se que a prática do enfermeiro reproduz o modelo biomédico de atendimento, porque ao realizar a CE ao idoso, centra o atendimento nas queixas que ele apresenta, com uma proposta curativa, com foco apenas na doença e não o ser humano (SILVA; SANTOS, 2015). Portanto, conforme afirma na pesquisa de Queiroz *et al.*, (2019) para acontecer o atendimento integral aos idosos exige-se o rompimento do modelo biomédico.

4.2 A qualificação profissional em saúde do idoso

No tocante à formação do profissional de saúde, os profissionais de enfermagem revelaram perceber que no ensino da graduação há certa deficiência na abordagem do envelhecimento e nas questões que tratam sobre a saúde do idoso, percebeu-se a necessidade de maior investimento na formação dos profissionais integrantes da ESF na área de gerontologia, sendo essencial a educação permanente em saúde agregada ao desenvolvimento individual e institucional (QUEIROZ *et al.*, 2019).

Na pesquisa de Silva *et al.*, (2019) sobre a prevenção dos casos de violência, entende-se que vai além de práticas usuais como palestras sobre o tema, evidencia-se a necessidade de capacitação profissional para o cuidado adequado ao idoso. Para Evangelista *et al.*, (2018) deve-se refletir sobre os processos formativos dos enfermeiros quanto à sexualidade na velhice. É preciso maior sustentação teórico-científico, valorizando os aspectos sociais e culturais dessa população assistida.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pode ser levada em conta como um instrumento para identificação dos idosos frágeis ou em processo de fragilização, no entanto os profissionais dão a entender que não estimulavam o uso dela (SILVA; SANTOS, 2015). Conforme afirma Evangelista *et al.*, (2018), verificou-se que 75% dos enfermeiros não fizeram educação em saúde sobre sexualidade com os idosos. O mesmo estudo refere sobre a importância e a necessidade de implementação de estratégias de educação permanente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em outro estudo, destaca-se

que para identificar e intervir com competência nos casos de violência sofrida por idosos, é preciso maior capacitação dos profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2019).

Ademais, fica evidente o distanciamento entre o trabalho do enfermeiro da ESF e as propostas das políticas públicas de saúde do idoso (SILVA; SANTOS, 2015). Decerto, nota-se que os enfermeiros ainda não direcionam as atividades realizadas na atenção primária à saúde (APS) especificamente a população idosa (PAIVA *et al.*, 2016). Nesse contexto, segundo o que afirmam os estudos de Evangelista *et al.*, (2018); Paiva *et al.*, (2016); Silva e Santos, (2015) os profissionais de enfermagem majoritariamente não têm especialização na área da geriatria/gerontologia. De acordo com a pesquisa de Coelho *et al.*, (2014) das nove enfermeiras entrevistadas que atuam na saúde do idoso, oito delas têm especialização ou residência em saúde da família, mas não em saúde do idoso.

Nesse sentido, conforme explica Oliveira e Menezes (2014), a assistência da enfermagem à pessoa idosa da ESF revela ainda muita insegurança, certamente, o que acusa é o conhecimento incipiente acerca da saúde deste segmento populacional, dessa forma não caracterizando um dos principais objetivos da ESF, que é a prevenção. À vista disso, é essencial que o enfermeiro coloque em sua prática, ações que se embasam nas premissas das políticas de atenção à saúde do idoso, utilizando metodologias de trabalho que contemplem a avaliação global do ser-idoso, com vistas à constância da funcionalidade, à independência e à autonomia (SILVA; SANTOS, 2015).

Portanto, salienta-se um atendimento baseado nas alterações próprias do processo de envelhecimento, e que valoriza a prevenção como uma técnica fundamental na garantia de um envelhecimento mais saudável e da qualidade de vida tão almejados nessa etapa do curso da vida, entretanto, esse cuidado ampliado só será possível com capacitações na área geronto-geriátrica (OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

4.3 Um olhar diferenciado ao cuidado à saúde do idoso

No estudo de Barbosa *et al.*, (2017) afirma-se que o aumento da população idosa requer adequação dos serviços de saúde por meio do cuidado integral e contextualizado, através do reconhecimento das necessidades individuais e coletivas dessa esfera populacional. Contudo, políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde, com ênfase para atividades de prevenção são fundamentais para a execução de programas que atendam a saúde do idoso (BARBOSA *et al.*, 2017).

A inexistência de intersetorialidade é constatada por meio das dificuldades da pessoa idosa portadora de HAS que utiliza do serviço público de saúde, quando procura suporte ao tratamento da doença crônica na rede de atenção à saúde (QUEIROZ *et al.*, 2019). Compreende-se que a intersetorialidade é um elemento fundamental na efetivação da integralidade da atenção, pois articula diferentes órgãos a partir de um objetivo comum: a melhoria da qualidade de vida da população (SCHENKER; COSTA, 2019). Nesse contexto, a articulação das linhas de cuidado integral por meio da coordenação e organização dos

serviços de saúde se apresenta ser muito necessária para garantir a assistência pautada na resolutividade das necessidades desses usuários (BARBOSA *et al.*, 2017).

A enfermeira da ESF deve entender que o seu papel no cuidado da pessoa idosa vai muito além da troca de receitas e de orientações sobre os cuidados com a alimentação, ambiente, pressão arterial e glicemia, ela precisa buscar uma avaliação multidimensional desse indivíduo, e, a partir daí, fornecer os cuidados e encaminhamentos necessários (OLIVEIRA; MENEZES, 2014). Sabe-se que o vínculo do usuário com a equipe é um elemento fundamental no sentimento de amparo e segurança frente às necessidades de saúde. (QUEIROZ *et al.*, 2019). Portanto, evidencia-se que é preciso utilizar uma abordagem mais ampla, e como os serviços nas unidades básicas de saúde são a porta de entrada para a população brasileira em geral, torna-se muito necessário a valorização de estratégias de educação permanente e continuada. (SILVA *et al.*, 2019).

De acordo com Queiroz *et al.*, (2019) o serviço de saúde deve organizar-se para cumprir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, de modo que solucione os problemas de saúde e ou diminua os danos e sofrimentos. Na prática do enfermeiro, essa perspectiva não é diferente, surgindo a necessidade de que vislumbre uma assistência diferenciada, qualificada, com um olhar às melhores práticas de cuidado, o que remete a reflexão crítica sobre as ações que desenvolve, bem como a respeito de suas finalidades e de como essas ações podem ser trabalhadas (QUEIROZ *et al.*, 2019).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação aos objetivos dessa revisão, observou-se que a assistência de enfermagem ao idoso na ESF ainda apresenta inúmeros desafios em situações que correlacionam aos aspectos sociais, culturais, políticos e/ou administrativos, tornando mais distante o desejo de realizar as ações de saúde direcionadas ao processo de envelhecimento. Além das dificuldades que envolvem a organização e a oferta de cuidados primários ao idoso na ESF, os estudos trouxeram à tona um fato importante da assistência empregada, que é justamente a falta de qualificação do profissional de enfermagem, qual possui um conhecimento deficiente para lidar com esse público.

Percebeu-se, que na maioria dos estudos não houve um direcionamento para se verificar também a respeito do perfil desses profissionais enfermeiros, atuantes na saúde do idoso. Ainda assim, foi possível observar em algumas das pesquisas dessa amostra, que os profissionais de enfermagem em sua grande maioria, não possuem qualquer preparação ou formação acadêmica voltada para a área de saúde do idoso, a falta de especialização na área por exemplo, corrobora para a dificuldade em se trabalhar as políticas de saúde voltadas a pessoa idosa, o que de fato, foi identificado.

Dessa forma, partindo do que foi possível conhecer e identificar dos estudos, constatou-se que o cuidado ao idoso é centrado a doença e não a pessoa, isso como

possível reflexo do despreparo para trabalhar na área, ou seja, apresentam dificuldades em empregar o cuidado integral ao idoso, cuja assistência ainda está presa num modelo ultrapassado baseado em uma pauta biomédica, contudo se nota que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) não é efetivamente realizada na Atenção Primária à Saúde (APS) muito menos no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Gabriela Fávero *et al.* **Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio Janeiro, v. 6, n. 2, p. 695-702, jun. 2014.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes *et al.* **Vulnerabilidade da pessoa idosa no acesso aos serviços prestados na Atenção Primária.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 19, n. 28, nov. 2017.

BARBOSA, Alice Regina Costa *et al.* **Significado atribuído por idosos com hipertensão arterial sistêmica à realização de atividade física.** Journal Health NPEPS, v. 4, n. 2, p. 90-103, dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, DF, 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

CASTRO, Ana Paula Ribeiro de *et al.* **Promoção da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 155-163, abr. 2018.

COELHO, Aurea Anelise Rocha *et al.* **Educação em Saúde na Terceira Idade: da Organização à Prática do Enfermeiro.** Journal of Health Sciences, Londrina, v. 21, n. 2, p. 170-4, abr. 2019.

EVANGELISTA, Andressa da Rocha *et al.* **Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 53, e03482, jul. 2018.

FERREIRA, Fernanda Pretti Chalet; BANSI, Luciane Orui; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Serviços de Atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, dez. 2014.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. **Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa de literatura.** Revista Latino-Am. de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2011.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva *et al.* **O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 288-295, set. 2017.

OLIVEIRA, Amanda Mariza Souza de; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. **A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 513-8, ago. 2014.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de *et al.* **Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da Atenção Primária.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547-559, mar. 2016.

PAIVA, Elenir Pereira de *et al.* **Assistência dos enfermeiros ao idoso: um estudo transversal.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 4, p. 259-265, dez. 2016.

PUCCI, Vanessa Rodrigues *et al.* **Integralidade da saúde do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa.** Revista de APS, v. 20, n. 2, p. 263 – 272, jun. 2017.

QUEIROZ, Rosimeire Fontes de *et al.* **Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao idoso portador de hipertensão arterial sistêmica.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 72, p. 3-13, dez. 2019.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. **Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, abr. 2019.

SILVA, Elaiane dos Santos *et al.* **Elementos da formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa.** Ciencia y enfermería, Concepcion, v. 15, 7, 2019.

SILVA, Kelly Maciel; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. **A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso.** Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 105-11, mar. 2015.

WITT, Regina Rigatto *et al.* **Competências profissionais para o atendimento de idosos em Atenção Primária à Saúde.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1020-1025, dez. 2014.

CAPÍTULO 12

CAPACITAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE ENFERMAGEM PARA A IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 28/12/2020

Fernando Conceição de Lima

Centro universitário Metropolitano da Amazônia
(UNIFAMAZ)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/4991394262664362>

Tatiane de Souza Vasconcelos

Centro universitário Metropolitano da Amazônia
(UNIFAMAZ)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/9431441819090049>

Dayara de Nazaré Rosa de Carvalho

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/5155817952916129>

Yuri Henrique Andrade de Oliveira

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/8028437930038407>

Andreza Cassundé Moraes

Centro universitário Metropolitano da Amazônia
(UNIFAMAZ)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/9152412703069225>

Juliana Raiyanni Sousa Neto

Centro universitário Metropolitano da Amazônia
(UNIFAMAZ)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/0778092653558162>

Adrielly Cristiny Mendonça Fonseca

Centro universitário Metropolitano da Amazônia
(UNIFAMAZ)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/1827234339527839>

Katielem Melo Vale

Centro universitário Metropolitano da Amazônia
(UNIFAMAZ)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/7548101748258396>

Celice Ruanda Oliveira Sobrinho

Centro universitário Metropolitano da Amazônia
(UNIFAMAZ)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/6051667707148020>

Lorena Nayara Alves Neves

Centro universitário Metropolitano da Amazônia
(UNIFAMAZ)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/5755449645169198>

Thalyta Mariany Rêgo Lopes Ueno

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/0358520630346001>

Viviane Ferra Ferreira de Aguiar

Centro universitário Metropolitano da Amazônia
(UNIFAMAZ)
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/3155894395470636>

RESUMO: É necessário capacitar profissionais da saúde voltados para as especificidades do idoso, já que é notório que há uma lacuna deixada

pelo processo de formação para lidar com o envelhecimento. O objetivo deste estudo foi realizar uma capacitação com Agente Comunitários de Saúde (ACS) sobre a utilização de um instrumento de identificação do idoso vulnerável, o *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13). Estudo descritivo, do tipo de relato de experiência, realizado por Acadêmicos de Enfermagem com cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Belém/PA. Utilizou-se o Arco de Charles Maguerez que se deu em cinco etapas: identificação de problemas; pontos-chave; teorização; hipótese e aplicação/intervenção na realidade. Realizou-se uma roda de conversa com os ACS e posteriormente ocorreu a teorização do tema, guiado pelo uso de materiais ilustrativos como banner, contendo uma ficha espelho do VES-13, uma cartilha ilustrativa com algumas questões, como: “o que é o VES-13?”, “quem pode utilizar?”, “como aplicar?”, casos clínicos e por fim, utilizou-se uma ficha de avaliação, contendo três tópicos: “Que bom”, “que tal” e “que pena”, para que os ACS pudessem avaliar a atividade realizada. Além disso, a utilização de dois momentos roda de conversa e caso clínico foi importante para demonstrar a necessidade de identificar precocemente o idoso vulnerável. Ressalta-se que os profissionais desconheciam sobre o instrumento VES-13, mas que relataram perceber a importância de seu uso no cotidiano dos serviços. Percebeu-se que a capacitação com auxílio da educação em saúde, facilita a compreensão dos participantes a respeito do tema, favorecer a interação e a horizontalidade do conhecimento. A ação permitiu observar nos participantes uma melhor compreensão acerca da vulnerabilidade nos idosos e de como identificar e classificar cada caso com o auxílio do VES-13.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Idoso; Vulnerabilidade em Saúde; Capacitação profissional.

HEALTH TRAINING AS A NURSING INSTRUMENT FOR THE IDENTIFICATION OF VULNERABLE ELDERLY: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: It is necessary to train health professionals focused on the specificities of the elderly, since it is clear that there is a gap left by the training process to deal with aging. The aim of this study was to conduct training with Community Health Agents (CHA) on the use of an instrument for identifying vulnerable elderly people, the *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13). Descriptive study, of the type of experience report, carried out by Nursing Students with five Community Health Agents (CHA) in a Family Health Strategy (FHS) in the city of Belém / PA. The Charles Maguerez Arch was used in five stages: problem identification; key points; theorization; hypothesis and application / intervention in reality. A conversation was held with the CHA and later the theme was theorized, guided by the use of illustrative materials such as a banner, containing a mirror file of the VES-13, an illustrative booklet with some questions, such as: “what is the VES-13? ”, “ Who can use it? ”, “ How to apply it? ”, Clinical cases and finally, an evaluation form was used, containing three topics: “ How good ”, “ how about ” and “ what a pity ”, So that the CHA could evaluate the activity performed. In addition, the use of two moments of conversation and clinical bcase was important to demonstrate the need to identify the vulnerable elderly early. It is noteworthy that the professionals were unaware of the VES-13 instrument, but that they reported realizing the importance of its use in the daily routine of services. It was noticed that the training with the help of health education, facilitates the understanding of the participants on the subject, favoring the interaction and the

horizontality of knowledge. The action made it possible to observe in the participants a better understanding about vulnerability in the elderly and how to identify and classify each case with the help of VES-13.

KEYWORDS: Nursing, Elderly; Vulnerability in Health; Professional training.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas consideradas idosas no Brasil tem se elevado, com um aumento expressivo dessa população de 25 milhões para 30 milhões, no período compreendido de 2012 a 2017, em virtude, sobretudo, da melhoria da qualidade de vida. No entanto, o processo fisiológico do envelhecimento provoca mudanças no funcionamento dos principais sistemas fisiológicos, ocasionando fragilidade com redução da capacidade funcional que pode deixar o idoso vulnerável (RAIOL *et al.*, 2020).

Outrossim, envelhecer torna o indivíduo mais suscetível e com maiores necessidades físicas, sociais e psicológicas. A vulnerabilidade, nesse sentido, é de ordem multifatorial e dinâmica, podendo afetar o indivíduo de formas e intensidades diferentes. Esse fator pode interferir negativamente nas relações sociais, culturais, políticas e econômicas e com mais intensidade na população de idosos (JESUS *et al.*, 2017).

Identificar precocemente o idoso em situação de vulnerabilidade, bem como os fatores de risco que agravam essa situação, pode ser favorecido pelo reconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento, que interferem na qualidade de vida desses indivíduos, além de intervir nas causas que contribuem para a ocorrência do estado vulnerável, com identificação precoce, planejamento e intervenção de ações e serviços de saúde que propiciem o envelhecimento com o máximo de qualidade de vida. (MORAES *et al.*, 2016).

Os serviços de saúde ainda têm predominância de práticas curativistas, pautadas na medicalização e tratamento do indivíduo, dispendo de baixa atenção, sobretudo, às necessidades individuais dos idosos e das demandas pertinentes ao envelhecimento, diminuindo a integralidade e a qualidade da assistência, elencando a vulnerabilidade como uma vertente à essa população. (BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2019).

Tem-se, nesse sentido, como instrumento de identificação do idoso com risco de deterioração da saúde e morte, o *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13), que conta com a finalidade de identificar o idoso vulnerável, com risco de perder a capacidade funcional e/ou morrer que pode ser realizado por qualquer profissional devidamente capacitado de forma simples e rápida. (CABRAL *et al.*, 2019).

Para Aguiar *et al.*, (2019) é necessário que haja maior ênfase na formação e capacitação de profissionais da saúde voltadas para as especificidades do idoso, já que é notório que há uma lacuna deixada pelo processo de formação específica para lidar com o

processo de envelhecimento.

Neste contexto, o estudo justifica-se por haver a necessidade de se implementar estratégias que auxiliem a identificação do idoso vulnerável de forma oportuna, simplificada e eficaz. Portanto, o objetivo deste estudo foi realizar uma capacitação com Agente Comunitários de Saúde (ACS) sobre a utilização de um instrumento que visa à identificação do idoso vulnerável, o *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13).

2 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Estudo descritivo, do tipo de relato de experiência, realizado por Acadêmicos de Enfermagem do sexto semestre, de uma Instituição de Ensino Privado. Foi realizado com cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Belém/PA localizada no Distrito Administrativo em Saúde do Benguí (DABEN), no dia 11 de Outubro de 2019.

Utilizou-se como suporte metodológico do estudo o Arco de Charles Maguerez, considerada uma metodologia ativa que permite refletir sobre a prática do cuidado. Para aplicar o Arco, é necessário percorrer cinco etapas que envolvem: identificação de problemas; pontos-chave; teorização; hipótese e aplicação/ intervenção na realidade.

Buscou-se elaborar uma estratégia de ensino-aprendizagem que privilegiasse a construção do conhecimento entre os ACS, atentando à metodologia que seria empregada para que essa fosse, de fato, efetiva e que os mesmos tivessem a possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em suas realidades.

Na etapa I- de identificação do problema, os estudantes buscaram conhecer a realidade local, pela vivência obtida a partir do Programa de Extensão Universitária PETSaúde/GraduaSUS, vivida no período de Janeiro a Junho de 2018 na referida instituição de saúde; Na etapa II, identificou-se a vulnerabilidade em idosos como ponto crítico (ponto-chave) da ação a ser abordada e uma realidade vivenciada no cotidiano da unidade em que se desenvolveu o estudo. Na etapa III, da teorização, foi feito um estudo da investigação em que os autores se organizaram para buscar as informações que necessitavam sobre a temática, que ocorreu pela leitura de artigos científicos, livros, aulas teóricas-práticas, dentre outros. Na IV etapa, na qual foi levantada a hipótese, foram elaboradas as estratégias de intervenção sobre o problema identificado e na V e última etapa se aplicaram as intervenções sobre o problema da ação identificado, a saber: realizou-se uma roda de conversa para fazer um diagnóstico situacional sobre o conhecimento dos ACS em relação à vulnerabilidade do idoso, pontuando os fragilidades e potencialidades sobre o que os participantes conheciam sobre a temática. Posteriormente, ocorreu a teorização a respeito do tema, a qual foi guiada pela leitura dinâmica de um texto apoio, disponibilizado pelos idealizadores da ação, em que todos os ACS leram um parágrafo e posteriormente fizeram uma discussão crítica, reflexiva e interativa a respeito do que se havia lido; a capacitação

também foi propiciada pelo uso de materiais ilustrativos como um banner, contendo uma ficha espelho do VES-13. Apresentou-se também uma cartilha ilustrativa, construída pelos pesquisadores com o objetivo de facilitar o desenvolvimento da ação, contendo algumas questões, como: “o que é o VES-13?”, “quem pode utilizar?”, “como aplicar?” além de casos clínicos para serem disponibilizados para que os ACS pudessem conhecer, planejar, implementar e avaliar as ações mediante o que aprenderam no decorrer da capacitação. Estes instrumentos poderão ser utilizados pelos profissionais de saúde da unidade, já que foram cedidos à instituição como um produto resultante da capacitação. Por fim, utilizou-se uma ficha de avaliação, contendo três tópicos: “Que bom”, “que tal” e “que pena”, para que os profissionais de saúde pudessem avaliar a atividade realizada. Optou-se por este instrumento por ele ser de fácil aplicação e compreensão e poder avaliar a eficácia da ação, eliminando a possibilidade de distorções nas representações dos profissionais.

3 | RESULTADOS

Os ACS foram receptivos a metodologia proposta contribuindo positivamente à realização da ação, além de proporcionar uma troca de conhecimentos com os facilitadores, demonstraram também, reais interesses em adquirir mais informações a respeito da temática abordada. Para isso, na IV etapa do Arco de Maguerez, buscou-se desenvolver atividades de educação em saúde baseadas em metodologias ativas de ensino-aprendizagem a fim de sensibilizá-los sobre a importância da identificação do idoso vulnerável. No entanto, durante a V etapa, verificou-se que as ACS tiveram dificuldade para realizar a aplicação do VES-13, porém relataram afinidade com o assunto e vontade de utilizá-lo em suas práticas diárias.

Além disso, a utilização de dois momentos como a roda de conversa e caso clínico foi importante para demonstrar a necessidade de se conhecer formas de identificar precocemente o idoso vulnerável. Ressalta-se que os profissionais desconheciam sobre o instrumento VES-13, mas que relataram perceber a importância de seu uso no cotidiano dos serviços, devido à avaliação criteriosa, simples e fácil de ser aplicado.

A realização da ação foi de infinita complacência, pois permitiu o contato direto com o trabalhador e possibilitou um olhar multiprofissional e com maneiras inovadoras de atuar sobre uma problemática de saúde, ocasionando uma postura diferenciada enquanto futuros profissionais às necessidades dos serviços de saúde voltados à pessoa idosa, além de demonstrar ser uma ferramenta útil e eficiente para a identificação do idoso vulnerável.

Considera-se que essa foi uma ação motivacional e que corrobora ainda mais com o objetivo desse estudo em demonstrar a necessidade de capacitação voltada para atender satisfatoriamente as demandas das pessoas idosas, haja vista que o envelhecimento populacional é uma vertente e precisa ser aprimorada constantemente.

4 | DISCUSSÃO

O VES-13 é simples de ser manuseado e aplicado e identifica idosos de 65 anos ou mais com potenciais riscos de ter a saúde deteriorada pela avaliação da vulnerabilidade e do risco de morte, é composto por 13 categorias, com pontuação que varia de 0 a 13 pontos (BALIEIRO *et al.*, 2020).

O protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável, o VES-13, é um instrumento de rastreio que classifica a pessoa idosa em dois grupos: vulneráveis (VES-13 \geq 3) e não vulneráveis (VES-13 $<$ 3). Os marcos que constam no instrumento avalia a idade, autopercepção de saúde, presença de limitações físicas e declínio funcional. (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

A autopercepção da saúde é um importante indicador de doenças crônico-degenerativas importantes de serem abordados na área do envelhecimento, fazendo correlação com a capacidade funcional e a com a morbimortalidade. (ARNADOTTIR *et al.*, 2011).

A condição em que o ser humano se mantém independente para realizar atividades de vida diária, sobretudo as instrumentais, que representam a necessidade de habilidades elevadas para serem realizadas, também representa a capacidade funcional. Fatores que incapacitam as pessoas e impõem dificuldades em lidar com vertentes do cotidiano, como interação social, atuar com autonomia e independência, demandam cuidados específicos e de maior complexidade. (SILVA JUNIOR *et al.*, 2017).

Já as limitações físicas se relacionam com o grau de dificuldade em realizar atividades diárias ou até mesmo com a impossibilidade em realizá-las, influenciando na capacidade funcional de desenvolver certas ações, diminuindo a qualidade de vida da pessoa idosa. (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016).

O envelhecer é um processo dinâmico, com influência direta de fatores intrínsecos e extrínsecos, devendo ter uma perspectiva mais abrangente das questões relativas ao envelhecimento para delinear políticas públicas mais eficazes. Nesse sentido, a vulnerabilidade como questão de saúde voltada ao envelhecimento se correlaciona com a capacidade de autodeterminação reduzida, com déficit de proteção da autonomia e independência. (BARBOSA *et al.*, 2017).

Há uma lacuna entre o processo de saúde-doença e a educação na saúde, tornando-se ainda maior quando levada em consideração a saúde da pessoa idosa, ainda que essa população esteja altamente presente nos serviços de saúde e sejam tão dependentes destes serviços. (MENEZES; LOPES, 2014).

É de suma importância para o indivíduo, família e coletividade a formação de profissionais da saúde capacitados, haja vista que a assistência à saúde da população, sobretudo dos idosos, demandam competências e habilidades específicas para melhor lidar com as especificidades e necessidades pertinentes à esses indivíduos. (RIBEIRO;

MEDEIROS JUNIOR, 2016).

A formação profissional deve contemplar o cuidado integral sobre o envelhecimento, afim de que os profissionais de saúde sejam potencializadores do envelhecimento ativo, com autonomia, independências, com cidadania e participação ativa na sociedade. (LIMA *et al.*, 2018).

Diante desse contexto, os profissionais da saúde, com destaque aos enfermeiros, devem reconhecer os vários fatores que se modificam fisiologicamente com o envelhecimento, tomando cuidado para não medicalizar o processo fisiológico e deixar de atentar para situações incomuns na velhice. Devem buscar estratégias que promovam a autonomia e a independência nessa etapa da vida, com o desenvolvimento de uma assistência com qualidade e que confira satisfação, com equidade aos mais vulneráveis, utilizando, inclusive, instrumentos que auxiliem nessa assistência. (MACIEL *et al.*, 2016).

5 | CONCLUSÃO

Percebeu-se que a capacitação com auxílio da educação em saúde com uso de metodologias ativas, facilita a compreensão dos participantes a respeito do tema, além de favorecer a interação e a horizontalidade do conhecimento empírico versus científico, pois a ação permitiu observar nos participantes uma melhor compreensão acerca da vulnerabilidade nos idosos e de como identificar e classificar cada caso com o auxílio do instrumento de verificação VES-13, além disso, o uso de tecnologia leve de baixo custo e ampla aplicação oferece um feedback aos participantes reafirmando o conhecimento compartilhado.

Evidenciou-se também com os resultados obtidos pela capacitação que a qualidade de saúde do idoso é propiciada pelo apoio aos profissionais de saúde, sendo imprescindível também a adoção de políticas públicas eficazes que contribuam para a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, VFF; BARROS, AKR; BARRAL, DM; SILVA, JÁ; CARDOSO, TTS; LIMA, FC; SOARES, TB; NETO, JRS. **Ação educativa com profissionais de saúde na identificação do idoso vulnerável: relato de experiência.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 28, p. e932, 13 ago. 2019.

ARNADOTTIR, AS; GUNNARSDOTTIR, ED; STENLUND, H; LUNDIN-OLSSON L. **Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning.** BMC Public Health. 2011[acesso em 28 dez. 2020] Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-670>.

BARBOSA, KTF et al. **AGING AND INDIVIDUAL VULNERABILITY: A PANORAMA OF OLDER ADULTS ATTENDED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 26, n. 2, e2700015, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200306&Ing=en&nrm=iso>. access on 28 Dec. 2020. Epub June 26, 2017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>.

BALIEIRO, VSL et al. **Utilização da caderneta do idoso como estratégia de consulta de enfermagem: um relato de experiência**. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n.5, p.31748-31766 may. 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n5-578>.

BARBOSA, KTF; OLIVEIRA, FMRL; FERNANDES, MGM. **Vulnerabilidade do idoso: uma análise conceitual**. Rev. Bras. Enferm. , Brasília, v. 72, supl. 2, pág. 337-344, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800337&lng=en&nrm=iso>. acesso em 28 de dezembro de 2020. Epub em 05 de dezembro de 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728> .

BRITO, KQD; MENEZES, TN; OLINDA, RA. **Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults**. Rev Bras Enferm. 2016 [acesso em 10 jul. 2018];69(5):773-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502> .

CABRAL, JF et al . **Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 24, n. 9, p. 3227-3236, set. 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903227&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 dez. 2020. Epub 09-Set-2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>.

CRUZ, Rubia Rosalinn da; BELTRAME, Vilma; DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, e180212, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300204&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Dec. 2020. Epub Sep 26, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212>.

JESUS, Isabela Thais Machado de et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta paul. enferm.** , São Paulo, v. 30, n. 6, pág. 614-620, dezembro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000600614&lng=en&nrm=iso>. acesso em 29 de dezembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088> .

LIMA, RRT et al . **A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 22, supl. 2, p. 1661-1673, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601661&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0466>.

MACIEL, GMC; SANTOS, RS; SANTOS, TM et al. **AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE NO IDOSO PELO ENFERMEIRO: REVISÃO INTEGRATIVA**. R. Enferm. Cent. O. Min, v. 6, n. 3, p. 2430-2438, 2016. DOI: 10.19175/recom.v6i3.1010 .

MENEZES TMO, LOPES RLM. **Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto**. Cienc Saude Colet, v.19, n.8, p.3309-16, 2014.

MORAES, EN et al . **Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 50, 81, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100254&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 dez. 2020. Epub 22-Dez-2016. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>.

RAIOL, IF; LIMA, FC; CAMPOS, ACS; RODRIGUES, LB; CARVALHO, DNR; AGUIAR, VFF. **Capoterapia como prática comunitária para o envelhecimento saudável**. Rev enferm UFPE on line, v. 14, p.e243178, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243178>.

RIBEIRO, IL; MEDEIROS JUNIOR, A. **GRADUAÇÃO EM SAÚDE, UMA REFLEXÃO SOBRE ENSINO-APRENDIZADO**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 33-53, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100033&Ing=en&nrm=iso>. access on 29 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00099>.

SILVA JUNIOR, RF; MEDRADO, KDM; LIMA, ER; MEDEIROS, MRB; SIQUEIRA, LG; TELES, MAB. **Evaluation of the functional capacity of the elderly registered at a family health strategy**. Journal of Nursing UFPE on line, v.11, n.6, p.2620-2627, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23431/19122>>.

IDOSO X QUEDA: UMA PERCEPÇÃO DOS FATORES DE RISCO

Data de aceite: 22/01/2021

Tamara Azeredo da Silveira

Thalita Oliveira de Moraes

RESUMO: O envelhecimento consiste em processo natural que atinge a todos os seres humanos, podendo ser influenciados por fatores genéticos, ambientais e condições de saúde, dos quais ocorrem alterações fisiológicas e psicológicas. Muitos idosos, em seu processo de envelhecimento dos sistemas, em especial o sistema osteomuscular, tem sua qualidade de vida afetada pelas quedas, devido a perda do equilíbrio. A queda no idoso é multifatorial, englobando fatores intrínsecos como as próprias alterações fisiológicas relacionadas a idade em conjunto com fatores extrínsecos. Diante disto, a pesquisa trata-se de um estudo qualitativo descritivo com enfoque em revisão bibliográfica, com o objetivo de descrever os fatores de risco que demandam a queda em idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Quedas. Fatores de risco. Prevenção.

ELDERLY X FALL: A PERCEPTION OF RISK FACTORS

ABSTRACT: Aging consists of a natural process that affects all human beings and can be influenced by genetic factors, environmental and health conditions, of which physiological

and psychological changes occur. Many elderly people, in their process of aging systems, especially the osteomuscular system, have their quality of life affected by falls, due to loss of balance. The fall in the elderly is multifactorial, including intrinsic factors such as age-related physiological changes themselves together with extrinsic factors. In view of this, the research is a descriptive qualitative study with a focus on bibliographic review, with the objective of describing the risk factors that demand the fall in the elderly.

KEYWORDS: Elderly. Falls. Risk factors. Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade consolidada. O aumento da população idosa se expande de forma acelerada. Os múltiplos fatores e prevalência de doenças crônicas se caracterizam frequentemente na velhice, exercendo influência sob a capacidade funcional e qualidade de vida. (LUZARDO *et al.* 2018).

Segundo Fonseca (2018), questões frente a capacidade funcional é caracterizada pelo estado de independência para desenvolver Atividades de Vida Diária (AVD), sendo necessário para o idoso ter autonomia tanto em seu domicílio como na comunidade.

Muitos idosos, em seu processo de envelhecimento dos sistemas, em especial

o sistema osteomuscular, pode acarretar queda, devido a perda do equilíbrio. A queda no idoso é multifatorial, englobando fatores intrínsecos como as próprias alterações fisiológicas relacionadas a idade, visão, audição ou marcha prejudicada em conjunto com fatores extrínsecos decorrentes de pisos escorregadios, má iluminação, comportamentos de risco e demais atividades do cotidiano. (FHON *et al* 2017).

Segundo Vieira (2018) cerca de 30% dos idosos são vitimados por quedas anualmente e 12% desses idosos apresentam fraturas frente a queda. Embora seja de grande relevância pelo aumento do risco de lesões, fraturas e óbitos este problema não recebe a atenção necessária, sendo um dos mais relevantes problemas para saúde pública no cuidado ao idoso.

Diante disso, o objetivo deste estudo é descrever os fatores de risco que demandam a queda em idosos.

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo com enfoque em revisão bibliográfica. A pesquisa de abordagem qualitativa sugere questões individuais. Buscando conhecimento com grupos particulares próximos do processo social, as quais são respondidas com sentimentos, vivências, situações à que são expostos. Trabalha com exploração, intuição e subjetivismo, onde busca maneiras sociais e fenomenais da população em que se envolve no mundo das relações entre seres humanos e suas ideologias (MINAYO, 2013).

O estudo foi realizado na disciplina de Enfermagem no contexto Assistencial do Idoso II, do sexto semestre do Curso de Graduação de Enfermagem – UNICRUZ. Foram utilizados os seguintes descritores: Idoso. Quedas. Fatores de risco. Prevenção. Ocorreu a busca de artigos científicos nos espaços temporais entre 2017 há 2018, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A busca contemplou quatorze artigos sendo que para a pesquisa foram utilizados sete artigos aos quais contemplaram o objetivo deste estudo.

3 | RESULTADOS

Vários estudos trazem contextualizações sobre envelhecimento e quedas no ciclo vital do idoso. Segundo Vieira (2018) a queda não somente traz consequências na mobilidade do idoso, prejudicando seu deslocamento e independência, mas também afeta sua função cognitiva, resultando no medo da locomoção, afetando atividades cotidianas e isolamento.

Para o idoso a independência de realizar suas atividades diárias interfere muito na sua qualidade de vida e seu estado de saúde. Sabe-se que o idoso que apresenta vulnerabilidades como imobilidade tem consigo em seu cotidiano a prática do sedentarismo que prejudica muito ao passar dos dias sua situação de saúde, podendo emergir outros

agravos de saúde devido a imobilidade.

A maior prevalência de quedas ocorre em idosos do sexo feminino em idades entre 60 e 69 anos que residem sozinhas. Também em outra pesquisa dados similares conforme relata Neto et al. (2018) na qual confere que a maior prevalência de quedas ocorrem com mulheres na média de idade de 70,6 anos.

Assim pode-se dizer que as mulheres idosas estão mais expostas a desenvolver quedas. Tal fato pode estar sendo atribuído aos seus afazeres domésticos, uso de tapetes em suas casas e por estarem desenvolvendo atividades laborais em seus domicílios acabam ficando mais expostas aos riscos referente a acessibilidade em seu lar.

Os fatores de risco domiciliares são os mais frequentes, ressaltando que a maior prevalência de quedas ocorre em domicílio. O autor Neto *et al.* (2018), coloca que os fatores mais determinantes e frequentemente relacionados a quedas é o piso escorregadio, o ato de levantar-se a noite e deambular no escuro, objetos fora do alcance das mãos, desníveis no chão, obstáculos nos trajetos no interior da casa, colchões ou camas altas e outros.

Importante conscientizar familiares sobre a práxis de acessibilidade no domicílio do idoso, a fim de promover melhor qualidade de vida e prevenir agravos a sua saúde que as quedas podem acarretar, pois como afirma Fhoh et al (2018) há um aumento na síndrome da fragilidade no idoso, a qual se associa com a ausência de um companheiro(a) ou da família, uma vez que esta presença se caracteriza em um efeito protetor.

Doenças associadas a estes fatores de riscos transforma-se agravos proeminentes, como a incontinência urinária, está que tem relação fortemente ao histórico de quedas. Outro agravo é a falta de informação, como afirma Neto et al. (2018) o baixo nível de conhecimento sobre o tema, acrescido do déficit de percepção de que queda representa um desfecho importante para a saúde do idoso, pode ser um fator preditivo de perda de autonomia.

Alves et al (2017) destaca que aqueles com esquecimento frequente, seguidos por portadores de Diabetes Mellitus, alteração visual e hipertensão tiveram maior ocorrência de fraturas. Porém as quedas são mais frequentes em idosos com diagnóstico de osteoporose, devido a associação da patologia com sexo feminino e idade avançada.

Os autores Nero et al (2018) e Alves et al (2017) assentam que as medicações utilizadas podem provocar efeitos colaterais como hipotensão postural, tonturas, necessidade de urinar com maior frequência, propiciando quedas e consequentemente fraturas.

O idoso mesmo independente necessita de cuidado, auxílio e vistoria, embora indiretamente com mudanças na residência em que vive, adaptando móveis, balcões, interruptores, mantendo um ambiente livre e de fácil locomoção, evitando desníveis e providenciando corrimão para escadas já se enquadra em uma prevenção primária. É necessário alertar quanto aos riscos de locomoção noturna, manter objetos sempre a mão e conscientizar das consequências advindas de uma queda.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As quedas na população idosa são frequentes interferindo de forma negativa na qualidade de vida dessas pessoas. O avanço da idade leva a alterações estruturais e funcionais que podem reduzir a capacidade de resposta rápida e eficaz do equilíbrio, comprometendo o desempenho das habilidades motoras, a força muscular.

Os idosos necessitam do apoio de seus familiares, garantindo qualidade de vida e o bem-estar na terceira idade. É essencial que os familiares tenham conhecimento com o cuidado do idoso, o ambiente físico e emocional. O apoio familiar ao idoso é um fator diferencial, transmite a pessoa idosa segurança, refletindo em seu bem-estar

Assim deve-se promover ações com enfoque na prevenção de quedas a fim de ofertar um envelhecimento saudável ao idoso. Para tanto é necessário ações interdisciplinares com vistas ao cuidado deste ciclo de vida. Ações como educação em saúde são salutares frente a acessibilidade, bem como incentivo a pratica de atividade física e fortalecimento muscular oportunizando o idoso a não estar vulnerável frente ao evento da queda e seus agravos de saúde que a mesma traz ao idoso.

REFERÊNCIAS

ALVES et al.: Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2017; 20(1): 59-69.

FONSECA et al.: Fatores associados à dependência entre idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Bras Enferm.** 2018; 71.

LUZARDO AR, Paula Júnior NF, Medeiros M, Wolkers PCB, Santos SMA. Repercussions of hospitalization due to fall of the elderly: health care and prevention. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018; 71 (suppl 2): 763-9.

MINAYO Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 edição. São Paulo **Ed. Hucitec.** 2013.

NETO, José Antônio Chehuen et al.; Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares. **Ciência & saúde coletiva**, 23(4): 1097-1104, 2018.

FHON, Jack Roberto Silva et al. Factors associated with frailty in older adults: a longitudinal study. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 52-74.

VIEIRA LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farias-Antúnez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. **Rev Saude Publica.** 2018;52:22.

CAPÍTULO 14

TIPOS DE VIOLÊNCIA EM IDOSOS SEGUNDO O SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 13/11/2020

Naiane Pereira dos Santos

Faculdade Independente do Nordeste
Vitória da Conquista- BA
<http://lattes.cnpq.br/3101499847392376>

Luciana Araújo dos Reis

Faculdade Independente do Nordeste
Vitória da Conquista- BA
<http://lattes.cnpq.br/5865016290526865>

RESUMO: Objetivo: Identificar os tipos de violência em idosos segundo o Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, com abordagem descritiva e delineamento transversal, realizado no período de 2009 a 2012, na cidade de Jequié-BA. A pesquisa utilizou dados secundários registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN/Net / Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA; as variáveis foram apresentadas conforme a Ficha de Notificação/ Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras violências. Resultados: Verificou-se em referência aos tipos de violência maior notificação de violência física e de espancamento, nos anos de 2012. Em relação ao perfil das vítimas, constatou-se que são em sua maioria homens, e com escolaridade pertencente a ensino médio completo. Conclusão: Os achados evidenciam que a violência mais frequentes no município

estudado é semelhante com as encontradas em literatura, ademais, vários são os tipos de agressões executados contra a pessoa idosa. Da análise dos registros de violência em idosos segundo o SINAM, foi possível evidenciar baixos índices de violência. Não obstante, quando se observa a estimativa do número da população no município, suspeita-se de subnotificação. O fator é agravante para as políticas de saúde e sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Idoso; Notificação.

TYPES OF VIOLENCE IN ELDERLY PERSONS ACCORDING TO THE NATIONAL SYSTEM OF NOTIFICATION AGREEMENTS

ABSTRACT: Objective: To identify the types of violence in the elderly according to the National System of Notifiable Diseases. Methods: This is a quantitative, analytical study, with a descriptive approach and cross-sectional design, carried out from 2009 to 2012, in the city of Jequié-BA. The research used secondary data registered in the Notifiable Diseases Information System - SINAN / Net / Violence and Accidents Surveillance System - VIVA; the variables were presented according to the Notification / Investigation Form for Domestic, Sexual and / or Other Violences. Results: It was found, in reference to the types of violence, greater notification of physical violence and beatings, in 2012. Regarding the profile of the victims, it was found that they are mostly men, with schooling belonging to complete high school . Conclusion: The findings show that the most frequent violence in the studied city is similar to those found in the literature, in addition, there are

several types of aggressions carried out against the elderly. From the analysis of records of violence in the elderly according to SINAM, it was possible to show low levels of violence. However, when the population number estimate in the municipality is observed, underreporting is suspected. The factor is aggravating for health and social policies.

KEYWORDS: Violence; Old man; Notification.

INTRODUÇÃO

No processo natural do envelhecimento é possível identificar diversas alterações fisiológicas e o surgimento de patologias comuns a este grupo etário, que quebram o equilíbrio homeostático, e contribui para uma involução morfofuncional. Assim, determina-se que pessoas na terceira idade necessitem de cuidados para execução de atividades diárias e instrumentais do seu cotidiano. Somada à fragilidade e dependência da pessoa idosa, há alguns aspectos sociais, como desrespeito e desigualdade social que favorecem e podem ser determinantes para tornar os idosos vítimas de progressivas violência (MENEZES, et al. 2018; GRILO e LOMBARDI, 2015; SOUZA, et al. 2018).

Neste contexto, quanto maior for a dependência física e cognitiva, maior será a necessidade de assistência, que requer dedicação mais efetiva do seu cuidador, por isto, conseqüentemente, expõe a um alto grau de vulnerabilidade para violência. É relevante ainda ressaltar a incapacidade, impaciência e nervosismo, que muitos cuidadores tem para com os idosos. Deste modo, são aspectos definidores para a prática da violência contra indivíduos idosos, que interfere na qualidade de vida e impede que os próprios desfrutem das conquistas adquiridas com a longevidade (OLIVEIRA, et al. 2018; RODRIGUES, et al. 2017).

Não obstante, é entendido que a violência é um episódio polissêmico, formada por múltiplas faces, e diversas causas; definida como uma ação, onde se usa a força ou autoridade, para isolar, abusar ou liquidar uma pessoa, geradores de impactos negativos diretos e indiretos para o meio social, político, econômico e principalmente para o indivíduo que sofreu a agressão (CACHINA, PAIVA e TORRES, 2016; HOHENDORFF, et al. 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu sete tipos de violência contra a pessoa idosa: a violência física – que consiste no exercício da força física, com o propósito de causar lesão ou dor; abuso psicológico – que inclui a injúria verbal, como manifestação mais comum, gestual, que geram uma desordem emocional ou aflição; agressão sexual – que envolve o ato sexual não consensual do idoso, em busca por prazeres sexuais, ou práticas eróticas (OLIVEIRA, et al 2018).

Segundo Garbin *et al.* (2016) negligência relaciona-se à falha ou renúncia em executar os cuidados precisos aos idosos designados aos cuidadores; a autonegligência – relativo ao posicionamento do próprio idoso que coloca em risco sua saúde recusando cuidados para si mesmo; o abuso financeiro e econômico trata-se da apropriação ilegal ou exploração dos bens financeiros. E a violação de abandono - forma mais comum de abuso,

é a inexistência na oferta de assistência aos idosos que precisa de proteção tanto pelos encarregados governamentais, institucionais ou familiares (SOUZA, et al. 2018).

Ademais, entende-se por espaço familiar, um lugar de troca de afeto, de proteção e de aprendizado. Entretanto, em paradoxo com tal referência, é considerado o ambiente que mais ocorre os sofrimentos e maus tratos contra os idosos (SANTANA, VASCONCELOS e COUTINHO, 2016; LINO et al. 2019). Desse modo, um dos grandes empecilhos para os vitimados não expor as agressões sofridas, em decorrência de apresentar algum vínculo familiar com o agressor, e ter medo e/ou vergonha de evidenciar as mazelas familiares e denunciar o agressor (BOLSONI, et al. 2016; MALLETT, et al. 2016). Destarte, as vítimas permanecem em silêncio, resultando em danos físicos, mentais e morais, e compromete no desempenho na vida social e principalmente na qualidade de vida, quando não é culminado com a morte (SILVA e DIAS, 2016)

Apesar dos maus-tratos contra os idosos ser um evento antigo e crescente, é um fenômeno de notificação recente no Brasil, que tem como objetivo reconhecer a dinâmica e âmbito da violência. Deste modo, segundo Rocha *et al.* (2018), os serviços de saúde são responsáveis para realizarem a identificação e notificação compulsória dos casos de violência contra idosos, neste caso por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Todavia, a subnotificação ainda é um desafio para as políticas sociais e de saúde, impedindo-se ter o real dimensionamento dos casos no país e dos agravos gerados.

Inobstante, em detrimento da notificação é possível ter acesso a importantes características da violência, do agressor e da vítima. Destarte, a partir dessas informações é plausível desenvolver estratégias de proteção para com as vítimas, além de promover o direcionamento para redes de atendimento específicas, possibilitar uma assistência de qualidade e efetivar e subsidiar adesão a ações para seu enfrentamento (PARAÍBA e SILVA, 2015).

Diante da relevância da temática, torna-se indispensável o aprofundamento de estudos que discorram sobre a violência contra idosos, observando que é uma violação aos direitos desse público e um grave problema de saúde pública. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi identificar os tipos de violência em idosos e suas características, fundamentado nos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, de um município baiano, contribuindo para ampliação de conhecimentos referente ao tema abordado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, com abordagem descritiva e delineamento transversal. A pesquisa utilizou dados secundários dos boletins de ocorrência e bancos de dados dos casos de violência(s) (violência física, psicológica e sexual, negligência, autonegligência, abuso financeiro - econômico e abandono), em idosos no

período 2009-2012 registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação-SINAN/ Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA. Refere-se à um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Estudos sobre organização de serviços e ações de prevenção e enfrentamento da violência contra idosos no interior do estado da Bahia”, vinculado ao no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa sobre o Envelhecimento Humano - NIEPH.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Jequié, no sudoeste baiano, cidade que se distancia mais de 350 km da capital, Salvador. De acordo com o Censo 2010 (IBGE, 2011), a densidade demográfica deste município era de 47,07 hab./km², com população total de 151.895 habitantes. Da população total, 91,8% reside na área urbana e apenas 8,2% na área rural. Dos municípios, 73.612 (48,5%) são homens e 78.283 (51,5%) mulheres. Em 2014 a população estimada foi de 161.150 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) no ano de 2010 de 0,665.

De acordo com Gawryszewski (2007), o sistema VIVA tem o propósito de caracterizar o perfil das pessoas vítimas de violência sexual, doméstica e outras violências interpessoais; caracterizar o perfil dos atendimentos decorrentes de acidentes e violências nos serviços de emergências hospitalares selecionados; validar a Ficha de Notificação/ Investigação de Violência Sexual, Doméstica e/ou outras Violências Interpessoais e a ficha de Notificação de Acidentes e Violência em Unidades de Urgência e Emergência; testar a operacionalização do sistema e utilizar a informação na definição de políticas públicas.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA foi estruturado em dois componentes: vigilância contínua (VIVA Contínuo) e vigilância sentinela por inquérito (VIVA Sentinela). Estas duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas. O VIVA Contínuo contém Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências, e o VIVA Sentinela contém Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência. O estabelecimento da vigilância de violências e acidentes em hospitais e serviços de referência de violências sentinela tem como objetivo possibilitar o acesso às informações acerca das causas externas ainda pouco conhecidas, de alta prevalência e de impacto na saúde das pessoas (Gawryszewski, 2007).

Foram utilizadas nesta pesquisa todas as notificações de violência ao idoso no SINAN ocorridas no período de 1º de janeiro de 2009 à 31º de Dezembro de 2012. Os dados foram registrados em fichário específico, previamente elaborado, em acordo com instrumentos utilizados por outras pesquisas, adaptado aos objetivos do estudo. Em casos que houveram mais de um atendimento por idoso vitimizado, foram coletados os dados do primeiro atendimento. Foram estudados os casos de pessoas que sofreram violência com faixa etária a partir de 60 anos de idade.

Para a coleta de dados foi utilizada fonte secundária, a partir da Ficha de VIVA (VIVA contínuo e VIVA sentinela). A ficha está dividida em 11 seções e compreende 71 questões.

As seções são:

- 1ª Dados Gerais
- 2ª Notificação Individual
- 3ª Dados de Residência
- 4ª Dados da Pessoa Atendida
- 5ª Dados da Ocorrência
- 6ª Tipologia da Violência
- 7ª Violência Sexual
- 8ª Consequência da violência
- 9ª Lesão
- 10ª Dados do provável autor da agressão
- 11ª Evolução e Encaminhamentos

No presente estudo os dados utilizados foram:

Sociodemográficas das vítimas	Sexo e escolaridade.
Violência Física	Sim, não ou ignorado
Violência sexual	Sim, não ou ignorado
Violência psicológica/moral	Sim, não ou ignorado
Violência financeira/econômica	Sim, não ou ignorado
Violência negligência/ abandono	Sim, não ou ignorado
Local de ocorrência	Residência, ignorado ou em branco
Violência/ repetição	Sim ou não
Violência intervenção legal	Sim ou não
Violência/ tortura	Sim ou não
Encaminhamento para setor de saúde	Sim, não ou em branco
Violência autoprovocada	Sim, não ou em branco
Outra violência	Sim, não ou ignorado

Inicialmente, foi realizado uma busca de dados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação-SINAN / Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, em seguida os dados foram selecionados e transportados para um banco no Programa Estatístico SPSS versão 21.0 aonde foram analisados de forma descritiva e inferencial. Na realização desta pesquisa foram respeitados todos os princípios éticos definidos na Resolução 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde). Como se trata de dados públicos o presente projeto não precisa de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para coleta dos dados.

RESULTADOS

Da análise dos dados no que se refere ao sexo, constatou-se no presente estudo que o sexo masculino foi o mais acometido por violência nos anos de 2009 (n= 1 caso), 2010 (3 casos), 2011 (n =4 casos) e 2012 (n=6 casos), conforme gráfico 1.

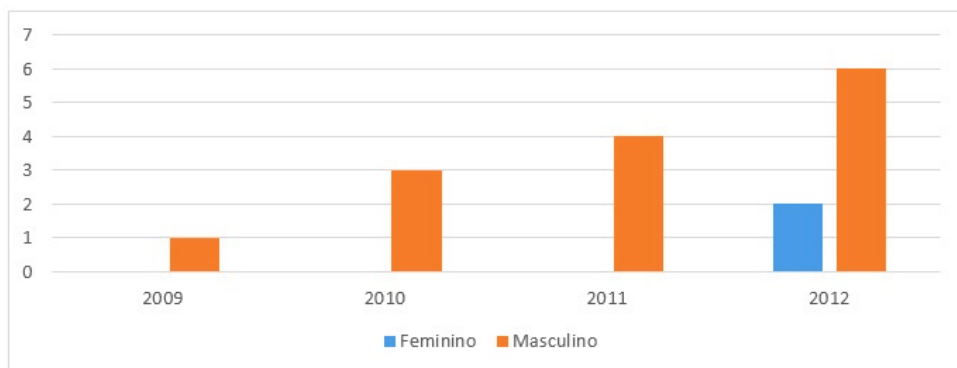


Gráfico 1. Distribuição dos idosos vítimas de violência quanto ao sexo. Jequié/BA, 2019.

Em relação a escolaridade dos idosos, foi evidenciado uma predominância de indivíduos com nível de Ensino Médio Completo nos anos 2011 (n=5 casos) e em 2012 (n=3 casos). Em 2009 e 2010 não houve registros, segundo dados demonstrados no gráfico 2.

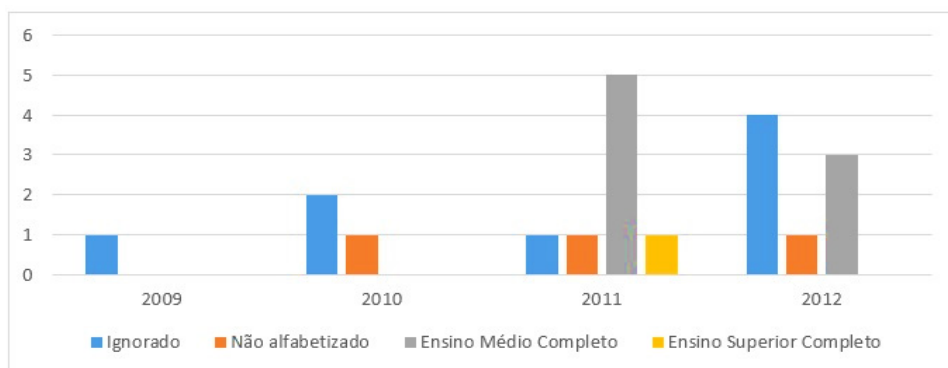


Gráfico 2. Distribuição dos idosos vítimas de violência quanto ao nível de escolaridade. Jequié/BA, 2019.

Quanto aos tipos de violência verificou-se uma maior frequência de violência física, em 2009 (n=1 caso), 2010 (n= 3 casos), 2011 (n= 3 casos) e 2012 (n= 8 casos). A violência psicológica/mental teve 1 caso em 2010. A violência sexual 1 caso em 2009. A violência

financeira/econômica teve 1 caso em 2011 e outro caso em 2012. Referente a violência do tipo espancamento teve 1 caso em 2010, 1 caso em 2011 e 6 casos em 2012, segundo dados ilustrados no gráfico 3.

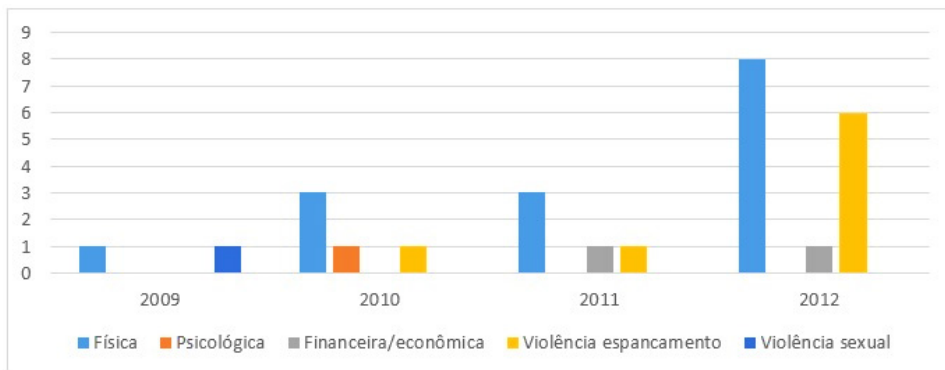


Gráfico 3. Distribuição dos idosos vítimas de violência quanto aos tipos de violência. Jequié/BA, 2019.

DISCUSSÃO

A violência contra pessoas com idade de 60 anos ou mais é um evento evidente na sociedade atual, que alcança dimensões sociais e de saúde pública. Não obstante, a maneira como esse fenômeno se manifesta é diversa e o tipo de violência que será praticado é decorrente das particularidades de cada comunidade, região ou até mesmo país. Assim, há diferenças na incidência dos tipos de violência para cada local (RODRIGUES, et al. 2017).

Neste estudo, ao se fazer uma análise da variável sexo, constatou-se maior acometimento pelas agressões em indivíduos do sexo masculino. No entanto, na literatura científica apresenta-se que as mulheres são as maiores vítimas. Isto posto, é correlacionado com vertente de gênero, observando a existência de uma sociedade ainda machista, com uma hierarquização nos papéis e nas relações sociais, além de estereótipos que favorecem a submissão de mulheres aos homens. Em conjunto, com o desrespeito e preconceito contra a mulher (HOHENDORFF, et al. 2018; SILVA, et al. 2018).

Em relação a escolaridade das vítimas, nesta pesquisa, os mais violentados compreendem ao ensino médio completo. Todavia, nos estudos científicos não se encontram conformidade referente ao nível de escolaridade. Desta forma, não é coerente afirmar que idosos com menor escolaridade são mais suscetíveis a violência doméstica. No entanto, quando isso ocorre se tem a justificativa que é por ter pouco acesso a instruções, ausência de amparo familiar e social, além maior dependência monetária. Já idosos com nível superior, por mais que se apresentem com maior conhecimento, é associável que eles

têm maiores rendas e bens materiais, e assim se tornam vulneráveis a furtos, agressões, entre outros tipos de violência (JÚNIOR e MORAES, 2018).

A violência contra o idoso é considerada um fenômeno complexo, por sua dinâmica e também pelas diversas formas que podem ser efetuadas. À vista disso, na presente análise identificou-se, no que concerne aos tipos de violência, a prevalência de notificação da violência física, em concordância com outros estudos nacionais e internacionais. Tal agressão, pode resultar de leves hematomas, até graves queimaduras e fraturas, ou aliada também a outros maus-tratos, e podem suceder sequelas irreversíveis ou a depender do seu grau de excursão, levar o indivíduo a morte. Assim, pode concluir que o estado geral da saúde do idoso é comprometido (PARAÍBA e SILVA, 2015; GIL, et al. 2015).

A atual pesquisa permitiu constatar também, que o espancamento configura-se entre as mais frequentes agressões nesta amostra estudada quando comparado aos outros tipos de violência. Diante disso, os direitos assegurados pelas leis brasileiras são infringidos. Outrossim, independente de como a violência se manifesta, sucedem-se sofrimentos que podem ou não perdurar por toda vida do indivíduo, como depressão, lesões, dores ou problemas físicos, mas principalmente uma perda na qualidade de vida que poderia ser evitada (MORREIRA, 2017).

Ademais, foi possível evidenciar outros tipos de hostilidade relevantes ao idoso como violência psicológica, financeira/econômica e sexual, que são descritos por análises científicas, e possuem elevadas taxas de identificação no país. Todavia, com menor incidência nessa região. Anteposto, o abuso psicológico é uma forma do agressor impor seu autoritarismo. Neste sentido, de acordo com Bolsoni e seus colaboradores (2016), a prática pode acompanhar e aumentar a probabilidade dos outros tipos de violência se desenvolverem. Essa atitude leva a humilhação, medo e angústia da vítima. Ademais, pode desencadear algum comprometimento mental, a exemplo da baixa autoestima, dificuldades na autonomia, depressão, entre outros.

Irigaray et al. (2016) afirmam que o abuso financeiro é referente às limitações dos idosos em administrar questões financeiras, além de que existe a dependência pela renda do idoso por parte do ofensor e o uso indevido de seus bens. A exploração sexual ocorre com maior relevância em mulheres, quer seja por sua fragilidade física ou pelos fatos dos cuidadores serem do sexo masculino (GRILLO e LOMBARDI, 2015; BOLSONI, et al. 2016). Tais situações demonstram reais violações contra os idosos, comprometendo o usufruir da longevidade com qualidade e participação ativa do convívio social.

A violência ao idoso é uma situação melindrosa, em decorrência das diversas situações que são determinantes para a execução do ato de crueldade. Desta forma, o idoso se encontra exposto ao risco constante, observando que, no processo de envelhecimento há uma debilitação do organismo e diminuição das funções cognitivas e motoras em conjunto com os inúmeros aspectos encontrados no meio social, a exemplo da desestruturação nas relações interfamiliares e ineficiência dos cuidadores no ato do cuidar,

capaz de levar à manifestação de comportamento agressivo e abusivo (MOREIRA, 2017; SILVA e DIAS, 2016).

Segundo Aguiar *et al.* (2015), idosos com idade mais avançada está associada a maior predomínio de agressões. Destarte, proporcionalmente quanto maior for a faixa etária da vítima, maior será o risco de subnotificação. É possível afirmar que, esses indivíduos possuem menor independência e autonomia funcional e relacional, e isso suscita poucas denúncias. Já o idoso mais jovem apresenta melhor compreensão quanto aos seus direitos e facilita adotar medidas legais contra os agressores.

Um aspecto que chama atenção neste trabalho é o baixo índice de registro, quando analisados na perspectiva do número de habitantes da região. Desta maneira, acredita-se que exista uma subnotificação dos casos, impossibilitando o real dimensionamento da violência nesta localidade. Por consequência, é possível afirmar que essa desvalorização dos registros se tornam uma violação contra os órgãos de defesa dos direitos da pessoa idosa, levando a considerar outro tipo de violência, conhecida como violência institucional (ROCHA, et al. 2018).

A está luz, é possível afirmar alguns outros aspectos contribuintes para o sub-registro, como o despreparo dos profissionais de saúde em fazer a investigação e identificação dos casos de agressões, além da debilitação ou carência de redes de apoio especializadas, a ausência de conhecimento das fichas e sistema de notificação, somado com a falta de resolubilidade das situações denunciadas para os recursos públicos e até mesmo privados (ROCHA, et al. 2018; PARAÍBA e SILVA, 2015).

Por conseguinte, um importante empecilho para não realizar as denúncias e a identificação dos maus-tratos, é que muitas vezes os idosos negam tais atos de crueldade, com defesa do provocador. Essa atitude é justificada por em grande maioria os agressores serem um membro da família ou pessoas próximas das vítimas, constituindo um vínculo de confiança. Deste modo, os idosos sentem constrangidos e com medo de quebrar a relação afetiva e de expor as adversidades familiares. Outro fator está relacionado por não compreenderem que estão expostos à violações e/ou por receio de sofrer novas retaliações. Assim, permanecem em um ambiente obscuro, sofrendo violências invisíveis e silenciosas, incumbindo em problemas de ordem físicas e psicológicas, implicando no bem-estar e nas condições de saúde.

Destarte, compreende que apesar dos benefícios e das conquistas adquiridas pelas leis e políticas sociais e de saúde que defendem e promovem qualidade de vida aos idosos, assegurando seus direitos, não é suficiente para que eles estejam protegidos. É necessário, portanto, a apropriação desses direitos pela comunidade e pelos profissionais de saúde, e sua efetivação nas práticas cotidianas. É relevante ainda pontuar que é através da notificação que se tem a perceptibilidade da problemática, e definição das características epidemiológicas, por meio dessas ações a possibilidade de criação e aprimoramento das políticas públicas de intervenção.

Como possíveis limitações do estudo, destaca-se a subnotificação, ocasionando uma imprecisão nas estatísticas, evidenciado pelas lacunas existentes nas variáveis. No entanto, o estudo realizado contribui sensitivamente para expansão de discussões sobre o agravo e melhor conhecimento da problemática. Assim, identificar quais os tipos de maus tratos são prevalentes e quais ações mais eficientes a se desenvolver, capazes de intervir e proporcionar melhor qualidade de vida das vítimas, e impedir maus tratos à pessoa idosa.

CONCLUSÃO

É possível afirmar, que no processo de envelhecer, os idosos se tornam mais vulneráveis e dependes de seus cuidadores. Quando limitados, tornam-se suscetíveis a agressões que podem resultar de discretos a sérios danos a vida das vítimas. Embora no Brasil, existam políticas e leis que defendem os direitos dos idosos, é persistente a violação dos decretos e a permanência de agravos à saúde desses indivíduos.

Diante da avaliação dos resultados obtidos, permitiu reafirmar os tipos de violência existentes e a persistência das agressões contra a pessoa idosa, corroborando com apresentações científicas atuais, nacionais e internacionais. Com referência aos tipos de violência, verificou-se maior notificação de violência física e um número considerável de espancamento. Em relação ao perfil das vítimas, constatou-se que são em sua maioria homens, e com escolaridade pertencente a ensino médio completo.

Da análise dos registros de violência em idosos segundo o SINAM, foi possível ainda, evidenciar baixos índices de violência. Não obstante, quando observa-se a estimativa do número da população no município, suspeita-se de subnotificação. O fator é agravante para as políticas de saúde e sociais, principalmente quando se refere à quem desenvolve o papel de proteção ao idoso.

Desta forma, faz-se necessário que estratégias de redução desses danos sejam construídas coletivamente para romper com o silêncio, para que as denúncias e notificações sejam realizadas. Para isto, é fundamental que haja maiores capacitações dos profissionais de saúde, de modo que seja possível fazer buscas e identificação dos maus-tratos, por meio da notificação, diálogos e encorajamento das vítimas para denúncias dos atos ofensivos. Outrossim, é importante que a comunidade tenha conhecimento dos agravos decorrente por meio da discussão dessa problemática, para que se conscientizem e façam também as delações quando preciso.

Por fim, considera que tais ações sejam capazes de intensificar as denúncias e notificações, fortalecendo a alimentação dos dados no SINAN, e contribuindo para se ter informações capazes de mostrar o real contexto e características da violência contra o idoso. Isto posto, é plausível desenvolver ações preventivas eficazes, reduzindo positivamente as agressões e proporcionando qualidade de vida a este grupo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.P.C. et al. **Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil.** Esc. Anna Nery. v.19, n.2, p.343-349, 2015.

BOLSONI, C. C. et al. **Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC.** Rev. bras. geriatr. gerontol. v.19, n. 4, p.671-682, 2016.

BOLSONI, C.C. et al. **Violência contra o idoso: uma meta-síntese.** Sau. & Transf. Soc. v.7, n.2, p.113-122, 2016.

CACHINA, A.M.P.; PAIVA, I.L.; TORRES, T.L. **Violência intrafamiliar contra idosos: revisão sistemática.** Liberabit. v. 22, n. 2, p.185-196, 2016.

GARBIN, C.A.S. et al. **Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental.** Rev. bras. geriatr. Gerontol. v.19, n.1, p. 87-94, 2016.

GAWRYSZEWSKI, V.P. **A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes.** Ciência e Saúde Coletiva. v.11, p.1269-1278, 2007.

GIL, A. P. et al. **Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência.** Cad. Saúde Pública. v.31, n. 6, p.1234-1246, 2015.

GRILO, P. M. S.; LOMBARDI, J. I. **Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com o agressor e atuação dos profissionais.** Estud. interdiscip. Envelhec. v.20, n.2, p.611-624, 2015.

HOHENDORFF, J.V. et al. **Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde.** Rev. SPAGESP. v.19, n.2, p.64-80, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 04/11/2018.

IRIGARAY, T.Q. et al. **Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental.** Estudos de Psicologia. v.33, n.3, p.543-551, 2016.

JÚNIOR, F.O.A; MORAES, J.R. **Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013.** Epidemiol. Serv. Saúde. v.27, n.2, 2018.

LINO, V.T.S. et al. **Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar.** Ciência & Saúde Coletiva. v.24, n.1, p. 87-96, 2019.

MALLET, S.M. et al. **Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento.** Ver Med Minas Gerais. v.26, n.8, p.408-413, 2016.

MENEZES, J.N.R. et al. **A Visão do Idoso Sobre o Seu Processo de Envelhecimento.** Revista Contexto & Saúde. v. 35, n.18, p.8-12, 2018.

MOREIRA, W.C. **Violence against the elderly: a public health issue.** ReonFacema, v.3, n.1, p.440-443, 2017.

OLIVEIRA, K.S.M. et al. **Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção.** Rev Gaúcha Enferm. v.39, p.1-9, 2018.

PARÁIBA, P.M.F.; SILVA, M.C.M. **Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE.** Rev. bras. geriatr. gerontol. v.18, n.2, p. 295-306, 2015.

ROCHA, R.C.C. et al. **Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações.** SAÚDE DEBATE. v.42, n.4, p.81-94, 2018.

RODRIGUES, R.A.P. et al. **Violência contra idosos em três municípios brasileiros.** Rev. Bras. Enferm. v.70, n.4, p.783-791, 2017.

SANTANA, I.O.; VASCONCELOS, D.C.; COUTINHO, M.P.L. **Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica.** Arquivos Brasileiros de Psicologia. v.68, n., p.126-139, 2016.

SILVA, C.F.S.; DIAS, C.M.S.B. **Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor.** Psicologia: Ciência e Profissão. v.36, n.3, p.637-652, 2016.

SILVA, C.F.S.; DIAS, C.M.S.B. **Violência contra idosos: perfil sociodemográfico dos familiares agressores, tipos de violência impetrada e motivações para sua ocorrência.** Rev.Gest.Saúde; v.7, n.2, p.563-581, 2016.

SILVA, G.C.N. et al. **Violência contra idosos: uma análise documental.** Aquichan, v.18, n.4, p. 449-460, 2018.

SOUZA, C. S. et al. **Análise das taxas de internação e de mortalidade por agressão em pacientes com mais de 60 anos.** Rev Soc Bras Clin Med. v.16, n. 2, p.89-93, 2018.

CAPÍTULO 15

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 16/11/2020

Gláucia Miranda

Residência Multiprofissional em Saúde Mental,
Secretária de Estado da Saúde do Paraná
Escola de Saúde Pública do Paraná
Curitiba - PR
<https://orcid.org/0000-0001-8088-9740>

Gustavo Zambenedetti

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Departamento de Psicologia
Irati – PR
<https://orcid.org/0000-0002-7372-9930>

Michele da Rocha Cervo

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Departamento de Psicologia
Irati – PR
<https://orcid.org/0000-0003-3523-9292>

Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Departamento de Enfermagem
Guarapuava – PR
<https://orcid.org/0000-0002-6131-3890>

Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Departamento de Enfermagem
Guarapuava – PR
<https://orcid.org/0000-0002-7685-6679>

RESUMO: A atenção básica constitui-se como importante ponto de atenção em saúde mental,

na perspectiva do cuidado territorial e integral. O objetivo deste estudo foi compreender a interface da saúde mental com a atenção básica em municípios de pequeno e médio porte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em nove municípios de uma regional de saúde da região sudeste do Paraná. Em sete municípios foram realizados grupos focais com profissionais da atenção básica e em dois municípios foram realizadas entrevistas com os coordenadores da atenção básica. Os resultados apontam para diferentes modos de apropriação da Política de Saúde Mental e arranjos do processo de trabalho, mesclando aspectos que caracterizam o modo asilar e o modo psicossocial. Aponta-se a necessidade de fomentar processos formativos continuados, visando instrumentalizar os trabalhadores da atenção básica para o desenvolvimento de ações em saúde mental alinhados aos princípios da atenção psicossocial. **PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental; Atenção Básica; Atenção Psicossocial.

MENTAL HEALTH AND BASIC ATTENTION IN MUNICIPALITIES OF SMALL AND MEDIUM PORTE

ABSTRACT: The Primary Health Care is an important point of attention in mental health, from the perspective of territorial and integral care. The objective of this study was to understand the interface of mental health and Primary Health Care in small and medium-sized municipalities. The qualitative research was carried out in nine municipalities in the southeast region of Paraná. In seven municipalities, focus groups were conducted with primary care professionals and

in two municipalities interviews were conducted with Primary Health Care coordinators. The results point to different ways of appropriating the Mental Health Policy and work process arrangements, merging aspects that characterize the asylum mode and the psychosocial way. It is pointed out the need to foment continued formative processes, aiming to instrumentalize the workers of the basic attention for the development of actions in mental health aligned to the principles of the psychosocial attention.

KEYWORDS: Mental Health; Primary Health Care; Psychosocial Attention.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2003, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) apresenta diretrizes para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, as quais são caracterizadas pelo Apoio Matricial, formação como estratégia prioritária e inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), assim podendo gerar indicadores. A criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) também representou importante avanço para a interface da saúde mental com a atenção básica (BRASIL, 2008).

Em 2011, a portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011), apresenta a atenção básica como um de seus componentes, em interação com os demais pontos da rede. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

Para além do desafio de inserir ações de saúde mental na atenção básica, temos também o desafio de que essas ações estejam em consonância com o paradigma da atenção psicossocial, o qual encontra-se em permanente tensionamento com o paradigma asilar.

Costa-Rosa (2000) propõe a existência do modo-asilar e do modo-psicossocial para refletir acerca de como o cuidado é agenciado no campo da saúde mental. No modo asilar, o foco reside nas determinações orgânicas da doença, na intervenção centrada no medicamento, na concepção do sujeito-paciente como doente, produzindo grande demanda por internações, serviços e profissionais especializados. Além disso, há participação limitada do usuário na comunidade. Já o modo psicossocial prevê a participação ativa do sujeito no seu processo de tratamento, com fomento dos processos de reinserção social. O trabalho em equipe, sob o viés interdisciplinar é característico deste modelo, o qual possui mais condições de ser desenvolvido em serviços com caráter territorial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e os serviços de atenção básica. Do ponto de vista da terapêutica, veicula a perspectiva de criação e composição de múltiplas possibilidades, desde a psicoterapia individual e/ou em grupo, participação em oficinas, o uso de medicações, ações de lazer e convivência etc.

Apesar de haver maior tendência de expressão do modo asilar em espaços fechados,

como os hospitais psiquiátricos, é necessário compreender que ele também pode estar presente nos serviços substitutivos, visto que o que o define não é apenas o lugar onde é exercido, mas a forma de relação conformada com a loucura, o sujeito em sofrimento e os dispositivos de cuidado. Nesse sentido, abre-se um campo de análise importante da interação entre atenção básica e saúde mental.

Apesar de prevista na legislação, a relação entre saúde mental e atenção básica não se apresenta como uma realidade uniforme nos municípios brasileiros, configurando tanto uma potencialidade quanto um desafio. Lancetti (2004) evidencia que as propostas de saúde mental na atenção básica envolvem uma alta complexidade, configurando o que o autor designa de complexidade invertida, visto que, tradicionalmente, a atenção terciária era vista como “mais complexa”.

Diante disso, este artigo coloca em análise as relações entre saúde mental e atenção básica nos municípios que compõe uma regional de saúde no Estado do Paraná. Daremos enfoque a discussão acerca dos municípios de pequeno porte I, II e médio porte, nos quais se enquadram os municípios desta regional de saúde. Conforme indicam Luzio e L’Abbate (2009, p. 106), “pouco se conhece acerca das ressonâncias da política nacional de Saúde Mental na maioria dos municípios, em especial nos de pequeno e médio portes”.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, o qual se debruça “ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008, p. 57).

Este estudo é um recorte de projeto maior, intitulado “Componentes da Rede de Atenção à Saúde Mental: realidade da 4ª e 5ª Regional de Saúde”, contemplado pelo Edital PPSUS / Fundação Araucária, desenvolvido entre os anos de 2012 e 2016.

Foram realizados grupos focais com trabalhadores da atenção básica em cada município, totalizando sete grupos focais. O convite era realizado para que cada unidade básica de saúde indicasse um ou mais trabalhadores para participar do grupo focal, preferencialmente aqueles que tivessem representatividade ou maior proximidade com o tema da saúde mental. Nos dois municípios onde não houve disponibilidade das equipes para participar da pesquisa foi realizada entrevista com a coordenação municipal da atenção básica.

Neste estudo foram abordados 7 municípios de pequeno porte I, 1 município de pequeno porte II e 1 município de médio porte. Segundo dados do IBGE (2002), citado pela Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004), os municípios de pequeno porte I são aqueles com menos de 20 mil habitantes - constituindo 73% dos municípios brasileiros (IBGE, 2002), os municípios de pequeno porte II possuem de 20 a 50 mil habitantes e os

municípios de médio porte são compostos por 50 a 100 mil habitantes.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos municípios participantes do estudo, destacando a cobertura de atenção básica.

	População	Nº ESF	Cobertura estimada ESF	Cobertura estimada Atenção Básica	NASF
Fernandes Pinheiro	6.008	02	100%	100%	Não
Guamiranga	8.343	03	100%	100%	Não
Imbituva	30.359	07	79,55%	99,31%	Não
Inácio Martins	11.282	03	91,74%	100%	Não
Irati	58.957	05	29,26%	44,68%	Não
Mallet	13.475	03	76,81%	79,70%	Não
Rebouças	14.752	04	93,55%	93,55%	Não
Rio Azul	14.809	04	93,19%	100%	Sim
Teixeira Soares	11.350	03	92,91%	99,64%	Não

Tabela 1 - Cobertura de Atenção Básica dos municípios da área de abrangência da 4ª RS, 2014.

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB).

Participaram 47 trabalhadores, sendo 38 do gênero feminino e nove do gênero masculino. Daqueles que informaram a profissão, oito eram enfermeiros, 12 agentes comunitários de saúde, 10 eram técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, um era gestor e um coordenador de atenção básica. O mais novo tinha 24 anos e o mais velho 46 anos. O tempo de atuação na atenção básica variava entre recém inserido no serviço e 20 anos, sendo que entre os profissionais a média foi de 6,7 anos de inserção.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a outubro de 2014, ficando apenas a entrevista com o coordenador de atenção básica de um dos municípios em junho de 2015. Os grupos focais e entrevistas foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo temática, a qual “consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2008, p. 315).

Os temas emergentes foram reunidos e sintetizados em três categorias de análise: demandas em saúde mental; ações em saúde mental; e, desafios em saúde mental. Na discussão dos resultados, os municípios foram designados por Grupo Focal (GF) Município 1,2,3, etc, visando a garantia do anonimato e preservação da identidade dos profissionais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, sob o número de parecer 79531, emitido em: 21/08/2012.

3 | RESULTADOS

Demandas em saúde mental

Entre as demandas mais citadas destacam-se aquelas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas; questões de depressão e ansiedade relacionadas, na visão dos profissionais, a problemas sociais; assim como queixas menos delimitadas.

Nosso problema hoje é ansiedade e depressão, por causa do que, problemas sociais principalmente. Então, a gente tem um município aonde que a oferta de emprego é pouca, né? (GF Município 6).

Demandas em saúde mental relacionadas aos impactos de desastres naturais também foram citadas, visto que alguns municípios tinham sido atingidos por enchentes no período em que a coleta de dados era realizada. Outra demanda explicitada, porém, em menor parte dos grupos, é a de sofrimento e suicídios relacionados ao cultivo de fumo, presente em alguns municípios da região. Em relação ao sofrimento psíquico infantil, os relatos são de que a demanda não costuma chegar na atenção básica, ficando concentrada nos Conselhos Tutelares, na Assistência Social e na Educação. Outro aspecto citado em um dos municípios está relacionado às demandas de saúde mental endereçadas pelas gestantes, principalmente no que diz respeito a não aceitação da gestação, demandando cuidados em saúde mental.

Uma das profissionais refere que houve uma ampliação do chamado campo da saúde mental nos últimos anos. Essa percepção também foi relatada no GF do município 5, que contrasta com o que foi expresso no GF do município 1, onde aparece a associação do chamado “usuário da saúde mental” à crise e agressividade, expressando uma noção mais estreita do conceito.

Que nem a S. falou, os surtos estão todos controlados né? E dificilmente a gente pegue um paciente que tá quebrando casa, que tá agredindo alguém, isso é raro. (GF município 6).

E quando a gente entrou aqui na saúde, eu entrei há 11 anos atrás, é... saúde mental era outra coisa (...) era internar e pronto! (...) Hoje não, saúde mental é diferente, envolve muita coisa né?! Porque, hoje, a gente vê saúde mental como o bem-estar físico e mental de uma pessoa (...) (GF Município 5).

O uso de medicação controlada também apareceu como um aspecto que define o “usuário de saúde mental”.

Eu acho que o paciente de saúde mental é aquele que toma o medicamento controlado, independente que tipo de medicamento que seja (GF Município 4).

Ainda em relação à dimensão conceitual, profissionais participantes do GF do

município 3 e 6 afirmaram a existência de uma cisão entre saúde física e mental, podendo produzir negligência no atendimento à saúde.

Ai minha barriga, minha barriga! Ouvi profissionais falando: que dor de barriga, nada! Ele tá alucinando! Então é muito difícil, sabe? Tanto profissionais, nós as enfermeiras, quanto os médicos, associar a parte clínica com a parte mental, aí eles acham que tudo é parte mental, sabe? (GF Município 3).

Ações de saúde mental na atenção básica

A Tabela 2 apresenta as ações de saúde mental realizadas na atenção básica, com marcação daquelas que as equipes de cada município relataram, de forma espontânea, estar realizado no momento do estudo.

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
Mapeamento	X								
Grupos							X		
Reuniões e palestras		X							
Orientações		X		X			X		
Visitas domiciliares		X					X		
Controle de medicação (ACS)		X		X		X	X		
Triagem			X						
Dispensação de medicações			X						
Atendimento individual (Psicologia)						X			
Dia específico da Saúde Mental		X				X			
Escuta					X		X		
Conversa		X		X	X				
Encaminhamentos					X				
Busca Ativa							X		
Acolhimento					X	X			
Tratamento ambulatorial							X		
Ações preventivas								X	

Tabela 2 – Ações de Saúde Mental desenvolvidas na Atenção Básica dos municípios.

Fonte: Os autores.

Em um dos municípios, observa-se que a compreensão acerca da escuta e acolhimento como ferramentas de trabalho em saúde mental foi desenvolvida a partir de processos formativos. Dessa forma, a partir de ações de formação continuada, as profissionais conseguem nomear muitas das ações que já faziam em saúde mental, as reconhecendo, qualificando e reafirmando a sua importância nesse contexto.

E, na verdade, a gente não tinha consciência que a gente estava fazendo saúde mental, né? Aí depois desse desse curso que a gente tá fazendo agora com a (...), no Caminhos do Cuidado, então daí a gente começou a se tocar, assim, “puxa! mas nós já fazemos isso a tanto tempo, né? (GF Município 5).

Além disso, os profissionais consideram que todos fazem saúde mental, não estando centralizada a demanda na figura da psicóloga de referência.

Todo mundo que tá dentro da equipe faz saúde mental, não é só a D. que faz saúde mental. Eu trabalho ali na farmácia, eu converso, eu vejo eles né, a V. faz vacina, ela faz curativo, então você tá fazendo saúde mental às vezes mais até que um outro profissional (GF Município 5).

Desafios da saúde mental na atenção básica

Em relação aos processos de trabalho na atenção básica, destaca-se a demanda por uma alta produtividade e o desafio de receber demandas diversificadas, por constituir-se como uma das principais portas de entrada do SUS.

Não é que eu não acho que seja importante, mas cidade pequena que que acontece: eles querem saber de números né, quantas consultas, quantos atendimentos, quantos, quantos, quantos... A secretaria fala assim “agora tem bastante” (GF Município 7).

Eu acho que o paciente de saúde mental, ele exige um tempo da gente! E às vezes a gente não tem essa dedicação com esse paciente, entende? Por isso que às vezes a gente acaba deixando pro [serviço especializado municipal]! Tá lá no [serviço especializado municipal] que conta, tem alguém que cuida!” (GF Município 3).

Em um dos municípios, as profissionais referiram que as consultas médicas e de enfermagem na atenção básica são agendadas a cada 20 minutos e consideram que este tempo é insuficiente para o atendimento de demandas em saúde mental.

Outro aspecto destacado pelos participantes de seis dos nove municípios foi referente ao que consideram uma elevada dispensação de medicação psicotrópica. Os profissionais também relatam práticas de compartilhamento de medicação entre usuários e entendem que isso gera uma demanda à equipe de saúde em relação ao medicamento experimentado.

E tem familiar que toma o medicamento do paciente, se tá junto toma (...) vamos tomar o Diazepam, umas gota, né? E daí se com o medicamento ele se sentir que fico um pouco melhor (...) mas quando eles percebem uma melhorinha, daí eles começam a tomar junto (GF Município 2).

Por outro lado, também mencionam a banalização da prescrição de psicofármacos. No município 3 foi relatado que, algumas vezes, o enfermeiro é quem preenche a receita e o médico apenas assina, sem a realização de consulta médica. Um dos motivos alegados pelos profissionais para que o tratamento seja centrado na medicação é a falta de tempo,

como já mencionado anteriormente.

Às vezes vem com a queixa de uma tristeza, o médico já dá a medicação. (...)
Tinha que conscientizar os médicos mesmo (GF Município 5).

Então, eu acho que através disso também poderia se fazer um trabalho um pouco melhor com o paciente, tirando a medicação e um pouco mais de terapia, é, conversando, dando a atenção necessária que o paciente precisa, poderia diminuir um pouco da medicação, mas o tempo hábil pra isso não tem, então tem que dar a medicação pro paciente pra que ele melhore, em vez dele ser ouvido (GF Município 6).

4 | DISCUSSÃO

Entre as demandas mais citadas destacam-se aquelas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, corroborando os achados de outros autores (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; VECCHIA; MARTINS, 2009; CAMPOS JUNIOR; FORTES et al., 2014; AMARANTE, 1996).

Observa-se que parte das demandas identificadas pelas equipes estão relacionadas a um diagnóstico, relacionado a um transtorno mental, enquanto outras demandas estão relacionadas a situações de crises do ciclo de vida ou crises acidentais, demandando acolhimento e apoio por parte das equipes. Há também demandas que correspondem ao chamado sofrimento difuso, caracterizado por

queixas inespecíficas, como dores de cabeça e no corpo, insônia, nervosismo, problemas gástricos e estados de mal-estar não classificáveis nos diagnósticos médicos ou psiquiátricos, cujas múltiplas raízes podem se encontrar nas relações sociais, familiares, laborativas ou econômicas (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008, p. 286).

Cabe destacar que as demandas de saúde mental apresentadas possuem grande amplitude e complexidade, necessitando de intervenções pautadas nas abordagens psicossociais.

Segundo Amarante (2007, p.18), “na prática assistencial, até muito pouco tempo atrás, trabalhar ‘na saúde mental’ significava dizer que se trabalhava com doenças mentais, com hospícios”. As demandas listadas pelos profissionais expressam ora o discurso que resume a saúde mental aos transtornos mentais, ora um discurso que amplia a compreensão da saúde mental. Ainda, segundo o mesmo autor, quando nos referimos a saúde mental, ampliamos o conceito e entramos num campo interdisciplinar e polissêmico. A ampliação do campo da saúde mental permite aproximá-la da compreensão de que se trata de uma dimensão indissociável da existência humana, remetendo aos aspectos subjetivos e de produção de sentidos inerente aos processos de saúde-adoecimento.

Apesar das crises, agitações psicomotoras ou de atos agressivos poderem compor

alguns quadros na atenção em saúde mental, chama a atenção quando são colocadas como a primeira imagem que se tem na associação à palavra “saúde mental”, visto que se restringem a momentos específicos e dizem respeito a uma parcela específica das vivências de sofrimento psíquico.

Dessa forma, é fundamental destacar que existem dois discursos que estão em tensionamento: um que tende a restringir e estigmatizar e outro que tende a ampliar a saúde mental, apontando que a dimensão teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica vem se desdobrando de forma heterogênea. Segundo Amarante (2007), o processo de reforma psiquiátrica se desdobra em dimensões, sendo que uma dessas dimensões é a teórica-conceitual. Segundo o autor, para que a reforma tenha êxito, é necessário não apenas uma mudança dos pontos de atenção (que corresponde a dimensão técnico-assistencial), mas também do arcabouço conceitual que fornece subsídio para o desenvolvimento de ações no território sob o viés psicossocial.

Torna-se necessária a superação da dicotomia saúde mental e saúde física, visando a construção de uma perspectiva da integralidade que expressa “um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas” (PINHEIRO; MATTOS, 2006, p. 46), as quais se voltam a uma visão de saúde e de sociedade. Alves (2006), afirma que a integralidade se relaciona com os conceitos de inclusão, exclusão, seleção e cobertura, sendo assim, composta de vários aspectos no cuidado em saúde.

Em relação às ações desenvolvidas nos municípios, chama a atenção que são diversas (no conjunto dos municípios), mas por vezes restritas (quando os municípios são analisados individualmente). Há municípios que identificaram até 7 ações, enquanto há municípios que identificaram apenas uma ação. Entre as diretrizes da atenção psicossocial (Costa-Rosa, 2000), está a diversificação de ações, visando ampliar o acesso e prestar atendimento a diferentes públicos e demandas.

Evidenciou-se que alguns profissionais pensam as ações de saúde mental em todo o processo que o sujeito permanece na unidade, através de tecnologias leves de cuidado (MERHY, 2002), as quais são essencialmente relacionais. Os relatos indicaram que a escuta é realizada por diferentes profissionais, a partir de diferentes posições de saber.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010, p. 11) coloca o acolhimento como uma de suas diretrizes, sendo definido como uma “ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços”. Outra diretriz é a clínica ampliada, que “é uma ação em saúde, que vai além de um atendimento realizado por um profissional (...) Significa, portanto que as pessoas são vistas de forma ampliada e que não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras” (BRASIL, 2010, p. 12). E um dos dispositivos que realiza a efetivação dessa forma de clínica é a escuta, que é acolher todo o conteúdo da fala do usuário, mesmo que, à primeira vista, não se relacione diretamente com as questões de seu tratamento.

Destacam-se dois desafios que constituem a relação da saúde mental com a atenção básica. O primeiro diz respeito aos processos de trabalho na atenção básica e o segundo se refere a centralidade do uso da medicação como recurso terapêutico.

Ficou evidente que há uma demanda da gestão pela produção de números na atenção básica, sobrepondo-se a qualidade e/ou avaliação da efetividade dos atendimentos. Estes aspectos contribuem para a conformação da lógica procedimento-centrada (MERHY, 2002), que retira o usuário do foco da atenção e reduz as possibilidades de uma atenção integral.

A existência de uma cultura que relaciona o uso das medicações a eficácia terapêutica produz uma elevada demanda por parte dos usuários. Tal percepção é corroborada por Bezerra et al. (2014, p.65), os quais afirmam que, na perspectiva dos usuários, “o acesso ao remédio, de forma gratuita, representa o indicador de resolubilidade do cuidado, satisfação com o tratamento recebido e única alternativa para “ficar bem”.

Tais questões podem indicar o processo de medicamentação, expressa na prescrição e no uso de medicamentos como única ou principal terapêutica possível de responder às situações da vida cotidiana, entendidas como enfermidades psíquicas (BEZERRA et al., 2014).

É importante considerar que a centralidade das terapêuticas medicamentosas está atrelada ao modo asilar de atenção. Segundo Costa-Rosa (2000, p. 152), o modo-asilar é focado sobre as determinações orgânicas do processo de adoecimento, tornando a via medicamentosa seu meio básico, com pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito (...) o que implica que não se invista na sua mobilização como participante ativo do tratamento (no máximo chega-se a recorrer ao indivíduo), está-se ainda com a hipótese de que quem trabalha basicamente é o remédio”.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados produzidos neste estudo indicam a existência de diferentes modos de estabelecer interfaces da saúde mental com a atenção básica, a partir da realidade de cada município. Apesar da política pública ter um caráter universalizante, cada município se apropria dela de um modo singular.

A análise das demandas identificadas pelas equipes e das ações desenvolvidas possibilita compreender como os modos asilar e psicossocial se expressam, às vezes com maior ênfase no primeiro modelo, outros no segundo.

A escuta, o acolhimento, a concepção ampliada de saúde mental e de clínica, o trabalho em equipe e com inserção territorial, a diminuição da demanda para especialistas e para hospitalização, são ações que convergem para o modo psicossocial. Por outro lado, as concepções mais restritas de saúde mental (geralmente vinculadas à crise, agressividade, etc), a utilização da medicação como único ou principal dispositivo de cuidado, o trabalho

fragmentado, a demanda por especialistas e para o lugar da internação, convergem para a o modo asilar.

Diante disso, concluímos que a inserção da saúde mental na atenção básica possui um duplo desafio. O primeiro diz respeito ao reconhecimento da atenção básica, por parte das gestões municipais e dos profissionais que nela atuam, como um dos pontos de atenção em saúde mental. O segundo desafio diz respeito à implementação das ações segundo uma perspectiva psicossocial, ressaltando a integralidade da atenção e a valorização de ferramentas como o vínculo, a escuta e a clínica ampliada.

Nesse sentido, o compartilhamento de análises envolvendo diferentes municípios expressa a diversidade de possibilidades de relação da saúde mental com a atenção básica, assim como a necessidade da problematização constante dos modelos de atenção e seus possíveis efeitos.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R;

MATTOS, R. A. de (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 171-180.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BEZERRA, E; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 ago 2018.

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.18, n.48, p. 61-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Seção 1. p. 230-232. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Circular Conjunta n.º 01/03, de 13 de novembro de 2003. Brasília. 2003. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.pdf>> Acesso em: 9 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica*. 2017 . Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: o que é, como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 72p. Disponível em: <http://www.redehumanizadas.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf>. Acesso em: 5 de nov. 2018.

CAMPOS JUNIOR, A; AMARANTE, P. D. de C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 425-435, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400425&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2018. .

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 141-168.

Departamento de Atenção Básica (DAB). <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *IBGE traça o perfil administrativo de todos os municípios brasileiros*. 2001.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS*, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/342/120>. Acesso em: 26 de abril 2018.

LANCETTI, A. Notas sobre clínica e política. *Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 67-69, 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000300067&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 de set 2018.

LUZIO, C. A; L'ABATTE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 105-116, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 de set. 2018.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª edição. São Paulo: Hucitec, 2008.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

VECCHIA, M. D; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2018.

CAPÍTULO 16

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 02/12/2020

Andreлина Jovina Rosa

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Luciana Maria da Silva

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Paula Roberta da Silva

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

RESUMO: Introdução: O suicídio é um grave problema de saúde pública, ao passar do tempo cresce os números de notificações por mortes suicidas entre jovens de 15 a 29 anos, sendo os mais propensos diante da sociedade, segundo a (OMS), estimam-se mais de 800 mil pessoas anualmente, esse número vem se multiplicando a cada ano. **Objetivo:** Analisar a importância do enfermeiro na prevenção de incidência de suicídio e identificar os meios adotados para prevenção a partir da literatura e dos critérios adotados. **Método:** Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura, onde foram usados as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILACS (Literatura Latina Americana de Ciências de

Saúde), Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS) e BDEF (Banco de dados de Enfermagem). Nos critérios de inclusão foram eleitos artigos que explanassem a temática sobre o suicídio e a importância do profissional de enfermagem no papel preventivo. Além disso, foi priorizado artigos no idioma português, na modalidade original, em textos completos. Os critérios de exclusão foram: livros, dissertações, teses, artigos de revisão integrativa, resumos e publicações superiores a 10 anos. **Resultados:** O suicídio tem sido um dos maiores causadores de mortes em todo mundo, onde acomete pessoas de todas idades, sexo, raça e escolaridade. A detecção é realizada de uma forma precisa, pois varia de pacientes para pacientes. Desta forma, a abordagem humanizada pelos profissionais tem sido um diferencial para atuar com as medidas de intervenções prioritárias, onde muitos sofrem por não serem adicionados ao processo de tratamento, por se sentirem diferentes e menosprezados diante da sociedade. Os profissionais qualificados acolhem e proporcionam um acompanhamento distinto e eficaz, desde as buscas desses pacientes até o tratamento dos mesmos, contribuindo para uma melhoria de vida e prevenção de supostos suicídios. **Conclusão:** O desenvolvimento de métodos inseridos pelos profissionais durante todo atendimento, tem contribuído de forma criteriosa como uma barreira de prevenção contra essa doença causadora de inúmeras mortes, atuando como um forte declínio para o surgimento de novos casos.

PALAVRA-CHAVE: Suicídio; Tentativa de Suicídio; ideação Suicida; Enfermagem.

THE IMPORTANCE OF NURSES IN SUICIDE PREVENTION: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Suicide is a serious public health problem. As time goes on, the numbers of notifications for suicide deaths among young people aged 15 to 29 grow, being the most prone to society, according to WHO, estimates more than 800.000 people annuals, these numbers are multiplying each year. **Objective:** Analyze the importance of nurses in prevention the incidence of suicide and identify the means adopted for prevention from the literature and the criteria adopted. **Method:** This is a study of Integrative Literature Review, where were used following databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILACS (Latin American Literature os Health Sciences), Virtual Library in Health of the Ministry of Health (BVSMS) and BDNF (Database of Nursing). In the inclusion criteria in suicide were ellected articles explaining the suicide and the importance os nursing professionals on the preventive paper. In addition, articles in the Portuguese language were prioritized, in the form of original, in full text. The exclusion criteria were: book, dissertations, theses, integrative review articles abstracts and publications greater than 10 years. **Results:** Suicide has been one of the major cause of death all over the world, affecting people of all ages, sex, race and schooling. The detection is performed in a precise way, as several patients to patients. In this way, the humanized aproch by professionals has been a differential to act with priority intervention measures, where many suffer from not being added to the treatment process because they feel different and despised by society. The qualified professionals welcome and provide a distintc abd efetive follow-up, since the search for those patients up to their treatment in life and prevention of alleged suicides. **Conclusion:** The development oh methods insert by professionals throughout the service has contributed in a way as a prevention barrier against this disease causing countless deaths, acting as a strong decline for the emergence of new cases.

KEYWORDS: Suicide; Suicide Attempt; Suicidal Ideation; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Suicídio é um acontecimento antigo que está presente em todas as regiões do mundo e perpassa os séculos. Uma trajetória de desfecho triste, marcada por um enorme sofrimento que a pessoa carrega consegue. Desta forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera o suicídio como ato deliberativo de matar a si mesmo¹.

O suicídio, grave problema de saúde pública é visto ainda pela sociedade como covardia, debilidade, loucura, tabu, estigma que dificulta ser tratado abertamente pela sociedade, prejudicando a efetividade de ações preventivas. Além disso, o suicídio é um problema de esfera multifatorial, onde o sofrimento é algo central, bem presente nos indivíduos que tentam pôr fim a sua vida. Para tal, deve ser compreendido e considerado as situações do cotidiano que apontam maiores riscos para o desenvolvimento do comportamento suicida².

O cenário de suicídio é uma realidade complexa que vem aumentando os índices no Brasil e no Mundo. Afeta pessoas de diferentes idades, sexo, origem e classes sociais.

Entretanto, os fatores de risco para o suicídio são: fatores sociodemográficos, individuais (tentativas prévias de suicídio, transtornos mentais),

Ambientais, psicológicos e estressores (acesso a método de suicídio, separação conjugal, perda de emprego, história familiar de suicídio) ³.

A organização Mundial da saúde (OMS), estima que anualmente mais de 800 mil pessoas morram por suicídio, o que representa 1,4% de todas as mortes no mundo, sendo em 2012, a 15ª causa de óbitos na população geral, e segunda entre jovens de 15 a 29 anos¹. O perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio no Brasil, entre jovens de 15 a 29 anos analisados nos anos de 2011 a 2018 revelam que teve aumento de notificação de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídios nessa faixa etária mencionada, onde em 2011 a taxa era 18,3 e foi elevada para 39,9 em 2018 ⁴.

O processo de melhoria, das políticas de saúde vem ganhando cada vez mais força, ao longo dos tempos. Em 2019 o Brasil institui a política Nacional de Prevenção da automutilação e do suicídio, através da elaboração da mais recente lei nº 13.819/2019, trazendo estratégia permanente para prevenção e tratamento, sendo implementadas entre as três esferas de governo, em cooperação com sociedade civil e instituições privadas ⁵.

O profissional de enfermagem, membro de uma rede multiprofissional que engloba cuidados de saúde nos setores em que a pessoa esteja inserida, deve prestar boa assistência, acolhimento, escuta, acionar fontes de apoio, verificar o tratamento adequado ao quadro clínico e preencher a ficha de notificação compulsória. Tais medidas de prevenção e recuperação adotadas pelas equipes multiprofissionais contribuem para a redução da ocorrência de suicídio. Desta forma, identificar e intervir adequadamente perante as pessoas com comportamento suicida é primordial para prevenir os suicídios. Com isso, vale compreender que a Organização Mundial da Saúde explica o comportamento suicida como ideação suicida, planejamento suicida, tentativa e consumação do suicídio em si ¹.

Perante a complexidade da temática, este estudo quer analisar a importância do enfermeiro na prevenção de incidência de suicídio e identificar os meios adotados para prevenção e além disso, analisar a qualidade da assistência da enfermagem frente ao paciente com comportamento suicida e aqueles que tentaram suicídio. Com isso, se faz necessário um olhar amplo do profissional de enfermagem nos múltiplos espaços em que estiverem inseridos, bem como a conscientização da população, para as manifestações de comportamentos suicidas e através disto, ter o manejo efetivo, atentando para uma atenção específica com a finalidade de reduzir os índices de suicídios.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura, onde observamos nas produções previamente publicadas os conhecimentos sobre a temática em questão

nos últimos dez anos. Com o intuito de aumentar a reprodutividade e a transparência, a presente revisão integrativa adotou métodos explícitos e informaram as bases de dados, termos empregados e critérios de elegibilidade.

A revisão integrativa está baseada nos seguintes passos: pergunta norteadora, levantamento e amostragem na literatura, coleta de dados, análise dos estudos elegidos, discussão dos resultados, conclusão da revisão.

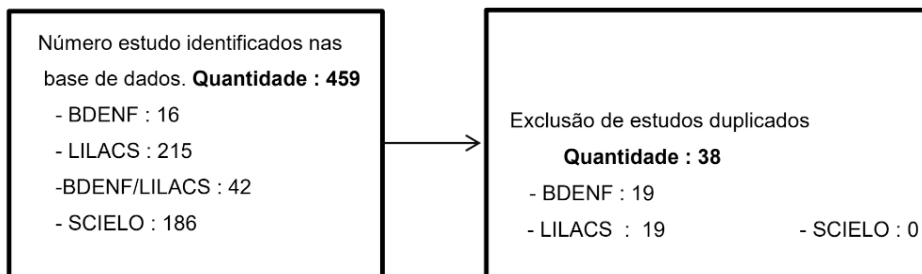
A pergunta norteadora da pesquisa foi: Qual a importância da enfermagem na prevenção do suicídio?

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os anos de 2010 até o mês de outubro do presente 2020, optou-se pelas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILACS (Literatura Latina Americana de Ciências de Saúde) e BDEF (Banco de dados de Enfermagem). Na estratégia de busca para selecionar os artigos foram utilizados os seguintes descritores: “Suicídio”, “Tentativa de Suicídio”, “ideação Suicida” e “Enfermagem”, indexados no DeCS (descritores em Ciência da Saúde).

Na pesquisa, empregamos filtragem metodológica, após leitura de títulos, resumos e leitura integral dos artigos, foram selecionados 10 artigos finais.

Como critérios de inclusão elegeram-se artigos que explanassem a temática sobre o suicídio e a importância do profissional de enfermagem no papel preventivo. Além disso, foi priorizados artigos no idioma português, na modalidade original, em textos completos, nas bases de dados anteriormente mencionadas. Os critérios de exclusão foram: livros, dissertações, teses, artigos de revisão integrativa, resumos e publicações superiores a 10 anos.

3 | RESULTADOS



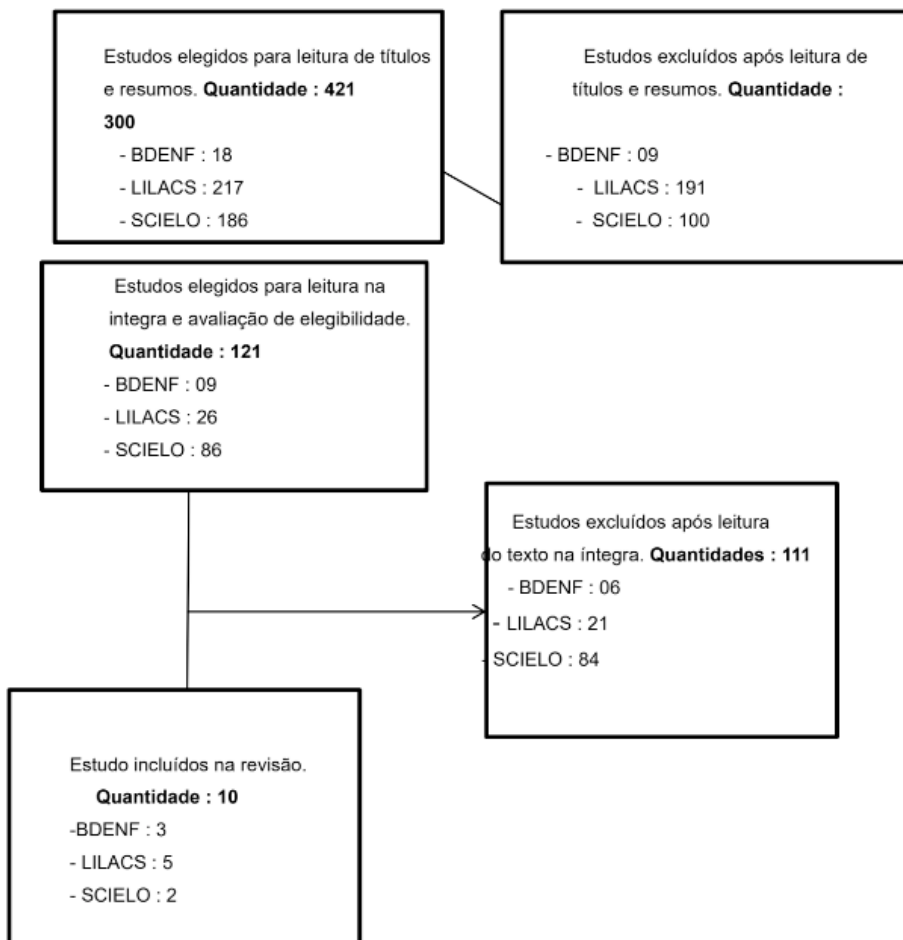


Figura 1 Fluxograma dos artigos utilizados nos resultados.

No quadro abaixo encontramos dez artigos finais contendo autores, títulos, objetivos, resultados e ano de publicação. Apresentando os relevantes resultados para essa pesquisa, onde está exposto: Tentativa de suicídio, Prevenção do suicídio, Ideação suicida e Enfermagem, Suicídio, Preconceito sobre a doença, Detecção da doença e acompanhamento profissional.

Autores	Título do artigo	Objetivos	Resultados	Ano
Conte ⁶ Meneghel Trindade Cecon Hesler Cruz Soares Pereira Jesus	Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do Sul do Brasil	Tem como objetivo identificar pessoas em situações vulneráveis, incluindo ações que venham melhorar as condições de vida dessas pessoas em risco de suicídio.	Segundo a Organização Mundial de Saúde os índices de mortalidade por suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos foram implantados no Brasil pelo Ministério da Saúde a Estratégia Nacional para Prevenção do suicídio, com o intuito de diminuir os índices de casos por suicídio.	2012
Reisdorfer ⁷ Araujo Hildebrandt Gewehr Nardino Leite	Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida	Analisar as práticas e estratégias e conhecimentos dos profissionais diante dos pacientes propensos ao suicídio	Pesquisa qualitativa relacionada aos pacientes mais propensos aos riscos de suicídio, considerando a necessidade de conhecimento pelos profissionais.	2015
Koch ⁸ Oliveira	As políticas públicas para prevenção de suicídios	Diante do alto número de óbitos suicida, houve a formulação de políticas públicas, para um acompanhamento eficaz nas informações e luta contra o suicídio.	Os programas e políticas públicas existem há cerca de anos, onde desde então ainda mostra falha em seus resultados segundo estudo, devido as adversidades culturais, tornando o ato suicida uma forma mais difícil de ser estudada e avaliada, a eficiência desses programas permitiria uma atenção priorizada e eficiente a esses pacientes.	2015
Liba ⁹ Lemes Oliveira Nascimento Fonseca Volpato Almeida Cardoso	Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós- tentativa de suicídio	A finalidade maior é acompanhar criteriosamente o desempenho dos profissionais na atenção e acolhimento dos mesmos.	Uma boa parte desses profissionais são jovens e por isso houvesse uma percepção maior relacionado ao atendimento, garantindo uma assistência de qualidade.	2016
Silva ¹⁰ Carvalho Magalhães Junior Sousa Moreira	Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio	A importância maior é a autêntica capacidade que o profissional enfermeiro tenha para desenvolver métodos que venham detectar precocemente o suicídio em uma atenção humanizada.	O acolhimento é multiprofissional, mais o enfermeiro tem um papel importantíssimo onde sua total assistência também depende de uma boa estrutura, para melhor ser os resultados e acompanhamentos desses pacientes .	2017
Santos ¹¹ Azevedo Silva Barbosa Medeiros Valença	O olhar do enfermeiro emergêncista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório	O enfermeiro tem que ter um olhar preciso e foco na abordagem desses pacientes com referência psiquiátrica, setor de emergência é considerado de atendimento primário nos casos de emergências. Dessa forma a boa prática de acolhimento influenciará no processo de recuperação dos pacientes, resultando em positividade.	A contribuição do profissional em emergências psiquiátricas tem sido desafiadora, os estudos mostram uma deficiência nas urgências nos atendimentos e abordagens a esses pacientes vítimas de suicídio, há a necessidade de mais treinamentos para esses atendimentos.	2017

Fernandes ¹² Lima Silva	Escuta terapêutica como estratégia de prevenção ao suicídio: relato de experiência	A escuta terapêutica é um método preventivo, pois sua finalidade é fazer escutar o paciente, suas dores, observar comportamento, compreender seus julgamentos, e angústias. O objetivo do enfermeiro é organizar todos os dados colhidos para fortalecer os fatores de proteção e direcionar ao tratamento correto.	Esse método tem tornado mais fácil a detecção pelos profissionais, pois a escuta terapêutica relata todos índices de formas psiquiátricas, abrindo caminhos para o tratamento adequado.	2018
Silva ¹³ Nóbrega Oliveira	Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida	A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma proposta do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo total a participação da equipe multidisciplinar para a realização de estratégias, acolhimento e acompanhamento aos pacientes com transtornos mentais.	Demonstra-se uma grande dificuldade dos profissionais de saúde e equipe em geral de apresentar planos operativos para tal problema. O uso de critérios para classificar os níveis de riscos de suicídios, baixo médio e alto, desta forma o direcionamento especializado torna-se comprometido.	2018
Sousa ¹⁴ Sousa Carvalho Amorim Fernandes Coelho Silva	Prevenção ao Suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros	A atenção básica como atenção primária torna-se prioritária no desfecho e acolhimento, onde o enfermeiro tem o foco principal em usar métodos e práticas de atendimento para detectar e acompanhar esses pacientes vulneráveis.	Há uma forte resistência desses pacientes em procurar atendimentos na fase inicial, por se sentirem julgados, tristes e com vergonha da família e amigos. São possíveis fatores que contribuem para um comprometimento mental, levar a possível ato suicida, por dificultar atendimento profissional.	2019
Pessoa ¹⁵ Freitas Melo Barreto Melo Dias	Assistência de enfermagem na Atenção Primária à saúde de adolescentes com ideias suicidas	Não é fácil a fase de transformação na adolescência, pois passam por muitos processos comportamentais, e o objetivo do Enfermeiro é desempenhar a importante função de trabalhar de forma holística nas consultas, contribuindo para a prevenção de mortes suicidas.	Desta forma, é desafiador todo o processo desde o acolhimento até o tratamento. Nesses casos o fundamental e, diferencial por parte dos profissionais, é ter um manejo adequado.	2020

4 | DISCUSSÃO

O suicídio, presente a nível mundial, desde a antiguidade, vem crescendo os casos. Tendo em vista esta realidade, permeada de tabus e preconceitos onde requer destaque e atenção por parte dos profissionais de saúde, com ênfase no enfermeiro que tem suma importância para prevenir, intervir e oferecer assistência para as pessoas com comportamento suicida¹⁴.

Estudos demonstram a importância da detecção dos fatores de risco, que são classificados em predisponentes (estado civil, isolamento social, história familiar de

comportamento suicida, presença de doenças físicas, abuso de nível físico, emocional e sexual, homossexuais e transexuais), além disso, os fatores precipitantes (gravidez indesejada, vergonha, situação financeira instável, ruptura amorosa, rejeição afetiva e estressores). Entretanto, é unânime que pessoas que fazem uso de álcool e drogas e que apresentam transtornos mentais estão mais suscetíveis ao risco suicida^{3,12}.

No entanto, a sociedade contribui muito para a não realização de cuidados de uma grande demanda desses pacientes, pois os mesmos chegam a se sentir desvalorizados e intimidados, onde muitos não suportam tanto tempo sem tratamentos, chegando a ter surtos e atentar contra a sua própria vida. A participação familiar aumenta as chances de prevenção de mortes. Contudo, a enfermagem compartilha de todo apoio e acompanhamento, direcionando para os centros de apoio nos casos mais graves⁹.

As tentativas de suicídio precisam ser encaradas com seriedade, ou seja, é um sinal de alerta. Estimativas indicam que as tentativas de suicídio superam a quantidade de suicídios consumados em 10 vezes. Todavia, a atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) que possibilita o acolhimento e o vínculo de confiança frente às necessidades da população. Para tanto, é necessário que os enfermeiros identifiquem o mais breve possível o comportamento suicida dos pacientes e os serviços de saúde aptos para promover a resolutividade¹⁰.

A Atenção Primária a Saúde faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desta forma trabalham em conjunto para melhor atendimento, diante das demandas nas Unidades básicas de saúde (UBS), os profissionais enfermeiros devem estar dispostos para o atendimento, junto a equipe multidisciplinar que deve estar em total confiança de métodos e habilidades para detectar as possíveis causas de tentativas de suicídios¹⁵.

Analisando a atuação de enfermeiros de atenção básica foi percebida a necessidade de articular uma rede de cuidados e suporte familiar que contribua no enfrentamento de situações conflitantes e no diálogo familiar com o objetivo de amenizar os fatores estressores e os desentendimentos familiares a partir de estratégias preventivas. Além disso, o referencialmente é uma medida de cuidado adotado pelos enfermeiros frente ao paciente com sofrimento ou ideação suicida. As Redes de atenção à Saúde é também um fator de proteção, pois ao detectar o paciente com comportamento suicida são acolhidos e referenciados aos serviços especializados¹⁴.

Diante de atendimentos suicidas em emergências hospitalares, há uma tensão maior pois o paciente chegou a um ponto mais extremo, com isso o atendimento precisa ser rápido e eficaz, pois o mesmo tentou sobre sua própria vida. Percebe-se quadros de revoltas, angústias, onde a morte é encarada como a única solução para acabar com todo sofrimento psíquico. Por outro lado, o profissional precisa prestar uma assistência conforme a demanda do paciente, se atentando ao acolhimento, passando segurança para o paciente, conseqüentemente contribuir de uma forma positiva diante de cada caso, garantindo a continuidade da assistência a partir da notificação compulsória imediata⁷.

Estudos corroboram apontando uma certa falta de destreza, dos profissionais de saúde, que prestam os primeiros cuidados aos pacientes sobre os riscos suicidas, essa falta de habilidade e manejo contribuem para uma negligência perante ao paciente, pois o atendimento se restringe apenas aos cuidados clínicos e físicos sem ofertar tratamento a parte psíquica do paciente¹¹. Entretanto, se percebi que a falta de capacitação e treinamento sobre a temática do suicídio para os profissionais de enfermagem é algo prevalente nos estudos. Ressaltamos a importância da capacitação para saber atuar perante os casos de tentativas de suicídio e suporte dos gestores para realizar um atendimento integral e efetivo as pessoas com ideia suicida a partir de planejamento e implementação de ações¹⁴.

Entretanto, tem sido bem desafiador para os enfermeiros lidar com a questão do suicídio, onde compromete o desfecho do tratamento e acompanhamento. Nesse sentido, a carência de informações, treinamentos e conhecimentos específicos acarretam falhas e insegurança nos cuidados prestados, pois, a detecção, o referenciamento e a contra referência não são realizados de modo adequado⁷.

Os profissionais de saúde devem estar sempre se atualizando para manter um atendimento eficiente para esses casos, o enfermeiro tem uma responsabilidade importante, pois durante o atendimento a esses pacientes é primordial conhecer as causas, riscos, fatores, e demais problemas que possam vir a atingir a integridade do paciente. A Qualificação do profissional enfermeiro é primordial em todas as áreas e falando de doenças psiquiátricas, há um maior cuidado em desenvolver esse atendimento⁷.

A escuta terapêutica tem um papel relevante, pois o paciente percebe a tamanha importância de um acompanhamento, um olhar aberto do profissional soluciona uma parte da demanda de casos críticos de tentativa de suicídios. São vários casos que se recebem durante os plantões, onde já são pacientes reincidentes⁹. Nessa perspectiva, o acolhimento é uma forma de atender o paciente quer seja no início ou durante todo processo de acometimento, onde o enfermeiro coloca suas habilidades e práticas, oferecendo apoio, segurança, desenvolvendo vínculos, onde o mesmo venham se sentir seguros e confiantes para compartilhar ideias, fragilidades, problemas que surgiram e que estão acometendo o equilíbrio emocional¹⁵.

O enfermeiro ao planejar ações preventivas voltadas ao suicídio, acolhendo as pessoas com uma escuta qualificada que permite avaliar o grau de risco e tomar as devidas condutas, contribui para eficácia na prevenção do suicídio. Estudos evidenciam que mais de 75% das pessoas vítimas de suicídio buscaram um serviço de saúde no ano em que se deu a consumação do suicídio. Isto mostra o quanto é importante o enfermeiro está treinado para atuar de forma efetiva na detecção de comportamento suicida e acionar as redes de cuidados junto à família. É necessário compromisso e articulações do setor saúde nesta luta, a fim de reduzir os casos¹⁰.

A literatura mostra que a capacitação de toda equipe de saúde é fundamental para o correto manejo do paciente frente ao comportamento suicida. Todavia, o despreparo da

equipe contribui para o agravamento da situação clínica e afastamento do usuário aos serviços de saúde. É necessário portanto, educação e capacitação dos profissionais em prol da prevenção do suicídio, adotando técnicas de acolhimento e escuta¹³.

Nos últimos anos foram implantados programas e políticas com o propósito de prevenção ao suicídio, o que possibilita uma melhoria no atendimento e conseqüentemente uma qualidade de vida para os usuários⁵⁻⁶.

Em contra partida, as abordagens mencionadas anteriormente, necessita ampliar a visão, pois estudos demonstram que é necessário se atentar para as formas mais utilizadas na prática do suicídio. Isto requer uma análise a partir da cultura, do gênero e da faixa etária que vai influenciar na escolha do meio letal utilizado. De modo geral o enforcamento a intoxicação por gases, a arma de fogo e o envenenamento por pesticidas são os mais adotados. O cenário de maior ocorrência para suicídio é a residência¹⁶.

É primordial enfatizar no processo de prevenção ao suicídio, os fatores de proteção para comportamento suicida, tais como: religiosidade, inserção no mercado de trabalho, não ter doenças psíquicas, saber lidar com situações de conflitos, capacidade de adaptação, sentido de pertença a uma família e contentamento com a vida³.

5 | CONCLUSÃO

O presente trabalho tem a finalidade de mostrar a importância do enfermeiro na atenção e prevenção contra o suicídio, onde vários métodos são introduzidos de acordo com a necessidade de cada paciente. O profissional de enfermagem tem uma grande importância tanto na detecção, tratamento, acompanhamento dos mesmos. Desta forma a atuação tem sido relevante na luta contra o suicídio.

A integração da equipe multiprofissional tem uma grande responsabilidade, desta forma compete os mesmos critérios para a detecção dos casos e a inserção dos métodos e práticas adquiridos, com o objetivo de garantir a efetivação de critérios perante as assistências prestadas.

É importante salientar que a equipe de enfermagem na qual está diretamente ligada ao paciente, tenha uma visão holística e desempenhadora com o apoio familiar para a detecção, atenção e humanização priorizada.

Foi compreendido que a prevenção do suicídio tem sido um processo desafiador, onde todos os dias são notificados casos de mortes por suicídio, tendo os profissionais enfermeiros um papel importante no combate de modo a alcançar todos que necessitam de acolhimento e tratamento humanizado, trabalhando para proteger a integridade dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization [Internet]. Geneva; 2014 august [cited 2020 february 20]. 7- 8 p.

Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Suicídio: Saber, agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico. [internet]. 2017. [acesso em: 2020].

Bertolote JM, Botega NJ, Santos CM. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista Brasileira de Psiquiatria. [internet]. 2010.

Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Boletim Epidemiológico. [internet]. 2019.

Brasil.Presidência da República. Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hesler L Z, Cruz CW, et al. Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do Sul do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [internet]. 2012.

Reisdorfer N, Araujo GM, Hildebrandt LM, Gewehr TR, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. Rev. Enferm. UFSM. [internet].2015.

Koch DB, Oliveira PRM. As políticas públicas para prevenção de suicídios.Rev. Brasileira de Tecnologias Sociais. [internet]. 2015.

Liba YHAO, Lemes AG, Oliveira PR, Nascimento VF, Fonseca PIMN, Volpato RJ,et al. Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós- tentativa de suicídio.Journal Health NPEPS. [internet]. 2016.

Silva NKN, Carvalho CMS, Magalhães JM, Junior JAMC, Sousa BVS, Moreira WC. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog. [internet]. 2017.

DEMANDAS PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL ENTRE TRABALHADORES DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 16/11/2020

Eliane Rosso

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Enfermagem
Guarapuava - Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-1794-2606>

Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Enfermagem
Guarapuava - Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-6131-3890>

Michele da Rocha Cervo

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Psicologia
Iraci - Paraná
<https://orcid.org/0000-0003-3523-9292>

Gustavo Zambenedetti

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Psicologia
Iraci - Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-7372-9930>

Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Enfermagem
Guarapuava – Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-7685-6679>

RESUMO: Introdução: A operacionalização da reforma psiquiátrica traz a necessidade de formação para os profissionais da rede de

saúde atuarem segundo as diretrizes propostas.

Objetivos: Este estudo buscou identificar e descrever as demandas para formação em saúde mental de profissionais da rede de saúde.

Casuística e Métodos: Trata-se de pesquisa qualitativa e transversal realizada em 17 municípios da 5ª Regional de Saúde do Paraná, cujos participantes totalizaram 91 trabalhadores, atuantes na atenção básica e em Centros de Atenção Psicossocial. Os dados foram obtidos através de grupos focais e tratados por análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados indicam dificuldades das equipes na responsabilização pelo cuidado da pessoa com sofrimento psíquico. As demandas de formação identificadas pelos profissionais são perpassadas pelo modelo biomédico, centradas no diagnóstico, no uso de medicação e no manejo da crise. **Conclusão:** Discutimos a necessidade de ampliar a formação para o cuidado integral em saúde mental, pautado nos preceitos da atenção psicossocial e reforma psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Formação em serviço; Profissionais de saúde; Saúde mental; Reforma psiquiátrica; Atenção psicossocial.

MENTAL HEALTH TRAINING DEMANDS AMONG WORKERS OF A PARANÁ HEALTH REGIONAL

ABSTRACT: Introduction: The operationalization of psychiatric reform brings the need of health professionals' training for their performance according to the proposed guidelines. **Objectives:** This study aimed to identify and describe the demands of mental health training of professionals in the health

network. **Patients and methods:** This is a qualitative and cross-sectional study conducted in 17 municipalities of the 5th Paraná Health Regional. Participants were 91 workers acting in basic care and Psychosocial Care Centers. Data were obtained through focus groups and treated by content analysis. **Results:** The results indicate the teams' difficulties in attributing the responsibility for the care of people in psychic distress. The training demands identified by professionals are included in the biomedical model, focused on diagnosis, medication use and crisis management. **Conclusion:** We discuss the need to expand training for comprehensive care in mental health based on the precepts of psychosocial care and the psychiatric reform. **KEYWORDS:** In-service training, health professionals, mental health; Psychiatric reform; Psychosocial care.

1 | INTRODUÇÃO

O campo de assistência em saúde mental tem sofrido transformações nos últimos anos, especialmente após o advento da Reforma Psiquiátrica. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), tem ocorrido progresso no desenvolvimento de políticas específicas para essa área, bem como na implementação de planos e leis. Apesar disso, ainda há "grandes desigualdades no acesso a serviços de saúde mental dependendo de onde as pessoas vivem", visto que investimento em saúde mental, principalmente em países de renda média e baixa, é considerado insuficiente (OMS, 2014).

Na década de 1970 torna-se visível o questionamento do cuidado psiquiátrico brasileiro juntamente com outros movimentos mundiais, e todos eles despontam denunciando as práticas opressoras e que ignorava os direitos dos indivíduos diagnosticados com necessidades em saúde mental (FERREIRA et al., 2017). Tem início o chamado processo de "Reforma Psiquiátrica", que consiste em uma série de reformulações do modelo de atenção em saúde mental e dos modos sociais de relação com a loucura.

Com o advento da Constituição de 1988 e a promulgação da lei 8.080/90, que instituiu e definiu os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a década seguinte (1990) foi de grande importância para mudanças na assistência as pessoas com grave sofrimento psíquico, pois tais princípios versam sobre a necessidade dos cuidados com todos os indivíduos de forma integral, igualitária, equitativa e universal; portanto as equipes de saúde passam a ter a prática do cuidado norteada para abranger aspectos físicos, psíquicos e sociais, baseada na defesa dos direitos dos cidadãos, a partir da normatização dos deveres e do compromisso do Estado com a saúde da população (AMARANTE, 2009).

Os serviços substitutivos ao modelo manicomial passaram a se organizar em redes de atenção em saúde mental, compostas por: Atenção Básica de Saúde (AB); Centros de Atenção Psicossocial (Caps); leitos psiquiátricos em hospitais gerais; oficinas terapêuticas; residências terapêuticas (BRASIL, 2013).

A AB visa propiciar a primeira entrada das pessoas ao SUS, incluindo os que necessitam de cuidados em saúde mental. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) e a Estratégia de Saúde da Família (Esf) são componentes estratégicos da AB. Estas

unidades de assistência permitem o conhecimento geográfico da população bem como possibilitam que os profissionais de saúde desenvolvam uma proximidade com os cidadãos a serem atendidos, tornando o cuidado em saúde mental estratégico. Estas características permitem que os profissionais de saúde se deparem com frequência com indivíduos em sofrimento psíquico, entretanto, esta mesma peculiaridade faz com que dúvidas, receios e dificuldades sejam suscitados nestas equipes (BRASIL, 2013; MACEDO et al., 2017). Na prática do atendimento diário dos trabalhadores em saúde ocorrem situações variadas que necessitam intervenções pontuais, pois envolvem o atendimento de pessoas em uso de medicamentos controlados de forma inadequada, drogas e álcool, egressos de internações psiquiátricas, transtornos mentais graves e situações decorrentes da violência e exclusão social (FERREIRA et al., 2017).

As equipes que compõem os Nasfs incluem profissionais das mais variadas classes profissionais, e têm por objetivo atuar integrando e apoiando as equipes das ESFs (MACEDO et al., 2017).

Já os Caps são serviços de referência em saúde mental, considerados dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica, com atendimento baseado na inclusão e interdisciplinaridade (FERREIRA et al., 2017). Os Caps podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (Caps AD) e Infanto-juvenil (Capsi), e a implantação depende do porte populacional do município e das demandas na área (BRASIL, 2011; LIMA et al., 2017).

Os serviços supracitados necessitam de profissionais capacitados para operar dentro destas novas estratégias, pois o processamento de mudanças em nível de reformulação do modelo de assistência não pode ser imposto por meio de medidas legislativas, mas sim pelas rupturas realizadas nos pequenos espaços e por meio da desconstrução do modelo manicomial fortemente arraigado nos profissionais e no senso comum (HIRDES, 2009). Para que tais rupturas ocorram, são necessárias ações de apoio e formação dos trabalhadores em saúde mental; além da garantia da supervisão clínico-institucional para as equipes (BRASIL, 2011; HIRDES, 2009).

Estudo realizado por Hirdes (2009) evidenciou que os avanços e desafios da reforma psiquiátrica apontam para a necessidade urgente da capacitação dos operadores, assim como a utilização da AB, particularmente a Esf. Brasil (2013) evidencia a necessidade de capacitação dos trabalhadores em saúde mental.

Diante disso, o objetivo deste artigo foi identificar e analisar as demandas para formação em saúde mental de profissionais de saúde que trabalham em serviços da rede de atenção em saúde nos municípios da 5ª regional de saúde do Estado do Paraná.

2 | MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa e transversal. Este estudo constitui-se como um recorte analítico da pesquisa “Componentes da Rede de Atenção à Saúde Mental: realidade

da 4ª e 5ª Regional de Saúde", financiada pelo programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: gestão compartilhada em Saúde - PPSUS. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste (parecer 79531 de 21 de agosto de 2012).

A organização estadual de assistência à saúde do Paraná atende ao princípio de descentralização do SUS e divide o território estadual em seis macrorregionais de saúde e 22 regionais, que se constituem em instância administrativa intermediária à Secretaria Estadual de Saúde, possibilitando aos municípios uma inter-cooperação (SESA, 2017).

A 5ª Regional de Saúde é formada por 20 municípios que se articulam por meio de serviços de referência e consórcios de saúde (SESA, 2017). A região compreendida possui um dos menores índices de desenvolvimento Humano no Estado (IDH) do Paraná, incluindo municípios que figuram entre os 5 menores IDH do estado (IBGE, 2015).

Para a análise realizada neste artigo foram utilizados os dados referentes aos municípios da 5ª Regional de Saúde, com exceção de dois municípios, nos quais a coleta de dados foi realizada em período posterior, devido a dificuldades de organização dos municípios para a participação na pesquisa.

A coleta de dados compreendeu o período de junho a setembro de 2014. Entrou-se em contato com os gestores e coordenadores municipais de saúde mental, os quais auxiliaram no recrutamento de participantes. Foram realizados grupos focais com profissionais da AB e grupos focais com as equipes dos serviços especializados de cada município. Os grupos focais com a AB reuniam pelo menos um profissional de cada equipe do município, indicado como sendo aquele na equipe que teria mais proximidade com a área da saúde mental.

No total, 91 trabalhadores participaram dos grupos focais. O grupo focal constitui-se como uma técnica utilizada para a entrevista de grupos, permitindo que vários sujeitos sejam ouvidos em um único momento e que os dados sejam produzidos por meio da interação entre os sujeitos de pesquisa, e entre estes e o pesquisador; desencadeando uma discussão a partir de assuntos específicos, permitindo a produção de hipóteses e teorias (KINALSKI et al., 2017).

Foi utilizada a análise de conteúdo, que abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com o intuito de realizar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem das mensagens. Constitui-se de três etapas para que se possa realizar a análise de conteúdo (Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados, inferência e interpretação) (BARDIN, 2006).

As falas elencadas no corpo do texto foram identificadas de acordo com a cidade em que o grupo focal foi realizado, assim poderão configurar entre Grupo 1 (G1) e Grupo 17 (G17), devido o número total de cidades em que foram realizados os grupos focais.

3 | RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Compreenderam a pesquisa 91 participantes, sendo 81 (89%) do sexo feminino; a maioria dos participantes figura na faixa etária de 32 anos (o mais novo tem 18 e o mais velho tem 61 anos); os que possuem formação em nível técnico e/ou superior concluíram sua formação em média a 7 anos e ingressaram no trabalho atual há, em média, 5 anos.

Entre as categorias profissionais, destacou-se enfermeiros (33%), agentes comunitários de saúde (22%) e técnicos de enfermagem (17%). Além desses, participaram psicólogos (7%), médicos (3%), assistente social (3%), auxiliar de serviços gerais (3%), estagiários (3%), farmacêutico (2%), educadora (1%), pedagoga (1%), agente de alcoolismo (1%) e auxiliar de enfermagem (1%). Os demais não preencheram (4%) ou não foi identificada a profissão (1%).

Apesar de todos os participantes terem sido indicados pelos gestores e/ou coordenadores de saúde mental, supostamente pela proximidade com a área da saúde mental, 40 de um total de 91 participantes, quando questionados sobre esta atuação, responderam negativamente ou não responderam trabalhar na área de saúde mental.

Categoria 1 - Responsabilização da equipe para o atendimento em saúde mental e interação interdisciplinar (indicações positivas e negativas)

Esta categoria diz respeito à percepção dos participantes sobre a responsabilidade com o cuidado a ser dispensado ao indivíduo que necessita de assistência, sendo dividida em responsabilização positiva e negativa, pois há um grande número de falas que se eximem da responsabilidade sobre a saúde do indivíduo com transtorno mental, e, além disso, responsabilizam outros serviços por este tipo de atendimento ou ainda responsabilizam unicamente a família por tal cuidado.

Nos casos em que os profissionais se responsabilizam por este tipo de assistência, relatam sentir falta de apoio de outros profissionais ou relatam sentir dificuldade de fazer essa assistência com os recursos disponíveis na cidade em que trabalham.

Indicadores/Temas	Frequência
Indicações Negativas	
A família tem que estar preparada e tem que ser responsável pelo paciente	3
Cobrança entre os profissionais para o atendimento do paciente	1
Responsabilização de outra unidade de saúde pelo atendimento de pacientes	2
Necessidade de leitos hospitalares para internação dos pacientes	1
Total	7
Indicações Positivas	
Necessidade de equipe de apoio para orientar o atendimento aos pacientes e a família	4
Encontrar maneiras para atender satisfatoriamente o paciente no próprio município	3
Prevenir para não chegar ao surto	1
Total	8

Tabela 1 - Responsabilização da equipe para o atendimento em saúde mental e interação interdisciplinar (indicações positivas e negativas)

Responsabilização negativa

Por isso que a gente não tem Caps nem Nasf, como que vai trabalhar saúde mental e agora com a nova normativa a gente se enquadra no Nasf já foi até montado o projeto, mas ainda não veio resposta. (G1)

Tem vários casos de reinternamento por que chega na família a família não sabe o que vai fazer. (G13)

Responsabilização positiva

Na verdade não sei se seria o caso de abordar na capacitação mais na verdade teria ter recurso pra onde a gente alguém que a gente tivesse referencia pra gente consultar em caso de dúvida, tipo alguém um psiquiatra um psicólogo que pudesse acompanhar a gente no caso de identificar um caso lá na área. (G3)

E outro detalhe bem importante é as vezes ah o paciente "ta" em surto direto, vamos manda, manda pra longe, pra tal lugar, não esse paciente que "ta em surto é paciente nosso e o que tiver no nosso alcance nós vamos fazer aqui no município, (...) inclusive acredito que esses seja um dos motivos dessa oficina né, é estar chamando as responsabilidades para os municípios né, até porque a gente não tem estrutura pra todo transtorno mental tá mandando pra frente, pra centros de referência no caso. (G4)

Categoria 2 - Abordagem ao surto/urgência e emergência e crises psiquiátricas

Na segunda categoria é apresentada a dificuldade que os participantes indicam quando necessitam controlar uma situação de urgência/emergência em saúde mental. A palavra surto é com frequência citada pelos participantes e carrega consigo o medo dos trabalhadores em realizar a assistência as pessoas com transtorno mental, perpetuando o estigma da agressividade.

Indicadores/Temas	Frequência
Transporte do paciente em surto	3
Cuidado com o paciente em surto	4
Manejo da crise do paciente	1
Atendimento de urgência/emergência psiquiátrica	2
Total	10

Tabela 2 - Considerações sobre abordagem ao surto, urgência/emergência e crises psiquiátricas

Medo é um enfretamento bem grande assim. É porque como os pacientes chegam meio que em surto e assim a nossa equipe 99,9% é de mulher, nós só temos um homem na nossa equipe de Enfermagem então é complicado pra conter o paciente. (G9)

Eu acho que pra nos no Caps o manejo da crise eu acho que é uma coisa legal, que a gente acaba meio que aprendendo no dia a dia por que a gente não teve capacitação pra trabalhar, acho que tirando a Vivi que deve ter, mas a gente tem essa dificuldade no manejo da crise, que aprende mesmo no dia a dia. (G11)

‘Categoria 3 - Abordagem inicial ao paciente com transtorno mental e interação/ orientações a família

Entretanto, com frequência nesta pesquisa, os profissionais da AB e dos estabelecimentos de referência para o cuidado das pessoas com transtorno mental, indicam a falta de habilidade para realizar a primeira abordagem deste indivíduo, como pode ser observado nas falas.

Indicadores/Temas	Frequência
Conhecimento para a família do paciente	5
Visita domiciliar para o paciente e família	3
Abordagem/acolhimento ao paciente	13
Total	21

Tabela 3 - Abordagem inicial ao paciente com transtorno mental e interação/orientações a família

... mas drástico assim, pra mim pelo menos aqui no posto, seria desde o acolhimento inicial assim, modificar tudo isso. (G5)

Abordagem ao paciente, como trabalhar com a família. (G7)

... às vezes a gente tem dificuldade de lidar, de abordar, o primeiro contato. (G15)

Categoria 4 - "Conhecimento técnico-científico sobre atendimento em saúde mental"

Outro tema inferido com frequência foi a necessidade de suporte científico para as práticas em saúde mental, tanto na AB quanto nos Caps.

Os trabalhadores demonstram preocupação em embasar suas atividades em informação científica, pois na maioria das vezes desenvolvem suas atividades embasadas na experiência do cotidiano, agindo empiricamente. Os exemplos elencados trazem a tona a preocupação destes profissionais com temas que deveriam ser abordados e que são considerados como ferramentas essenciais para o bom atendimento em saúde mental, vide a citação de não saber como efetivar e programar o atendimento via projeto terapêutico singular.

Indicadores/Temas	Frequência
Informações sobre medicação	2
Informações sobre as patologias psiquiátricas e tratamento das mesmas	8
Saber diferenciar as patologias psiquiátricas	3
Conhecimento científico sobre saúde mental	7
Informações sobre a rede de assistência a saúde mental	2
Total	22

Tabela 4 - Conhecimento técnico científico sobre atendimento em saúde mental

... mas o que a gente sente é a falta de ações cotidianas embasadas no científico, que o a gente tem são experiências que deram certo num lugar,

mas que não se enquadram na nossa realidade, embasamento científico que a gente precisa mesmo. (G11)

Acho que no nível que nós estamos que é estaca zero do zero, toda capacitação vai ser interessante, toda ajuda será muito bem vinda. (G13)

Pra nós acho que agora o que está mais angustiando é essa questão da reabilitação psicossocial, de projeto terapêutico singular que está assim sendo muito falado que ainda a gente tá com um pouco de dificuldade de efetivar na prática. (G14)

4 | DISCUSSÃO

É possível perceber que os profissionais que atuam na AB, com frequência, não possuem o conhecimento sobre qual é o seu papel enquanto acolhedores de todas as queixas de saúde da população. Apesar de serem consideradas portas de entrada do sistema, muitos profissionais não se reconhecem como prestando atendimentos na área da saúde mental.

A predominância de indivíduos do sexo feminino no trabalho em saúde é presente em outros estudos (MENEZES; HEILBORN, 2006) e pode ser justificada por meio do papel que foi atribuído às mulheres historicamente, associado ao cuidado, às emoções e afeto (MENEZES; HEILBORN, 2006).

O paciente com transtorno mental é caracterizado como um indivíduo que necessita de um atendimento transversal e igualitário como qualquer outro indivíduo. Mas, devido aos estigmas que foram construídos cultural e historicamente (LIMA et al., 2017; MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016), os profissionais de unidades de AB eximem-se deste tipo de cuidado, seja por medo ou por desconhecimento de como atuar.

Esta percepção também justifica a sinalização dos trabalhadores de não se responsabilizar por este paciente em situações de crise e pela queixa de querer encaminhar este paciente para um atendimento especializado, acreditando que nenhuma assistência pode ser feita na AB. Além disso, fica evidente que, apesar do curso crônico dos problemas em saúde mental, eles costumam se tornar um problema para as equipes de AB apenas nos momentos de crise, não havendo trabalhos de acompanhamento contínuo e prevenção a crise.

Grande parcela da população que busca atendimento em saúde mental é encaminhada para serviços de referência sem uma avaliação livre de estigmatização, assim, um número elevado de indivíduos procura os serviços especializados sem possuírem, inicialmente, uma demanda que necessite de intervenção especializada. Desta forma, poucas vezes, a AB cumpre seu papel de ser um elo entre a comunidade e o sistema, e de desafogar os serviços especializados de saúde mental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Segundo Brasil (2013), a abordagem inicial realizada na AB é um reconhecido instrumento para a formação de vínculo, e conseqüente prática de cuidado entre o profissional e o usuário, pois em uma primeira conversa a equipe da unidade já pode se mostrar como um local em que ocorre escuta das pessoas com transtorno mental e de suas famílias, e assim, por se sentirem seguros e acolhidos possam verbalizar suas angústias, medos e dúvidas. Afirma, ainda, que o cuidado poderá ocorrer na forma de acolhimento, acompanhamento juntamente com outras unidades de atendimento em saúde (BRASIL, 2013).

Um dos principais desafios para a efetivação da Reforma Psiquiátrica baseia-se em inserir a atenção à saúde mental na AB, sinalizando que pacientes referenciados às unidades especializadas não tem as necessidades de saúde satisfeitas por este aparato e sim por meio de assistência diferenciada por profissionais que se mobilizam e articulam recursos que envolvem saúde, comunidade e indivíduo (BRASIL, 2013).

Fica evidente que esta nova visão e prática do cuidado ainda não foram absorvidas como uma necessidade pelos participantes da pesquisa, pois os mesmos citam com frequência que gostariam de saber diagnosticar os indivíduos com sofrimento psíquico apenas por meio da observação do comportamento destes na sala de espera, enfatizando uma prática de assistência estigmatizada, sinalizada por estes profissionais de saúde quando afirmam que não sabem realizar a primeira abordagem do indivíduo e da família com problemas relacionados a sofrimento psíquico.

A AB tem importante papel no desenvolvimento de projetos terapêuticos em saúde mental, pois seus profissionais estão inseridos na realidade e território destes usuários e tem o poder de prestar um atendimento diferenciado e adequado a esta população (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Para que esta articulação ocorra é necessária uma reorganização dos serviços e uma reestruturação da prática dos profissionais que atuam nesta rede. Esta nova prática necessita contemplar ações em que se delimite o território de ação, se pratique o acolhimento e responsabilização pelo usuário, e que a intersectorialidade seja permeadora das atividades, levando a construção real do projeto terapêutico voltada especificamente para a realidade em questão (ESLABÃO et al., 2017).

Por meio da interação e aproximação entre os serviços especializados em saúde mental e a AB, a partir do apoio matricial, é possível que esta articulação seja efetiva, permitindo uma nova configuração e socialização de conhecimento, que assegura que as equipes de saúde se organizem em uma metodologia de trabalho com relações horizontalizadas (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A percepção de falta de conhecimento científico para o cuidado em saúde mental foi indicado tanto por trabalhadores da AB quanto dos Caps, o que produz insegurança no e indica falhas nos processos formativos, tanto na graduação quanto na educação continuada.

Também chama a atenção o caráter biomédico das demandas de formação das equipes. A Reforma Psiquiátrica busca superar os modelos pautados na medicalização, internação psiquiátrica e na centralização do cuidado no médico (OLIVEIRA; AZEVEDO, 2014). Entretanto não se percebeu nos discurso dos participantes esta preocupação. O discurso ainda está muito centrado na necessidade de saber sobre como diagnosticar e classificar o sujeito com sofrimento psíquico em uma patologia, de como medicá-lo, transportá-lo e contê-lo durante o surto.

Não foi mencionada preocupação com o período pós-crise ou a perspectiva de acompanhamento contínuo, visando às demandas psicossociais e de reabilitação. Nesse sentido, as perspectivas da integralidade (ênfatisada no SUS) e da desinstitucionalização (ênfatisada na reforma psiquiátrica) pouco perpassaram as falas dos participantes.

Para a superação do modelo instituído é necessário que os profissionais que atuam nos serviços de saúde reaprendam o trabalho a partir do contato com novos conhecimentos realizando a integração das diversas formas de conhecimentos (empírico, científico e técnico) e a partir de uma reflexão possa ser possível reciclar a produção do cuidado em saúde (OLIVEIRA; AZEVEDO, 2014).

Assim, é necessário que estes profissionais sejam sensibilizados quanto à nova maneira de cuidar de pessoas com sofrimento psíquico, levando em consideração as suas histórias, contexto de vida e singulares, consonantes com a perspectiva do novo modelo de cuidado em saúde mental (SILVA; ACIOLE; LANCMAN, 2017). O diagnóstico não precisa ser negado, mas é necessário ter claro que o diagnóstico é aquilo que equaliza os sujeitos, enquanto a clínica ampliada visa também os aspectos singulares (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Nesse sentido, trata-se de buscar evitar agrupar as pessoas em categorias que as reduzam ao diagnóstico e generalizem as formas de assistência, perpetuando práticas psiquiátricas tradicionais, baseadas na contenção física, na medicalização e no internamento hospitalar (BRAGGIO, 2013).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que muitas são as demandas para formação dos trabalhadores que atuam na 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Concluímos que, apesar da implantação de serviços e presença de equipes no campo da saúde mental, não existe uma clareza quanto aos modelos de atenção e o mandato dos serviços.

Faz-se necessária a elaboração de estratégias para promover formação das equipes de saúde, aproximando-as da abordagem psicossocial e dos pressupostos da reforma psiquiátrica.

Considerando-se que a reforma psiquiátrica é um processo e está em permanente transformação, deve-se considerar a necessidade de suporte e processos formativos

continuados, que possam colocar em pauta, juntos aos trabalhadores, as mudanças necessárias para a atuação neste campo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, p. 31-41, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2006.

BRAGGIO, P. D. A reforma psiquiátrica interpretada sob a ótica do cuidado em saúde mental: uma revisão bibliográfica [trabalho de conclusão de curso]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 9, ano VI, nº 9. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental**. 2011. [acesso em 24 maio 2016]. Brasília: julho de 2011. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Caderno de Saúde Mental (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). 2013.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.6, p. 1501-1506, 2011.

ESLABÃO, A.D. et al. Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidades. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 85-91, 2017.

FERREIRA, T.P.S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 61, p. 373-84, 2017.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão: **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 207-305, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [base de dados na Internet]. Paraná: Síntese de informações [acesso 25 ago 2015]. Disponível: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410940&idtema=16&search=paranalguarapuavalsintese-das-informacoes>.

KINALSKI, D.F.D. et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 443-448, 2017.

LIMA, R.C. et al. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 196-207, 2017.

MACEDO, J.P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MARTINS, P.P.S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2016; 32(4):1-9.

MENEZES, R.A.; HEILBORN, M.L. A presença da mulher nos cuidados em saúde. Seminário Internacional Fazendo Gênero. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 7: Gênero e Preconceitos; 2006 Ago. [acesso 24 ago 2015]. Disponível: http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/M/Menezes-Heilborn_27.pdf.

OLIVEIRA, A.R.F.; AZEVEDO, S.M. Estigma na doença mental: estudo observacional. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 30, n. 4, p. 227-34, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Mental health atlas** 2014, p.72, 2015.

SESA. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. [Internet]. Curitiba: Secretaria de Estado de Saúde do Paraná; [acesso em 03 mar 2017]. Disponível: <http://www.sesa.gov.pr.br>

SILVA, J.D.G.; ACIOLE, G.G.; LANCMAN, S. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a 'loucura' do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. **Interface** (Botucatu). *On-line version*. 2017. [acesso 14 set 2017].

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 25/11/2020

Cynthia Rayanne da Silva Matias

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Suely Gonçalves de Carvalho

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

José Leandro Duarte da Silva

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

Faculdade Mauricio de Nassau
Caruaru – PE

RESUMO: INTRODUÇÃO: A revolução no tratamento em todos os aspectos do paciente com transtornos mentais deu-se após a Reforma Psiquiátrica após a década de 70, passou a luta antimanicomial e a tratar a saúde mental do sujeito, passou-se a ter um olhar multidisciplinar, não apenas patológico. **OBJETIVO:** Neste contexto o objetivo desta pesquisa é verificar os principais desafios da atuação do enfermeiro no CAPS. **METODO:** Trata-se de uma revisão integrativa, por meio de pesquisas online nas bases de dados Literatura Latina Americana de Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados artigos publicados e indexados nas plataformas de dados no período de 2010 a 2020. **RESULTADOS:** A atuação dos

enfermeiros é fundamental para reabilitação, autonomia e reinserção social dos usuários, os mesmos sentem-se despreparados, devido a pluralidade de atividades que são exigidas, suas atividades vão desde a escuta dos familiares, acolhimento do usuário a protocolos terapêutico. **CONCLUSÃO** A reformar psiquiátrica trouxe muitos avanços para os tratamentos da saúde mental, refletindo principalmente em relação aos espaços de tratamento, a luta antimanicomial foi determinante para o surgimento dos tratamentos ao espaço aberto. O enfermeiro no CAPS é um profissional colaborador, participante e deliberativo dentro da equipe multiprofissional, porém seu trabalho só será efetivo quando os usuários forem vistos em sua totalidade e as barreiras da prática biológica forem rompidas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Enfermagem; Centro de Apoio Psicossocial; Cuidados de enfermagem.

NURSE'S PERFORMANCE AT THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

ABSTRACT: INTRODUCTION: The treatment revolution in all aspects of the patient with mental disorders occurred after the Psychiatric Reform after the 70s, the anti-asylum struggle started and the subject's mental health was treated, the multidisciplinary approach started, not just pathological. **OBJECTIVE:** In this context, the objective of this research is to verify the main challenges of the nurse's performance in the CAPS. **METHOD:** This is an integrative review, through online searches in the databases of Latin American Health Sciences (LILACS) and Nursing

Database (BDENF). Published and indexed articles were used in the data platforms from 2010 to 2020. **RESULTS:** Nurses' performance is fundamental for the rehabilitation, autonomy and social reintegration of users, they feel unprepared, due to the plurality of activities that are required, its activities range from listening to family members, welcoming the user to therapeutic protocols. **CONCLUSION:** The psychiatric reform brought many advances to mental health treatments, reflecting mainly in relation to treatment spaces, the anti-asylum struggle was decisive for the emergence of treatments in the open space. The nurse at CAPS is a collaborative, participant and deliberative professional within the multiprofessional team, but his work will only be effective when the users are seen in their entirety and the barriers of biologist practice are broken.

KEYWORDS: Mental health; Nursing; Mental Health Services; Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

O enfermeiro na área da saúde mental desempenha ações multidisciplinares, desde da chegada do paciente a triagem, acolhimento, anamnese e histórico da doença, seguida a visita domiciliar, elaboração do plano terapêutico singular, coordenações de grupos, oficinas e apoio aos familiares, os quais muitas vezes aprendem a lidar com a doença e o paciente a partir da orientação do enfermeiro ¹.

O profissional da enfermagem tomou um papel muito relevante e contribui em vários aspectos na assistência ao paciente com transtornos mentais, uma vez que rompida a barreira manicomial desde a reforma psiquiátrica que o paciente é visto como sujeito, composto por crenças, valores, o histórico que levou a atual enfermidade e será trabalhado com ele em serviço aberto, no caso o CAPS – Centro de Apoio Psicossocial, atividades dentro e fora dos serviços oferecidos pela unidade, como palestras, atividades físicas, oficinas terapêuticas, atividades lúdicas, visita domiciliar e hospitalar, passeios com usuários do CAPS, administração e orientações sobre medicações, formação de vínculos com o usuário, o que exigirá do profissional da enfermagem uma maior qualificação e sensibilidade para lidar com o sofrimento do outro ².

O Centro de Apoio Psicossocial - CAPS trabalha com equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte terapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Neste serviço, a família é considerada como parte fundamental do tratamento, havendo atendimento específico (grupal ou individual) ³.

Os enfermeiros no CAPS atuam divididos em duas categorias de atividades as exercidas dentro do CAPS e as atividades de campo são descritas como as que apresentam um espaço de limites imprecisos, no qual as profissões e disciplinas se interinfluenciam para uma ajudar e apoiar a outra. As atividades de campo exercidas pelos enfermeiros apontadas nos estudos foram: Atividades Assistenciais que dizem respeito ao acolhimento, triagem, anamnese e histórico da doença e conversas ⁴. O papel da escuta para o tratamento

dos transtornos mentais em sua maioria é fundamental, tanto para o paciente quanto para a família, o enfermeiro ocupa esse papel de agente acolhedor, fazendo parte da anamnese do paciente e alívio do sofrimento seu e dos familiares, desta forma recolhendo informações para melhor fechar um diagnóstico do paciente e seu histórico patológico.

Devido essa vasta função e tarefa para o enfermeiro a literatura apresenta as queixas de muitos pôr a vasta multifuncionalidade dentro do CAPS e alegam a deficiência na formação. Há uma maior facilidade em desempenhar tarefas praticas interpessoais, devido a própria formação prática, porém, uma grande dificuldade nas tarefas terapêuticas, lúdicas e na própria área da saúde mental⁵.

Alguns estudos relataram as dificuldades enfrentadas pelos profissionais por sua posição substitutiva, insegurança na condução do caso clínico e pela indefinição do seu papel de atuação. É necessário a especialização para lhe dar com pacientes com transtornos mentais, pois os profissionais relataram um distanciamento entre o conteúdo curricular e a prática⁸. Realmente é algo que vem mudando uma vez que a formação e o entendimento da medicina e enfermagem, eram detidos unicamente ao corpo, ao qual corpo e mente, são tidos como únicos e não mais dissociados, desta forma torna-se um desafio a ser superado⁶.

Com essa questão norteadora realizou-se a seguinte revisão de literatura, objetivando compreender: *Qual o maior desafio para atuação do enfermeiro no Centro de Apoio Psicossocial?*

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa que é caracterizada pelo levantamento de pesquisas, análise, síntese e conclusões gerais com o intuito de contribuir para o tema investigado. Este tipo de revisão é realizado de forma sistemática, abrangente e estruturada de forma a reunir as principais pesquisas para esclarecer conceitos, teorias e demais conhecimentos na área científica respectiva ao tema abortado.

A revisão segue os seguintes passos gerais: 1°: a elaboração da pergunta norteadora; 2°: pesquisa dos artigos; 3° junção dos dados a serem discutidos; 4° análise do estudo; 5° discussão dos estudos; 6° conclusão. A pergunta norteadora é de fundamental importância para o seguimento da pesquisa e direcionamento dela, pois desta forma sabe-se onde quer chegar desde o início, a pergunta ajuda a orientar, no nosso caso a pergunta norteadora foi: *Qual o maior desafio para atuação do enfermeiro no Centro de Apoio Psicossocial?*

Foram utilizados critérios de seleção e filtros para escolha dos artigos, só foram aceitos, artigos publicados entre os anos de 2010 a 2020, indexados nas plataformas de dados: *Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde)*, *BDEFN (Banco de dados de Enfermagem)* Sendo usados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (*DeCS*): "Atuação do Enfermeiro"; "Centro de Atenção Psicossocial"; "Cuidados de Enfermagem";

“Enfermagem”; “Enfermagem Psiquiátrica”; “Serviços de Saúde Mental”; “Saúde Mental”; “Serviços Comunitários de Saúde Mental”. Terceiro passo filtrar as informações a serem obtidas dos artigos, como podemos observar no Quadro1, por meio de semelhança do título e resumo. Quarto passo, com os artigos e os principais resultados, observou certas semelhanças nos estudos e dados que corroboram com nossos objetivos e como os que divergem. O quinto passo, torna-se possível após a análise dos dados na revisão integrativa que é a discussão e interpretação dos resultados, e a partir de tal, apontar a necessidade de novas pesquisas e abrir novas indagações. Sexto e último passo concluir o estudo e a realização da revisão.

Base de Dados	Palavras-chave cruzadas concomitantemente	Nº Referências Obtidas	Referências Seleccionadas para Análise	Referências Seleccionadas para Revisão
Lilacs	“Centro de Atenção Psicossocial” “Serviços Comunitários de Saúde Mental”	32	11	2
	“Atuação do Enfermeiro” “Centro de Atenção Psicossocial” “Cuidados de Enfermagem”	1	1	0
	“Centro de Atenção Psicossocial” “Saúde Mental” “Cuidados de Enfermagem”	29	2	1
	“Enfermagem” “Centro de Atenção Psicossocial” “ Enfermagem Psiquiátrica”	68	5	0
	“Atuação do Enfermeiro” “Centro de Atenção Psicossocial” “ Enfermagem Psiquiátrica”	4	4	0
	“enfermagem” “Centro de Atenção Psicossocial” “Serviços de Saúde Mental”	91	6	1
	“enfermagem” “Centro de Atenção Psicossocial” “Saúde Mental”	147	26	1
	“Atuação do Enfermeiro” “Centro de Atenção Psicossocial” “Saúde Mental”	4	4	0

BDEF	“Centro de Atenção Psicossocial” “Serviços Comunitários de Saúde Mental”	34	0	1
	“Atuação do Enfermeiro” “Centro de Atenção Psicossocial” “Cuidados de Enfermagem”	4	4	0
	“Centro de Atenção Psicossocial” “Saúde Mental” “Cuidados de Enfermagem”	117	3	1
	“Enfermagem” “Centro de Atenção Psicossocial” “ Enfermagem Psiquiátrica”	204	9	0
	“Atuação do Enfermeiro” “Centro de Atenção Psicossocial” “ Enfermagem Psiquiátrica”	10	10	1
	“enfermagem” “Centro de Atenção Psicossocial” “Serviços de Saúde Mental”	241	5	0
	“enfermagem” “Centro de Atenção Psicossocial” “Saúde Mental”	297	8	0
	“Atuação do Enfermeiro” “Centro de Atenção Psicossocial” “Saúde Mental”	14	14	0
TOTAL			112	8

Quadro 1. Referências obtidas através das combinações dos DeCs nas bases de dados Lilacs e BDEF e suas respectivas quantidades após a realização dos filtros.

3 | RESULTADOS

O critério de exclusão foi artigos que não atendessem os pré-requisitos, publicados entre os anos de 2010 a 2020, idioma no português, que apresentam relação com o tema proposto, optou-se por não incluir teses, dissertações e monografias. Com os parâmetros utilizados, foram encontrados 112 artigos no banco de Lilacs e BDEF. Para os resultados de cada busca, a seleção inicial ocorreu pela simples leitura dos títulos encontrados, sendo descartados aqueles evidentemente não eram relacionados ao tema, que não estavam escritos em português ou com ano da publicação inferior a 2010. Os artigos potencialmente elegíveis, os resumos foram avaliados em uma segunda etapa de seleção, na qual os artigos que aparentemente atendiam os critérios de inclusão. Após a leitura criteriosa, apenas 8 artigos atenderam os critérios de inclusão (Quadro2).

Autores	Título do Artigo	Objetivos	Principais Resultados	Ano
Soares ¹ Villela ² Borba ³ Brusamarello ⁴ Maftum ⁵	O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial	Conhecer o papel da equipe de enfermagem junto à equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial.	O profissional de enfermagem desempenha papel no CAPS que possibilita a ressocialização do usuário, contrapondo o modelo hospitalocêntrico. E considera que há uma confusão em relação ao seu papel enquanto membro da equipe multiprofissional desse serviço.	2011
Cavalcanti ¹ Oliveira ² Caccavo ³ Porto ⁴	O cuidado de enfermagem nos centros de atenção psicossocial	Descrever como os enfermeiros psiquiatras do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) cuidam da clientela e, analisar as ações destes enfermeiros como cuidado ou descuido.	1) O cuidado que produz melhora. Subtemas: a) A personalidade do enfermeiro, b) Aspectos relacionados ao conhecimento; 2) O cuidado que não produz melhora. Subtemas: a) Conhecimento científico da enfermagem, b) Perfil profissional, c) Desqualificação e descaracterização. Apesar de ofertarem cuidados aos usuários dos CAPS, constata-se que a lógica do cuidado ainda é excludente e não reabilitadora.	2014
Vangrelino ¹ Gazeta ² Camargo ³ Garcia ⁴ Toledo ⁵	Acolhimento de usuários de substâncias psicoativas pela equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial III	O objetivo da pesquisa foi verificar como a equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial acolhe usuários de substâncias psicoativas.	As categorias de análise foram: contexto do trabalho em equipe, antirrelação com a droga e relação com a pessoa. Há distanciamento da equipe de enfermagem em relação à equipe multiprofissional, o acolhimento pautado no modelo biomédico e na abstinência da droga e algumas iniciativas de relacionamento com o usuário.	2018
Santos ¹ Eslabão ² Kantorski ³ Pinho ⁴	Práticas de enfermagem no centro de atenção psicossocial	Analisar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	Das práticas desempenhadas temos as voltadas para o sujeito e seus aspectos clínicos, sociais, de prevenção, tratamento e articulação com a rede de saúde. O cuidado à medicação é uma especificidade da enfermagem que visa promover autonomia e reinserção social.	2018
Silva ¹ Brandão ² Oliveira ³	Ações e atividades desenvolvidas pela enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial: revisão integrativa	Descrever o que se tem produzido cientificamente sobre as ações e atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem nos Centros De Atenção Psicossocial.	Algumas das ações e atividades são: acolhimento, visitas domiciliares, oficinas e grupos terapêuticos, consulta familiar, organização do CAPS, reunião de equipe, atividades externas, geração de renda, PTS; além de: consulta de enfermagem, administração de medicamentos, educação em saúde, comunicação terapêutica, verificação de sinais vitais e curativos.	2018
Santana ¹ Pereira ² Silva ³ Ribeiro ⁴ Kimurai ⁶	Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS ad)	Descreveu-se a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico no Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS ad).	A percepção vem sendo prejudicada, uma vez que necessita vise à reabilitação e à inserção dos indivíduos no meio social. Quando parte para o conhecimento a atuação nesse serviço, os profissionais se sentem despreparados.	2018

Andrade ¹ Farinha ² Esperidião ³	Enfermagem em Saúde Mental: intervenção em sala de espera na assistência integral à saúde	Descrever e analisar a proposta de intervenção em sala de espera como uma possibilidade para a Enfermagem em saúde mental em contextos grupais.	O atendimento em sala de espera proporcionou momentos de reflexão, conhecimento, aprendizado, escuta e trocas de experiências	2020
Oliveira ¹ Oliveira ² Cardoso ³ Aragão ⁴ Bittencourt ⁵	Sofrimento moral de profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial	O objetivo foi analisar o sofrimento moral vivenciado pelos profissionais de enfermagem que atuam no CAPS, bem como descrever e identificar os sentimentos decorrentes do SM e mecanismos de enfrentamento.	Os profissionais do CAPS Gentileza de Macapá vivenciam o SM (Sofrimento Moral) em seu cotidiano, associado às questões do ambiente estrutural e insuficiência de recursos (humanos e materiais), que resultaram em sentimento de impotência, desânimo, desmotivação e luta.	2019

Quadro 2 – Caracterização dos estudos segundo autores, título do artigo, objetivos, principais resultados e ano.

4 | DISCUSSÃO

Os profissionais apresentam de forma geral o CAPS como um novo modelo de tratar os pacientes com transtornos mentais e/ou dependentes químicos, bem diferente da forma manicomial, uma vez que o ambiente é aberto e conta com ações técnicas e equipe multiprofissional que visa a liberdade, a autonomia e inserção do paciente a sociedade (7). O perfil do profissional da enfermagem está em constante transformação, trabalhos tentam traçar, nortear as características desse profissional, que na atuação em saúde mental, passou de um executor de contenção e medicamentos, para um cuidador, acolhedor. O CAPS é um ambiente de usuários variados e o enfermeiro está com os familiares desde a sala de espera, conhecendo o histórico familiar, as queixas do paciente, da família, abordando momentos de reflexões, a parte da escuta que é de fundamental importância, para o sucesso da autonomia e inserção do usuário a sociedade, a família ao seu meio (7-8).

Nesta ótica o papel do enfermeiro vai muito além do que se tinha antes de executor de um plano terapêutico, exigindo do profissional habilidades que vão desde o acolhimento, anamnese, execução do plano terapêutico, escutar o usuário e seus familiares. Bem como ações e atividades de acolhimento, visitas domiciliares, oficinas e grupos terapêuticos, consulta familiar, organização do CAPS, reunião de equipe, atividades externas, geração de renda, educação em saúde, comunicação terapêutica, verificação de sinais vitais e curativos (9). Exige do profissional uma multidisciplinaridade, não apenas uma capacidade técnica de execuções de tarefas, mas um ser formador e estruturador de outros sujeitos no CAPS.

Essa mudança de perfil do profissional foi resultado da reforma psiquiátrica ocorrida na década de 70, trouxe a psiquiatria o tratamento humanizado, fugindo totalmente da concepção hospitalocêntrica de administrar a medicação e esperar que resolva, sendo este o único mecanismo de ação. (10-11) Com os avanços além da estratégia medicamentosa o usuário é visto como sujeito que inserido na sociedade que precisa que apoio em vários aspectos para sua melhora, o profissional de enfermagem trata desde o acompanha, orienta ao individuo se reestrutura como pessoa e seus transtorno e quando adictos a sua relação com a droga(. Este acompanhamento é de real importância tendo em vista que um dos maiores problemas dos usuários é a adesão ao tratamento e muitos casos de doenças crônicas a permanencia nele e os ajustes para possíveis recaídas (12-13-14).

Os profissionais da enfermagem são os mais acometidos por estresse ocupacional e síndrome de Burnout como pudemos ver, quem oferta cuidado e passa a resolver problemas e conflitos, exige muito de seu lado pessoal, além do profissional, geralmente dupla jornada de trabalho, noites mal dormidas, baixa remuneração, recursos humanos e físicos escassos, fortalecendo condições de trabalho estressor, tornando a vivencia de trabalho um sofrimento e incapacitando muitos profissionais, baixo rendimento, não havendo possibilidades de fazerem o melhor pelo paciente. (15-16).

A literatura relata uma grande queixa dos profissionais em se sentirem inseguros para atuarem na área da saúde mental, é nítida a tamanha dificuldade enfrentada por esses profissionais uma vez que por mais que tenha se moldado a reforma psiquiátrica, o curso ainda é voltado para questões mais práticas(17). E entende-se que a uma abrangência de áreas de atuação enorme, profissionais que se sentiram mais seguros em desempenhar seu papel, foram aqueles que frequentaram congressos, palestras ou tiveram contato prévio com a área que vale ressaltar que é deve ser o caminho mais indicado ao alunado, uma vez que durante o curso e no seu termino, a diversas oportunidades de contato com áreas de atuação, mas sabemos de muitas vezes da imaturidade dos graduandos durante o curso, desta forma, o estágio curricular obrigatório servindo como base solida para formação deste profissional e preparo para a área em que irá atuar.

5 | CONCLUSÃO

A reforma psiquiátrica trouxe muitos avanços para os tratamentos da saúde mental, refletindo principalmente em relação aos espaços de tratamento, a luta antimanicomial foi determinante para o surgimento dos tratamentos ao espaço aberto e com equipe multiprofissional, verificou que o enfermeiro desempenha atividades desde acolhimento, triagem, anamnese e histórico da doença, visita domiciliar, elaboração do plano terapêutico singular, reuniões de equipe, coordenação de grupos, consulta de enfermagem, supervisão e capacitação, porém, como pode-se observar na literatura, enumeras dificuldades são enfrentadas desde a interação dos profissionais de várias áreas como o próprio enfermeiro

em sua atuação e seus conflitos em torna-se um profissional atuante em saúde mental.

Os relatos de que os profissionais da enfermagem se sentem despreparados são inúmeros, assim bem como laçamos mãos desde a formação a cátedra ainda é pouco explorado essa temática saúde mental e como lhe dar, por se só, o próprio desempenho da enfermagem, tem altos índices de estresse laboral e síndrome de Burnout, trazendo para a vida deste profissional não apenas a dificuldade de lhe dar com os complexos do outro, as dores dos familiares, mas também as suas. Os usuários do CAPS não têm um padrão de transtorno e comorbidade o que também dificulta a atuação, exigindo maior articulação do profissional, junto a equipe. A indústria farmacêutica é uma barreira na conduta de práticas lúdicas e pedagógicas para que o usuário possa ser reinserido na sociedade, família e retome sua autonomia, pois a literatura ainda traz uma predominância de muita resistência da associação da doença ao sintoma e apenas a medicalização, impondo ao enfermeiro o papel de aplicar o protocolo medicamentoso e pouco incentivo em práticas lúdicas e interativas com os pacientes.

O enfermeiro no CAPS é um profissional colaborador, participante e deliberativo dentro da equipe multiprofissional, porém seu trabalho só será efetivo quando os usuários forem vistos em sua totalidade e as barreiras da prática biológica forem rompidas.

REFERÊNCIAS

1 - Araújo CI, Marsicano GT. Psychosocial Atuação do enfermeiro no centro de atenção psicossocial. *Temas em Saúde* 191 a 230 191. 2017;17:191–230. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/17112.pdf>

2 - Santos SMM, Direitos, desigualdade e Diversidade. *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. São Paulo: Cortez, p. 64-86. 2008. Disponível em: <http://www.cortezeditora.com.br/politica-social-no-capitalismo-tendencias-contemporaneas-748.aspx/p>

3 - Almeida F, Antonio J, Moraes AEC, Peres MAA. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. *Rev. RENE, Fortaleza*, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4793>

4 - Silveira MR, Alves M. O enfermeiro na equipe de saúde mental- o caso dos CERSAM de Belo Horizonte. *Rev Lat Enf, São Paulo*, v.11, n.5, p.645-651, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a12.pdf>

5 - Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Lat Enf, [Internet] São Paulo*, v.11, n.3, p.333-340, maio-jun. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>.

6. Lima G, Carrara R, Mariane G, Moreira D. Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental : uma revisão da literatura (Humanized nursing care in mental health : a review of the literature). 8(1):86–107.

7. Santos EO dos Esalvão AD, Kantorski LP, Pinho LB de. Práticas de enfermagem no centro de atenção psicossocial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73(1):1–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000100170&tlng=en
8. Soares RD, Villela JC, Borba L de O, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 Mar;15(1):110– Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100016&lng=pt&tlng=pt
9. Andrade JMM, Farinha MG, Esperidião E. Enfermagem em Saúde Mental: intervenção em sala de espera na assistência integral à saúde. [Internet] 2020 Rev Bras Enferm July;73 (1) <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0886>
10. John Victor dos Santos Silva, Thyara Maia Brandão KCP do NO. Ações e atividades desenvolvidas pela enfermagem no centro de atenção psicossocial: revisão integrativa. Rev Enferm Atenção Saúde. 2018;7(3):137–49. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331658477_ACOES_E_ATIVIDADES_DESENVOLVIDAS_PELA_ENFERMAGEM_NO_CENTRO_DE_ATENCAO_PSIKOSSOCIAL_REVISAO_INTEGRATIVA
11. Bourguignon LN, Guimarães ES, Siqueira MM. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS ad do estado do Espírito Santo. Cogitare Enferm. 2010;15(3):467-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18889>
12. Cavalcante LP, Falcão RST, Lima HP, Marinho AM, Macedo, JQ, Braga VAB. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. Rev Rene. 2012; 13(2):321-31. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3920#:~:text=A%20rede%20social%20de%20apoio,de%20v%C3%ADnculos%20relacionados%20ao%20indiv%C3%ADduo.&text=O%20ecomapa%20se%20mostrou%20um,ou%20fortalecidos%20como%20suporte%20social.>
13. Vangrelino AC dos S, Gazeta A do A, Camargo I de, Garcia APRF, Toledo VP. Acolhimento de usuários de substâncias psicoativas pela equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial III. 2018;14(2):65–72. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/02.pdf>
14. Santana C da S, Pereira MC, Silva DF, Ribeiro LB, Silva RM da, Kimura CA. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS AD) T REVISÃO (Online) [Internet]. 2018;7(3):248–54. Disponível em: <http://revistafacessa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/327/238>
15. Divane VD, Oliveira MAF, Luís MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. Acta Paul Enferm. 2010; 23(1):73-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100012>.
16. Oliveira CA de, Oliveira DCP de, Cardoso EM, Aragão E de S, Bittencourt MN. Sofrimento moral de profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 Jan;25(1):191–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29132019>
17. Souza G De, Alves G, Marques R, Andolhe R. Estresse e burnout em profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. 2018;3–9.
18. Cristina P. O cuidado de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial. Ciência, Cuid e Saúde. [Internet]. 2014;13(1):111–9. Disponível em: <https://10.4025/ciencucuidsaude.v13i1.19458>.

CAPÍTULO 19

VIVÊNCIAS DE USUÁRIOS EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 13/11/2020

Larissa Kny Cabreira

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Unijui
Ijuí- Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-0099-9734>

Ketrin Andressa Cossetin Gabi

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Unijui
Ijuí- Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/7501181401048020>

Zaira Letícia Tisott

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Unijui
Ijuí- Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/7509542762359972>

Enaie Libardoni Padoim

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Unijui
Ijuí- Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3000924026300504>

Vivian Kelli Santos Gottschefski

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Unijui
Ijuí- Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8106989438884224>

Karine Prates Germano

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Unijui
Ijuí- Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-3146-7298>

Mardhjorie Seidler

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Unijui
Ijuí- Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-6729-4811>

Micheli Steinhorst Krebs

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Unijui
Ijuí- Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-1647-5169>

RESUMO: Objetivo: relatar a experiência de um grupo de acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul acerca da vivência dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas II em Comunidades Terapêuticas. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência construído a partir de uma roda de conversa realizada com 15 usuários de um do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas II no mês de março de 2020. **Resultados e discussões:** percebe-se, através desse estudo, que as experiências dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas II em Comunidades Terapêuticas estão vinculadas a realização de tarefas diárias, a disciplina quanto a regras de organização trazidas pela Comunidade Terapêutica, bem como as condutas religiosas adotadas como fins terapêuticos, ainda trazem o local como um lugar de privação de liberdade. **Conclusão:** os usuários por sua vez, possuem uma visão predominantemente negativa em relação a reabilitação psicossocial nas Comunidades Terapêuticas.

PALAVRAS-CHAVE: Comunidade Terapêutica; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Serviços de Saúde Mental; Enfermagem.

EXPERIENCES OF USERS IN THE THERAPEUTIC COMMUNITY: AN EXPERIENCE REPORT OF NURSING ACADEMICS

ABSTRACT: Objective: to report the experience of a group of academics from the nursing course at the Regional University of the Northwest of the State of Rio Grande do Sul about the experience of users of the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs II in Therapeutic Communities. **Methodology:** this is an experience report built from a conversation circle held with 15 users of one of the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs II in March 2020. **Results and discussions:** it can be seen through this study, that the experiences of users of the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs II in Therapeutic Communities are linked to the performance of daily tasks, discipline in terms of organization rules brought by the Therapeutic Community, as well as religious practices adopted as therapeutic purposes, still bring the place as a place of deprivation of liberty. **Conclusion:** the users, in turn, have a predominantly negative view regarding psychosocial rehabilitation in the Therapeutic Communities.

KEYWORDS: Therapeutic Community; Substance-Related Disorders; Mental Health Services; Nursing.

INTRODUÇÃO

Na segunda metade do século XX inicia-se uma radical crítica e transformação do saber nas instituições psiquiátricas e em seus modos de tratamento. Movimento este que teve seu princípio na Itália e que repercutiu em todo o mundo, inclusive no Brasil. Dante disso, se tem início ao movimento de Luta Antimanicomial, marcado profundamente pela ideia de defesa dos direitos humanos e resgate da cidadania das pessoas em sofrimento mental (AMANCIO; ELIA, 2017).

Aliado a isso, surge a Reforma Psiquiátrica que além de expor as atitudes violentas praticadas dentro dos manicômios, sugere a construção de uma rede de serviços e estratégias que visam o cuidado humanizado e a inclusão social das pessoas no sentido de resgatar a autonomia e na garantia de direitos enquanto cidadãos (AMANCIO; ELIA, 2017).

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a rede de atenção à saúde mental criou novos meios de atendimento, estes objetivam a substituição da psiquiatria tradicional, proporcionando uma transformação deste modelo assistencial, que de maneira gradativa passa de uma lógica manicomial e hospitalocêntrica para um modo psicossocial com valorização da pessoa (COIMBRA; KANTORSKI, 2005). O cuidado às pessoas que fazem abuso de álcool e outras drogas tem em vista a subjetividade e o cuidado integral. Possibilitar espaços que permitam a troca de saberes e diálogo, contribui para a valorização da pessoa modificando sua relação com a substância (ESTAUBER; GUIMARÃES, 2017).

O ato humano de se consumir substâncias que alterem a percepção, o humor e os

sentidos acompanham a humanidade a milhares de anos. Rodeado por diversas razões, que envolvem fatores tais como culturais, religiosos, econômicos e políticos. No instante em que o uso abusivo do álcool e de outras drogas passou a ser visto como um problema, surgiram medidas para confrontar esta questão, as quais inicialmente pautavam-se na criminalização e proibição do consumo de algumas substâncias, em outros momentos guiadas pela saúde pública e pela necessidade de inclusão da questão nas políticas públicas. (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017). Pensando neste viés se constrói uma Rede de Atenção Psicossocial composta por diversos serviços, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas o CAPSad (BRASIL, 2011)

Nestes ambientes o tratamento é dirigido não mais para a cura, mas sim para uma reabilitação psicossocial, onde o indivíduo antes desconhecido de seu potencial, pode tornar-se protagonista de sua própria história. Os CAPSad, tem como objetivo organizar uma rede comunitária de cuidados, e como estratégia primária a condução local dos programas e políticas de saúde mental, por meio do desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários (AMORIM; SEVERO, 2019).

Com objetivo de promover o acolhimento das pessoas que fazem abuso de álcool e outras drogas e que necessitam de uma rede de cuidados vinculados ao tratamento, proteção, promoção e reinserção social, a Portaria nº 3.088/2011 define as Comunidades Terapêuticas (CT) como um dos pontos de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde dos usuários, os quais devem estar articulados com o CAPS (BRASIL, 2011), a qual passa a ser definida como parte da Rede de atenção Psicossocial através da Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019).

Com o surgimento da COVID-19 a população mundial adotou estratégias de isolamento social para tentar evitar a disseminação do novo coronavírus, SARS - CoV 2 . Entretanto, além dos impactos referentes a essa pandemia como o grande contingente de pessoas infectadas e o aumento no número de mortes, pesquisas recentes em países como Reino Unido, Espanha e a própria China, mostram um significativo aumento nos quadros de ansiedade, depressão e menor bem-estar mental durante este período de isolamento. Outro ponto preocupante abordado pelos pesquisadores foi o aumento no consumo de álcool e drogas nesta época de pandemia levado principalmente pelo grande estresse e ansiedade que se vivencia (WANG et al., 2020).

Frente a isso, o Ministério da Saúde (MS) traz como uma das alternativas, a portaria conjunta N° 4/2020 a qual menciona a importância do cuidado intersetorial entre a rede de saúde e as CT no enfrentamento a pandemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19). Entre outras populações vulneráveis, o MS entende que é necessária uma atenção especial junto a população em situação de rua usuária abusiva de álcool e outras drogas o que representa um risco elevado de evolução para casos clínicos graves caso haja adoecimento, em decorrência das condições que vivem. Deste modo, a resolução traz orientações para execução do projeto sobre o acolhimento em CT de usuários de álcool e

outras drogas que se encontram em situação de rua, o qual objetiva a disponibilização de vagas para acolher estas pessoas a fim de protegê-las neste contexto pandêmico e não como uma ação compulsório (BRASIL, 2020).

De anuência com a Resolução CONAD Nº 01/2015, as CTCT, necessitam ser um ambiente residencial adequado ao cultivo de relacionamentos, de adesão e permanência voluntária e transitória através de um acolhimento focado na promoção da saúde e na oferta de atividades terapêuticas. É fundamental que as CT incentivem o vínculo familiar através da participação da família no processo de reinserção com intuito de promover o vínculo social. Ainda, as Comunidades Terapêuticas precisam constar com uma equipe multidisciplinar de profissionais que trabalhem na perspectiva do cuidado em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015).

Segundo Fossi e Guareschi (2015), o tratamento disponibilizado pelas CT é pautado, por vezes em caráter excludente aliado a uma terapêutica baseada na responsabilização individual de cada usuário. Coutinho et al. (2015), complementa ainda sobre os recursos escassos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por parte das CT, e salienta que os CAPSad, trariam benefícios a essas pessoas de modo que disponibilizam de profissionais capacitados na área, além de promover a inclusão do usuário na sociedade através de programas e serviços.

Dessa forma, o intuito deste estudo foi relatar a experiência de um grupo de acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, acerca da vivência dos usuários do CAPSad II em CT.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, construído a partir de uma roda de conversa realizada com os usuários de um CAPSad II. Participaram dessa roda de conversa, a professora da disciplina e as acadêmicas de enfermagem da Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul durante as aulas práticas da disciplina Enfermagem em Saúde Mental II, no mês de março de 2020. A durabilidade da roda da conversa foi de aproximadamente 50 minutos, onde participaram 15 usuários do serviço, na área externa do CAPSad II.

Os participantes do grupo foram convidados a se sentarem em círculo intercalando alunos e os usuários do serviço para que houvesse maior integração entre os participantes. A atividade inicial constou com a formação de duplas a fim de conversarem por alguns minutos com o objetivo de se conhecerem, posteriormente, cada dupla apresentou o outro ao grande grupo. Após a apresentação, os usuários do CAPSad ficaram livres para falarem sobre o que desejassem, nesse diálogo se sobressaiu relatos sobre o sentido das terapêuticas em saúde mental com destaque para as experiências subjetivas em CT.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante os relatos dos usuários do CAPSad, suas experiências durante o período que permaneceram em CT estavam voltadas a realização de tarefas domésticas diárias, por vezes, exaustivas vinculadas a construção civil, atividades com animais e manuseio com a terra. Na percepção dos usuários, a prestação de serviço as CT não são vistas como algo terapêutico para si, e sim uma forma da Comunidade Terapêutica usufruir de seu trabalho. Assim unanimemente relatam que na maioria das vezes, essas atividades não auxiliam em sua reabilitação psicossocial. Inúmeras atividades podem ser desenvolvidas nas CT, como oficinas terapêuticas, que são atividades grupais que tem o objetivo de socializar, expressar e inserir os usuários no meio social. Desta forma, nas oficinas são realizadas atividades artísticas, culturais, educacionais e festividades comemorativas, momentos onde os usuários têm seu espaço de fala e acolhimento (CRUZ; MONTEIRO; IBIAPINA, 2016).

As oficinas terapêuticas realizadas no CAPSad nutrem espaços de educação em saúde, apoio social e possibilitam a participação e a convivência social (NORONHA et al., 2016). Estudo mostra que os usuários do CAPSad se tornam pessoas mais interativas e autônomas no processo de inclusão durante oficinas terapêuticas. De acordo com Marques et al. (2020), em uma pesquisa realizada, os usuários do CAPS 0 se colocam como protagonista de seu cuidado, tornando momentos muitas vezes complicados em períodos mais leves, alegres, recíprocos, e de troca de vivências no grupo de reabilitação e até mesmo com a equipe multiprofissional do local, gerando inúmeros benefícios como aprendizados, bem estar e conhecimentos além de seu tratamento.

A enfermagem como parte do processo de cuidar do outro, tem um papel extremamente importante durante o cuidado terapêutico. A enfermagem, nesse contexto, deve ajudar a desmistificar ideologias e a construir um novo processo centrado na história subjetivas das pessoas em conjunto com o olhar holístico e ético que esta profissão possui como horizonte além da sensibilização que a área da saúde mental necessita (CORREIO et al., 2019).

Nota-se durante a roda de conversa a dificuldade de adaptação dos usuários relacionada às regras impostas pela Comunidade Terapêutica, como por exemplos horários para dormir, banho e alimentação, fato que fez com que um usuário saísse da Comunidade Terapêutica logo após um curto período de tempo. A formação de espaços coletivos, além de possibilitar a restauração dos laços sociais dos usuários, representa oportunidades de as ações transcenderem as dimensões técnicas para que tenham um sentido verdadeiramente terapêutico (GASTAL; GUTFREIND, 2007). Torna-se primordial o olhar para as trajetórias terapêuticas percorridas pelos usuários, elas revelam a singularidade da vida e a relação estabelecida entre o território e o contexto social (CARDOSO et al, 2020).

A ausência de um Plano Terapêutico específico para as particularidades de

cada usuário juntamente com a falta de apoio multidisciplinar dificultam o processo de reintegração do usuário, prejudicando sua reinserção na esfera social e reformulação da dignidade como pessoa. Em contrapartida, o CAPSad possui propostas muito distintas da CT, contando com equipe multidisciplinar, trabalhando com Projeto Terapêutico Singular (PTS), fornecendo ao usuário liberdade de escolha e humanização no seu processo de ressignificação, devendo o Estado investir cada vez mais nesses serviços tão importantes (CARVALHO; NERI; FARIAS, 2020).

Percebe-se, através dos depoimentos dos usuários que a conduta terapêutica nas CT, está ligada a religiosidade, onde eram organizados horários específicos para oração. Nesse sentido, os usuários do serviço comentam a religião como uma alternativa positiva para sua reabilitação, porém que não devem ser imposta, cabendo a cada pessoa a liberdade para fazer suas escolhas. As CT, muitas vezes, possuem caráter confessional, onde a religião é imposta como principal estratégia de tratamento, independente das convicções religiosas do sujeito. Elas possuem um programa próprio de tratamento que tem duração média de seis a doze meses, dependendo da instituição. As CT são administradas sob rígidas regras e atividades que são obrigatórias (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012). O caráter asilar nitidamente presente como imposição pela Comunidade Terapêutica exhibe um modelo de isolamento do usuário no que tange a violação da liberdade tanto religiosa como moral e social, o que acarreta em perda da subjetividade do sujeito limitando o espaço de escolha em seu momento de fragilidade (CARVALHO; NERI; FARIAS, 2020).

Algumas CT tem como objetivo principal a evangelização, principalmente da religião evangélica, ao contrário de promover ações com foco direcionado na redução das consequências do abuso de substâncias (BARBOSA et al, 2020). Ainda que esteja cercada por muitas imposições, os familiares dos usuários relatam que em comparação com as internações hospitalares a Comunidade Terapêutica possui um papel positivo na restauração do indivíduo, envolvendo a conversão a uma religião como aspecto importante durante o tratamento. Embora a abordagem com viés religioso ofertado contribui para o tratamento, os aspectos éticos precisam estar presentes de modo a assegurar a autonomia do usuário ao longo do seu processo de tratamento (BARBOSA et al., 2020).

Ainda, observa-se no decorrer da conversa que a Comunidade Terapêutica na visão desses usuários caracterizou-se como um lugar de privação de muitas coisas, como a possibilidade de exercer a cidadania através do voto, no dia das eleições, devido a distância da Comunidade Terapêutica da cidade e a impossibilidade de transporte. Os espaços fechados para tratamento de pessoas com problemas com drogas, por exemplo, as CT podem ser caracterizadas como lugares de dominação onde um exerce um poder dito terapêutico sobre outro que está desprovido de seus direitos (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012).

Observa-se a importância de promover o cuidado em liberdade, em espaços abertos para que o usuário possa ser incluso no meio social, entre eles, sua família e comunidade.

O CAPS trabalha nessa perspectiva aliada a subjetividade do usuário, também considera a família como parte fundamental do tratamento.

O profissional enfermeiro ao cuidar de pessoas em sofrimento mental precisa se permitir viver uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o usuário e família, tendo em vista um olhar ampliado para além das práticas tradicionais, mas que incluem um acompanhamento humanizado. O enfermeiro se torna fundamental nesses espaços, pois contribui para melhorar a organização e a qualidade da assistência, oferecendo atendimento diferenciado relacionado ao acolhimento, cidadania e respeito à individualidade de cada pessoa (DE SOUSA LUZ et al., 2015).

CONCLUSÃO

Através desse estudo se pode relatar as experiências de acadêmicos de enfermagem relacionada às vivências dos usuários do CAPSad em CT. Os usuários têm uma visão predominantemente negativa sobre as CT. Trazem experiências de poucas atividades planejadas com objetivo na reabilitação psicossocial, trabalho pesado e muitas regras, o que na visão dos usuários é algo que dificulta a permanência durante o tempo programado. Do mesmo modo, quando falam da religião, trazem os benefícios aliado a ela, porém, em algumas comunidades onde é imposta, acaba prejudicando, pois sentem falta da liberdade de fazer suas escolhas. Ainda, sentem-se com pouca liberdade nas CT devido à distância da cidade.

Por este motivo se faz necessário o trabalho conjunto com a equipe multiprofissional do CAPSad pra promover melhor acolhimento desse usuário, de forma que se sinta amparado e compreendido ao meio do tratamento terapêutico. Esse estudo contribui para a construção de políticas públicas em saúde mental vinculadas ao tratamento junto às pessoas que abusam de álcool e outras drogas, a fim de construir terapêuticas que visem à subjetividade, direitos humanos e as escolhas dos usuários desses serviços. Percebem-se limitações no estudo devido ao número restrito de integrantes do grupo. Sugere-se que pesquisas sejam realizadas na construção do conhecimento frente às experiências de pessoas que abusam de álcool e outras drogas e suas vivências em CT.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S.; BELMONTE, P. R. JORGE, M. A. S.. O campo de atenção ao dependente químico. In Alarcon S., & Jorge, M. A. S. Jorge (Orgs). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.63-82. 2012.

AMANCIO, V. R.; ELIA, L. Panorama Histórico-político da Luta Antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 9(24), 22-49, 2017.

AMORIM, A. K. de M. A.; SEVERO, A. K. de S. A saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da rede de atenção psicossocial. Gerais, **Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 282-299, dez. 2019.

BARBOSA, Diogo et al. **Drogas psicoativas: tratamento religioso e espiritual no contexto das comunidades terapêuticas.** Psicologia, Saúde & Doenças, v. 21, n. 2, p. 456-461, 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011e. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>>. Acesso em: 16 jul 2020.

BRASIL. Resolução CONAD nº 01/2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de nov 2020. Disponível em: https://www.justica.gov.br/sua-protexao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf. Acesso em: 9 de nov 2020.

BRASIL. Nota Técnica nº 11/2019-cgmad/dapes/sas/ms. Dispõe sobre os esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 16 de jul 2020. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 16 Jul. 2020.

BRASIL. Portaria conjunta nº 4, de 22 de outubro de 2020. Aprova orientação técnica conjunta para a atuação intersetorial e integrada entre a rede socioassistencial e as Comunidades Terapêuticas no enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) junto à população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de nov 2020. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-conjunta-no-4-de-22-de-outubro-de-2020/>. Acesso em: 9 de nov 2020.

CARDOSO, C.S.; COIMBRA, V.C.C.; ANDRADE, A.P.M.; MARTINS, M.F.D.; GUEDES, A.D.C.; PEREIRA, V.R. Therapeutic trajectories of children attending a Children Psychosocial Care Center. **Rev Gaucha Enferm.** 2020 Jun 5;41:e20190166.

CARVALHO, S. T. A.; NERI, B. C. M.; FARIAS, I. C. Comunidades Terapêuticas: um Relato de Experiência sob o Olhar da Psicologia Comunitária. **PSI UNISC**, v. 4, n. 2, p. 131-Z41, 2020.

CASTILLO CCDA. Analysis of the Stress, Anxiety and Healthy Habits in the Spanish COVID-19 Confinement. **Health Science Journal.** 2020;14(2):707.

CLAY JM, PARKER MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? **The Lancet Public Health.** 2020;5(5):e259.

COIMBRA, V.C.C.; KANTORSKI, L.P. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev enferm UERJ.** 13(1):57-62, 2005.

CORREIO, A. R. P. H., & CORREIO, T. T. D. O. A. Oficinas terapêuticas como instrumento de tratamento em caps ad e resignificação do sujeito no contexto social. **linkscienceplace-Interdisciplinary Scientific Journal**, 6(1).2019.

COUTINHO, I. F. et al. Serviços de saúde e comunidades terapêuticas: há uma relação em prol do dependente químico? **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 533-540, 2015.

CRUZ, M. P. da; MONTEIRO, C. F. de S.; IBIAPINA, A. R. de S. Oficinas terapêuticas em saúde mental como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção dos familiares. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(11):3996-4002, nov., 2016.

DELFINI P. S. de S, BASTOS I. T., REIS A. O. A. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Cad. Saúde Pública**. 2017; 33(12): e00145816.

DE SOUSA LUZ, V. L. E. et al. Ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 4, p. 1-12, 2015.

ESTAUBER, A.; GUIMARÃES, C. F. A produção de subjetividade dependente nos CAPSAd: problematizando as práticas de cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 3, p. 273-283, 2017.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas:** práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015.

GASTAL, C.L.C.; GUTFREIND, C. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. *Cadernos De Saúde Pública* - **Cad. Saúde Pública**. 23. 10.1590.

LACERDA CB, FUENTES-ROJAS M. Meanings attributed to Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) by its users: a case study. **Interface (Botucatu)**. 2017; 21(61):363-72.

MARQUES, D. A. et al. Percepção da equipe multiprofissional sobre oficina terapêutica de música desenvolvida pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, 2020.

NORONHA, A. A.; FOLLE, D.; GUIMARÃES, A. N.; BRUM, M. L. B.; SCHNEIDER, J. F.; MOTTA, M. da G. C. da. Perceptions of adolescents' family members about therapeutic workshops in a child psychosocial care center. **Rev. Gaúcha Enferm.** 37(4): e56061, 2016.

SHEVLIN M, MCBRIDE O, MURPHY J, MILLER JG, HARTMAN TK, LEVITA L, et al. Anxiety, Depression, Traumatic Stress, and COVID-19 Related Anxiety in the UK General Population During the COVID-19 Pandemic. 2020.

WANG C, PAN R, WAN X, TAN Y, XU L, HO CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International journal of environmental research and public health**. 2020;17(5):1729.

CAPÍTULO 20

A INFLUÊNCIA DE FATORES EMOCIONAIS NO ALCOOLISTA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 04/12/2020

Ana Karina Rodrigues Coelho

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/6046937984516972>

Amanda Guimarães Cunha

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2433381248469797>

Luna Carolina Cardoso Castro

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras
Drogas (CAPS AD)
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/3574914509357460>

Leonardo da Silva Trindade

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/3672276152114694>

Daniela Lima Sampaio

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-0978-3019>

Ana Luiza Ribeiro Souza

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/3543787952305216>

Gilmara da Costa Gonçalves Reis

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<http://orcid.org/0000-0001-7178-8649>

Fabiana Rodrigues Ferreira

Centro universitário Fibra
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/3008950882449585>

Jamilly Cristinhe Passos de Jesus

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0003-4000-5108>

Dirce Helena da Silva Souto

Centro Universitário Fibra
Belém – Pará
<https://orcid.org/0000-0001-7001-7666>

Paulo Sérgio Caetano de Carvalho

Universidade do Estado do Pará - Campus XII
Santarém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-1958-9746>

Giselle Diniz dos Santos

Universidade do Estado do Pará - Campus XII
Santarém – Pará
<https://orcid.org/0000-0002-6433-5331>

RESUMO: Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (P.A). A ligação entre hipertensão e álcool é demonstrada a partir do consumo excessivo, já que a prevalência da hipertensão arterial é o dobro em consumidores frequentes comparados aos consumidores leves, sendo possível observar redução da pressão arterial após uma semana de abstinência. **Objetivo:** Identificar fatores emocionais relacionados à presença de HAS e

alcoolismo, e a importância de monitorar a P.A. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso clínico, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **Resultados:** Nas práticas de ensino em enfermagem, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Belém, obtivemos o seguinte caso: O.P.B.J, sexo masculino, 50 anos, casado, 4 filhos, morador do município de Belém, iniciou consumo de álcool aos 16 anos. Adquiriu HAS aos 45 anos e Diabetes Mellitus tipo 2 aos 50 anos. Paciente estava sem queixas no momento da consulta e relatou que aos finais de semana sente sintomas sugestivos de ansiedade para beber. Como Diagnóstico de enfermagem obtivemos: intolerância ao estresse relacionada à falta de estratégias para realizar o controle de crises situacionais evidenciadas por sintomas de ansiedade. **Conclusão:** Foi realizada a SAE, baseada nas necessidades reais, após anamnese e histórico de enfermagem, objetivando a melhora do seu estado clínico em relação ao uso de SPA, e como o mesmo interfere em sua saúde emocional. Como intervenção de enfermagem, usuário foi orientado a buscar outras atividades prazerosas para substituir o consumo da bebida que também traz prazer e bem estar, além de ser orientado a verificar sua P.A para controle.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo; Saúde mental; Hipertensão.

THE INFLUENCE OF EMOTIONAL FACTORS IN THE ALCOHOLIST WITH ARTERIAL HYPERTENSION: A CASE STUDY

ABSTRACT: Introduction: Systemic arterial hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained blood pressure levels (BP). The link between hypertension and alcohol is demonstrated from excessive consumption, since the prevalence of hypertension is double in frequent consumers compared to mild consumers, and it is possible to observe a reduction in blood pressure after one week of abstinence. **Objective:** To identify emotional factors related to the presence of hypertension and alcoholism, and the importance of monitoring BP. **Methodology:** This is a clinical case study, using the Nursing Care Systematization. **Results:** In nursing teaching practices, in the Psychosocial Care Center, in Belém, we obtained the following case: O.P.B.J, male, 50 years old, married, 4 children, resident of the city of Belém, started alcohol consumption at 16 years old. Acquired hypertension at age 45 and Diabetes Mellitus type 2 at age 50. Patient was without complaints at the time of the consultation and reported that on weekends he feels symptoms suggestive of anxiety to drink. As Diagnosis of nursing, we obtained: intolerance to stress related to the lack of strategies to perform the control of situational crises evidenced by anxiety symptoms. **Conclusion:** It was performed the systematization of nursing care, based on the real needs, after anamnesis and nursing history, aiming at the improvement of its clinical status in relation to the use of psychoactive substances, and how it interferes in its emotional health. As a nursing intervention, the user was instructed to seek other pleasurable activities to replace the consumption of the drink that also brings pleasure and well-being, in addition to being instructed to check his BP for control.

KEYWORDS: Alcoholism; Mental health; Hypertension.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) participa de quase metade delas. (LONGO, MARTELLI, ZIMMERMANN, 2020). Nas últimas décadas, o consumo de álcool em níveis elevados vem sendo apontado como fator de risco para um número crescente de doenças, dentre essas doenças se encontram as doenças cardiovasculares que assumem um papel de maior destaque, em particular os acidentes vasculares cerebrais (AVC) e a hipertensão arterial, sendo a última, a mais reconhecida como um dos principais fatores de risco na determinação de AVC isquêmico e hemorrágico. (LIMA, CARVALHO, 2020).

A evolução clínica das doenças cardiovasculares é lenta, relacionada a uma multiplicidade de fatores de risco que quando não tratados, acarreta complicações sérias para a saúde, sendo algumas de caráter permanente. A associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e as doenças cardiovasculares é uma questão que merece atenção já que o consumo de álcool muitas das vezes está relacionado a problemas sociais. (STIPP et al, 2020).

O uso prejudicial do álcool é associado a mais de 60 tipos de doenças, incluindo desordens mentais, suicídios, câncer, cirrose, danos intencionais ou não intencionais (beber e dirigir), comportamento agressivo, perturbação familiar, acidentes no trabalho e produtividade industrial reduzida. Associa-se também a comportamentos de alto risco, incluindo sexo inseguro e infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e ao uso de outras substâncias psicoativas (SPA). (DUALIBI, LARANJEIRA, 2020).

Existem três mecanismos que explicam os danos associados ao consumo de álcool: toxicidade física, intoxicação e dependência. Tais danos dependem do padrão de consumo pessoal, que se caracteriza pela frequência e quantidade do uso do álcool, e pelo contexto em que se bebe, seja durante as refeições ou não, festas, reuniões, entre outros. (DUALIBI, LARANJEIRA, 2020).

Nos idosos, se deve avaliar as particularidades no tratamento medicamentoso associado às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como diminuição da atividade dos barorreceptores, alterações da composição corpórea, metabolismo basal, fluxo sanguíneo hepático e do ritmo de filtração glomerular, com alteração da absorção, da distribuição e metabolização dos medicamentos. A introdução de anti-hipertensivos deve ser feita em doses baixas e com aumento gradual, evitando-se quedas tensionais que possam acarretar hipotensão ortostática ou hipofluxo em órgãos vitais. (LONGO, MARTELLI, ZIMMERMANN, 2020).

Atualmente, observam-se muitas discussões sobre as doenças crônicas e sua relação com a esfera das emoções, porém poucos estudos exploram a relação entre Hipertensão Arterial Sistêmica e as psicopatologias. Entre os fatores de risco conhecidos para HAS, traços de personalidade, depressão e ansiedade podem ser importantes desencadeadores

da doença. A genética e os fatores ambientais como obesidade e inatividade física e alto consumo de sódio são apontados como os principais fatores de risco para a HAS. (QUINTANA, 2020).

A modificação do estilo de vida é considerada um elemento primordial no controle da pressão arterial (P.A.), incluindo uma dieta adequada, prática de atividade física regular, redução do consumo de bebida alcoólica e cessação do tabagismo. Um dos grandes problemas enfrentados pelos sistemas de saúde é encontrar estratégias eficazes para motivar e auxiliar os indivíduos com condições crônicas, incluindo aqueles com HAS, a modificar seu estilo de vida e desempenhar um papel ativo em seu tratamento. (SILVA, FARIA, DUARTE, 2020).

Apesar de se suspeitar sempre que o estado emocional alterado, ansiedade e conflitos emocionais crônicos estão diretamente ligados ao aumento de incidência de enfermidade cardiovasculares, existem evidências para comprovar que o estresse social, e o comportamento chamado Tipo A¹, aumentaram significativamente os riscos de doença cardiocirculatórias, principalmente a doença coronariana do tipo Infarto do Miocárdio. (ROSENMAN, 1964).

Para Souza (2014) a ingestão crônica de etanol possui relação com o desenvolvimento de hipertensão arterial independentemente do tipo de bebida alcoólica, sendo referido em estudos epidemiológicos que o álcool quando há uso leve a moderado atua como cardioprotetor, no entanto, ao se abordar o uso crônico e ao se correlacionar com fatores de risco como idade, sexo, raça e obesidade, pode ocasionar prejuízos ao sistema circulatório. Isto ocorre, especialmente quando a ingestão de álcool se faz na ausência de alimentação prévia. Para homens e mulheres, ainda há, segundo a autora, a queima de gordura de forma diferente e isso também influencia na metabolização do álcool pelo organismo.

Assim, o consumo moderado de etanol atua aumentando o HDL (fração importante do colesterol que protege o organismo de obstruções causadas por gorduras), contrapondo-se com o consumo excessivo em que não se observa efeito semelhante, porém ocorre uma ação aterogênica com elevação dos níveis de LDL (fração do colesterol que favorece acúmulo de gordura nos vasos sanguíneos e possível obstrução), lipoproteínas de alta densidade, gerando alterações nos fatores de coagulação propiciando risco de trombose, modificando a ação miocárdica direta e alterando o sistema de condução, ocasionando arritmias e aumento agudo ou sustentado da pressão arterial (SOUZA, 2014).

Ademais, a hipertensão induzida pelo etanol está relacionada ao comportamento bifásico da ação aguda do álcool na atividade simpática em que há uma resposta mediada dos barorreceptores. Outro efeito é a alteração e a estimulação simpática ou adrenal ao sistema renina-angiotensina-aldosterona, ambos atuando nas vias inibitórias do centro

1 A personalidade tipo A é definida por três características: competitividade, senso de urgência e hostilidade. Essas três facetas se manifestariam principalmente em situações de estresse, exigência e desafios.

vasomotor, causando aumento nos níveis de hormônio antidiurético, cortisol, comprometendo o mecanismo barorreflexo (SOUZA, 2014). Desta maneira os objetivos deste estudo são: identificar fatores emocionais relacionados à presença de HAS e alcoolismo, correlacionar o alcoolismo e a HAS e destacar a aplicação da SAE na assistência a estas comorbidades, apresentando como uma das intervenções, a monitorização da HAS.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso clínico, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é uma metodologia que organiza toda operacionalização do processo de enfermagem, planeja o trabalho da equipe e os instrumentos que serão utilizados de acordo com o procedimento que vai ser utilizado. O objetivo desta metodologia é garantir com precisão o cumprimento do processo de enfermagem e de atendimento aos pacientes, sendo uma prática desenvolvida pelo enfermeiro para sustentar a gestão e o cuidado no processo de enfermagem.

A SAE é composta por cinco etapas, que ajudam no fortalecimento e na tomada de decisão clínica assistida do profissional de enfermagem. A primeira é a coleta de dados ou histórico de enfermagem onde se busca informações do paciente para definir os cuidados; a segunda etapa é o diagnóstico de enfermagem onde se interpreta e são relacionados os dados coletados, para poder apresentar ações e intervenções, para que se alcance os resultados esperados; a terceira etapa é o planejamento de enfermagem que organiza as ideias onde a equipe multiprofissional pode atuar prevenindo, controlando e resolvendo problemas de saúde; quarta etapa é a de implementação, onde a partir das informações obtidas e focadas na SAE, a equipe realizara ações de intervenção, que são atividades desde uma administração medicamentosa ou realizar cuidados específicos, como higiene pessoal, aferir os sinais vitais, e registrar no prontuário, e por fim, a última etapa que é a avaliação em enfermagem ou evolução, onde se registra a evolução do paciente se as intervenções que foram aplicadas foram com êxito. Com essas informações o enfermeiro pode ter a necessidade de mudanças ou adaptações do processo de enfermagem, além de proporcionar informações que irão auxiliar as outras equipes multiprofissionais na tomada de decisão de condutas.

3 | RESULTADOS

Durante a realização da consulta de enfermagem nas práticas de estágio, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Belém, obtivemos o seguinte caso: O.P.B.J, sexo masculino, casado, 4 filhos, 50 anos, iniciou o consumo de álcool aos 16 anos. No dia do atendimento o usuário compareceu desacompanhado, apresentando-se consciente e orientado, autoalopsiquicamente. Ao exame físico apresentava pressão arterial (PA):

130/70 mmHg; frequência cardíaca (F.C): 60 bpm; Frequência Respiratória (F.R): 20 rpm; A.C: BRNF em 2T; A.P: MV+ com RA+ em estertores em pulmão esquerdo. Sono e repouso preservados, bem como funções fisiológicas presentes e espontâneas. No prontuário do paciente constava que o mesmo adquiriu HAS aos 45 anos e recentemente, aos 50 anos, descobriu ser diabético (Diabetes Mellitus tipo 2). Durante a consulta de rotina, o mesmo não apresentou queixas, mas relatou que aos finais de semana se sente com sintomas sugestivos de ansiedade para consumir álcool, e apresenta sintomas como nervosismo e inquietação motora, além do mais, diante do falecimento, recentemente de um amigo próximo, sentiu-se persuadido para ingerir bebida alcoólica, referindo se encontrar em abstinência há dois meses. Diante do caso houve a realização de todas as etapas do processo de enfermagem (coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem), baseada em suas reais necessidades, objetivando a melhora do quadro clínico. Como Diagnóstico de Enfermagem principal destacado teve-se: a intolerância ao estresse relacionada à falta de estratégias para realizar o controle de crises situacionais evidenciadas por sintomas de ansiedade.

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM – NANDA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – NIC	RESULTADOS ESPERADOS – NOC
Integridade da pele prejudicada caracterizada por alteração na integridade da pele relacionado por fatores externos e dificuldades de cicatrização de lesão por continuidade em MSD (presença de esfacelo e tecido proliferativo).	Avaliar condições de curativo; Orientar realização de curativo com coberturas específicas que propiciem cicatrização local; Orientar quanto aos sinais flogísticos.	Propiciar a recuperação adequada da pele.
Estilo de vida sedentário caracterizado por falta de condicionamento físico relacionado interesse insuficiente pela atividade física	Prática de exercício físico 3 vezes por semana;	Diminuir o estresse e sintomas sugestivos de ansiedade;
Ansiedade caracterizada por muita agitação e angústia relacionada ao uso de substância psicoativa.	Oferecer apoio psicológico; Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento;	Autocontrole da ansiedade;
Pesar complicado caracterizado por ansiedade, saudade da pessoa falecida e sensação de abalo relacionada a apoio social insuficiente	Monitorar o estado emocional do indivíduo.	Estratégias para evitar a ansiedade;
Disposição para nutrição melhorada caracterizada por expressar desejo de melhorar a nutrição.	Controle da nutrição; Monitoração nutricional;	Perda de peso e evitar complicações de HAS e DM tipo II

PROCESSO DE ENFERMAGEM

4 | DISCUSSÃO

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) pode ser compreendida como um instrumento para planejar, estruturar, otimizar e organizar o ambiente de trabalho, além de definir atribuições aos membros da equipe de enfermagem, constituindo-se como uma atividade privativa do enfermeiro. Portanto, a SAE é uma ferramenta que fornece subsídios para a organização da assistência e a gerência do cuidado (OLIVEIRA et al., 2018).

A aplicação da SAE envolve mais do que uma sequência de passos a serem seguidos, requerendo do profissional maior familiaridade com os diagnósticos de enfermagem e sensibilidade para adequar as necessidades do cliente às condições de trabalho, tornando-as menos simples do que sugere a teoria (SILVA et al., 2011).

Conforme o caso exposto, foi possível identificar as consequências da HAS associada ao etilismo no paciente idoso, que ingeria diariamente a bebida alcoólica, o qual a utilizava como fuga para amenizar os problemas do dia a dia. Com base nas ações voltadas às políticas públicas se faz necessário compreender a importância de uma rede de assistência integral, a fim de garantir apoio emocional e físico para esses indivíduos, proporcionando a eles bem estar e qualidade de vida, assim como para propagar ações de conscientização para o fornecimento de informações acerca da redução do consumo de álcool e como isso irá interferir na vida deles de forma direta. Cabe também de forma consensual o acompanhamento com a equipe multiprofissional para intercalar as práticas de exercício físico e uma boa alimentação, que são formas positivas e eficazes para controlar a P.A, além de ajudar na redução do consumo alcoólico para que não haja problemas sociais e físicos por conta do uso exagerado do álcool.

Com relação ao uso frequente de bebidas alcólicas, pode ocorrer o descontrole de substâncias cerebrais que são responsáveis pelo controle emocional, o que pode causar nos indivíduos crises com sintomas sugestivos de ansiedade. O consumo exagerado do álcool é considerado um problema de saúde pública e vem aumentando a cada dia entre os idosos, e seu consumo contribui para morbidades, mortalidades e internações hospitalares.

5 | CONCLUSÃO

Foi realizada a SAE, baseada em suas reais necessidades, objetivando a melhora do seu estado clínico do usuário do CAPS AD em relação ao uso de SPA, e como o mesmo interfere em sua saúde emocional. Sendo orientado a buscar outras atividades prazerosas para substituir o consumo da bebida que também traz prazer e bem estar, além de ser orientado a verificar sua P.A para controle. Sabendo que o álcool é uma droga lícita, é importante a intervenção da equipe multiprofissional na promoção a saúde desse indivíduo.

REFERÊNCIAS

DUAILIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronaldo. **Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas**. Disponível em: scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6462.pdf.

GUIMARÃES, Mariana Silva Freitas; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. **PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ABUSO E PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ENTRE IDOSOS**. Disponível em: scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180078.pdf.

LONGO, Marco Aurelio Tosta; MARTELLI, Anderson; ZIMMERMANN, Anita. **Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP**. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a08.pdf>.

LIMA, Carlos Tadeu da Silva; CARVALHO, Fernando Martins. **Hipertensão arterial e alcoolismo em trabalhadores de uma refinaria de petróleo**. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1999.v6n3/185-191/pt>.

OLIVEIRA, Célia Maria de; CARVALHO, Daclé Vilma; PEIXOTO, Eline Rezende de Moraes; CAMELO, Lidyane do Valle; SALVIANO, Márcia Eller Miranda. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/527>.

QUINTANA, Jacqueline Feltrin. **A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a02.pdf>.

ROSENMAN, R.H., et al. (1964). **A predictive study of coronary heart disease**. JAMA, 189:15-22.

SOUZA, Dilma do Socorro Moraes de. Álcool e hipertensão. Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol. 2. Pg: 83-86. Pará. 2014. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881413/rbh-v21n2_83-86.pdf Acesso em: 02 de dezembro de 2020;

STIPP, Marlucci Andrade Conceição; LEITE, Josete Luzia; CUNHA, Natália Machado da; ASSIS, Luana Santos de; ANDRADE, Michel Pires de; SIMÕES, Ricardo Duarte. **O CONSUMO DO ÁLCOOL E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES – UMA ANÁLISE SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM**. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a04>.

SILVA, Amanda Miranda; FARIA, Debora da Silva; DUARTE, Gema Galgani de Mesquita. **Avaliação da depressão e do estilo de vida de idosos hipertensos**. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/download/17034/14788/>.

SILVA, Elisama Gomes Correia; OLIVEIRA, Viviane Carla de; NEVES, Giselda Bezerra Correia; GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **SciELO**, [s. l.], 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>.

CAPÍTULO 21

UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DE PESSOAS COM ESTOMIAS

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 19/12/2020

Vanessa Cristina Maurício

Doutora em Enfermagem (PPGENF/UERJ)
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/1288457663560793>

Caroline Rodrigues de Oliveira

Especialista em Estomaterapia (UERJ)
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/8839039311040320>

Priscilla Farias Chagas

Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/3210987255800226>

Livia Nunes Rodrigues Leme

Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/7969441323405678>

Samira Silva Santos Soares

Doutoranda em Enfermagem (PPGENF/UERJ)
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/8268076442070565>

Silvio Arcanjo Matos Filho

Doutor em enfermagem (PPGENF-UERJ)
Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Jequié – BA
<http://lattes.cnpq.br/3033402006748341>

Ninalva de Andrade Santos

Doutora em Enfermagem (UFBA)
Professora adjunta da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Jequié-BA
<http://lattes.cnpq.br/3482281799822788>

Déborah Machado dos Santos

Pós-Doutora em Enfermagem (PPGENF- UERJ)
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/0336254400191215>

Patrícia Alves dos Santos Silva

Doutoranda em Enfermagem (PPGENF-UERJ)
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/0329150643999673>

Midian Oliveira Dias

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/6156067175268390>

Eloá Carneiro Carvalho

Doutora em Enfermagem e Professora Adjunta Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/4855993214185994>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Doutora em Enfermagem e Professora Titular Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/1202954878696472>

RESUMO: O estoma é resultado de uma exteriorização cirúrgica de parte de um órgão oco associado a perda do controle esfinteriano,

gerando modificações na vida da pessoa. **Objetivo:** analisar a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado a pessoas com estomias. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e interpretativo, fundamentado na perspectiva dialética, desenvolvido num Centro Municipal de Reabilitação do Rio de Janeiro. Os participantes foram seis enfermeiros aos quais se aplicou uma entrevista semiestruturada. Realizou-se a análise por meio do método histórico-dialético. **Resultados:** Constatou-se que a SAE, além de ser pouco utilizada, não seguia uma metodologia definida. Ademais, verificou-se que era incipientemente aplicada no processo de reabilitação das pessoas com estomias devido às barreiras institucionais, de infraestrutura e de recursos humanos. **Conclusão:** Evidencia-se a importância de a organização laboral investir recursos e incentivar os enfermeiros a implementarem a SAE nas ações de reabilitação de pessoas com estomias.

PALAVRAS-CHAVE: Estomaterapia. Consulta de enfermagem. Reabilitação. Assistência de Enfermagem.

USE OF NURSING CARE SYSTEMATIZATION IN THE CARE OF PERSONS WITH STOMAS

ABSTRACT: The stoma is the result of a surgical exteriorization of part of a hollow organ associated with loss of sphincter control that causes changes in the person's life. **Objective:** to analyze the use of Nursing Care Systematization in the care of people with stomas. **Method:** Thesis clipping of a qualitative, descriptive and interpretive nature, based on the dialectical perspective, developed in a Municipal Rehabilitation Center. Participants were six nurses to whom a semi-structured interview was applied. The research was approved by CEP under protocols 843,566 (UERJ) and 902,611 (SMS / RJ). The analysis was carried out through the historical-dialectical method. **Results:** Participants reported that the systematization of nursing care (SAE) besides being little used did not follow the standardization, had no defined methodology. In addition, it was not applied in the process of rehabilitation of people with ostomies, due to institutional, infrastructure and human resources barriers to its implantation. **Conclusion:** The importance of the implementation of the systematization of nursing care in the rehabilitation actions of people with ostomies is evidenced.

KEYWORDS: Stomatherapy. Nursing consultation. Rehabilitation. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

Rotineiramente, na assistência à pessoa com estomia, não se evidencia um processo de cuidar/cuidado sistematizado, fato que interfere no direcionamento das ações de enfermagem e, conseqüentemente, na organização do trabalho, tornando o processo laboral pouco racional, comprometendo a qualidade do cuidado prestado (MAURICIO, 2015).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite estruturar as atividades laborais por meio da implantação de um método de trabalho apropriado, com a utilização de recursos humanos em quantidade e qualidade adequadas, com elaboração e implementação de instrumentos de registro e avaliação de enfermagem de modo a assegurar assistência de enfermagem satisfatória. A SAE prevê a construção e implantação

de protocolos assistenciais, escala de pessoal, elaboração e execução de programação de fluxos de trabalho e a estruturação do processo de enfermagem com etapas organizadas para orientar o cuidado profissional (FERREIRA *et al.*, 2016).

A complexidade da assistência à pessoa com estomia, que está sob os cuidados da enfermagem, guarda relação com fazer, ajudar, orientar e encaminhar, no sentido de evitar complicações que possam comprometer o processo de reabilitação. De modo geral, requer que a ação cuidadora que atenda o indivíduo de forma integral satisfazendo as suas necessidades básicas de ordem física e emocional. Nesta interface, a SAE, constitui ferramenta útil, também, com vista a inclusão social da pessoa com estomia (MAURICIO, 2015).

Denomina-se estoma a exteriorização cirúrgica de parte de um órgão oco, que pode ser de caráter temporário ou definitivo. O estoma intestinal ou urinário, caracterizam-se como de eliminação, comprometendo o controle esfíncteriano e requerendo o uso de equipamentos coletores de fezes e/ou urina. Tal situação repercute em mudanças significativas na vida das pessoas submetidas a esta intervenção, desse modo somam-se aos danos de ordem física e psicológica as consequências de cunho social (NASCIMENTO *et al.*, 2016)

Nesta perspectiva, a autoimagem, a autoestima e o convívio social podem ser prejudicados nas pessoas com estomias por conta dos odores desagradáveis emanados sem o controle da pessoa, emissão de ruídos decorrentes de flatulência, o uso de equipamentos coletores que alteram o vestuário, necessidade de idas constantes ao banheiro, entre outros aspectos (MENDONÇA *et al.*, 2015).

Vive-se em uma sociedade onde o culto ao corpo tem frequentemente gerado desdobramentos para o bem estar das pessoas. Assim, verifica-se que a imagem corporal representa atributo de relevância para uma autoestima elevada e também como forma de inclusão social, pois o corpo belo e saudável são prerrogativas para se ser bem aceito na comunidade. Nessa perspectiva, adaptar-se a uma estomia requer medidas eficazes de enfrentamento no campo físico, emocional e social. Considerando tal complexidade, a equipe multiprofissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, deve comprometer-se com o cuidado integral dessas pessoas (SILVA *et al.*, 2018). Portanto, durante a consulta de enfermagem deve ser proativa para a escuta, para se colocar em prática ações educativas relacionadas ao autocuidado, mas, também, de outras ações necessárias a integralidade do cuidado (MAURICIO; SOUZA; COSTA; DIAS, 2017).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), em sua Resolução no 358/2009, define que a SAE atua na organização metodológica do trabalho de enfermagem, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem que, por sua vez, orienta o cuidado e a documentação da prática profissional, embasada em um referencial teórico para nortear cientificamente cada etapa do processo (COFEN, 2009).

A partir desta breve contextualização acerca da problemática da pessoa com

estomia, delimitou-se o objetivo do estudo: analisar a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado a pessoas com estomias.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir com um entendimento mais aprofundado e científico do processo de cuidar/cuidado a pessoas com estomia, uma vez que a aplicação da SAE poderá identificar as especificidades e necessidades dessa clientela, ajudar no enfrentamento desta situação, favorecendo também a minimização de complicações decorrentes da estomia.

2 | METÓDO

Esta pesquisa caracterizou-se como qualitativa, descritiva, de caráter interpretativo e crítico, apoiada na perspectiva dialética. A pesquisa qualitativa, por apresentar caráter interpretativo contribui para a interação entre pesquisador e participantes, para assim, compreender suas ações, atitudes e modos de viver. Nesta interface, o foco do pesquisador que se apoia na dialética, consiste em analisar o objeto de estudo em sua historicidade e especificidade social, econômica, política, religiosa, enfim, procurando relevar as várias dimensões da vida humana (LUDWING, 2014). Outrossim, a dialética permite olhar e compreender a realidade como contraditória e em constante movimento e transformação, analisando os fenômenos em sua totalidade (KONDER, 2008).

Identifica-se proximidade entre a metodologia proposta e o objeto do estudo, pois, verificar a percepção dos enfermeiros acerca da assistência sistematizada nas consultas visando a inclusão social, requer considerar as contradições e o contexto histórico-socioeconômico no qual os atores sociais estão inseridos.

O cenário de coleta de dados foi um Centro Municipal de Referência em Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou temporária, localizado no Estado do Rio de Janeiro. Participaram do estudo seis enfermeiros dos quais um exercia a função de coordenação de enfermagem e os demais atuavam na assistência. Foram critérios de inclusão no estudo: compor o quadro funcional do Centro Municipal; graduação em enfermagem há mais de dois anos; experiência mínima de seis meses em atenção à pessoa com estomia; estar trabalhando no período de coleta de dados.

Cabe salientar que na instituição havia sete enfermeiros em condições de serem participantes do estudo, considerando os critérios de inclusão elencados, porém um recusou-se fornecer a entrevista.

Os dados foram coletados entre janeiro a março de 2015 por meio de entrevista semiestruturada, observação não participante e análise documental. A entrevistas continha quatro perguntas básicas que possibilitavam captar o ponto de vista dos enfermeiros sobre a SAE e como desenvolviam esta metodologia assistencial. A observação foi efetuada durante as consultas, e registrada em formulário elaborado para apontamentos de episódios relevantes para o alcance dos objetivos. A análise documental foi realizada em prontuários

e fichas admissionais dos pacientes.

As informações foram tratadas por meio da análise histórica-dialética. Desse modo, realizou-se as transcrições e leitura exaustiva dos textos apresentados, estabelecendo indagações para as contradições existentes na realidade histórica política e social dos participantes. Após essa etapa, identificou-se as frases relevantes para o alcance do objetivo, utilizando cores e organizando-as em grupos similares com posterior discussão à luz do apoio teórico do estudo.

O estudo foi cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP), obtendo aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (protocolo 843.566) e pela instituição coparticipante (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ) sob o número 902.611.

A presente pesquisa foi conduzida respeitando todos os padrões éticos exigidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Acrescenta-se que para garantir o anonimato, os participantes foram codificados com numerais na sequência de 1 a 6, de acordo com a ordem que ocorreram as entrevistas, antecidos pela letra E.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As questões abordadas no roteiro de entrevista estavam relacionadas com a utilização da SAE nas ações educativas direcionadas às pessoas com estomia, buscando-se identificar o que os profissionais pensam sobre o assunto, se utilizam essa sistematização no cotidiano da prestação do cuidado, dentre outras abordagens referentes à temática.

Em relação à utilização da SAE durante as consultas, um enfermeiro, embora deixasse claro sua importância, reconheceu e lamentou o não uso dessa metodologia de trabalho.

Eu gostaria que nossas ações aqui no Instituto fossem sistematizadas, mas infelizmente isto não ocorre. Eu gostaria de personalizar meu atendimento ao cliente, fornecendo uma prescrição individualizada, para que ele saísse daqui com tudo em mãos segundo sua especificidade. Mas como vou fazer esta sistematização se não tenho recursos tecnológicos, não tem computador, não tem impressos adequados? (E 1)

A fala do participante E1 indicou que a SAE não era aplicada em seu processo educativo devido às dificuldades relacionadas à estrutura organizacional. Para o mesmo, a sistematização estava intimamente relacionada à informatização e só poderia ocorrer se lhe fossem oferecidos recursos tecnológicos. Concorde-se que uma infraestrutura com oferta de aparatos tecnológicos e sistemas de informação são importantes ferramentas facilitadoras do trabalho, possibilitando a otimização do tempo e melhor acesso às informações (LANDEIRO, 2015).

Contudo a indisponibilidade de recursos tecnológicos não inviabiliza a prática de uma assistência de enfermagem sistematizada. A inexistência da sistematização assistencial

compromete a qualidade do processo de cuidar/cuidado, pois sem esta os enfermeiros não conhecem os problemas reais de sua clientela e não realizam uma abordagem integral. Assim, o profissional assiste e orienta com base no que ele considera importante, embasando-se em um modelo pedagógico tradicional, tomando a pessoa com estomia como receptor passivo de informações (LANDEIRO, 2015).

Outros participantes referiram usar a SAE durante as consultas de enfermagem, salientando sua aplicação de forma pouco organizada e sem o devido registro. Nas falas, percebeu-se inexistir uma padronização formal que regulamentasse o uso desta metodologia de trabalho.

Já tenho muitos anos na prática educativa com os estomizados, daí eu já faço esta sistematização. Mas eu não sigo um protocolo não, realizo de acordo com minha experiência, às vezes pulo uma etapa quando necessário e acabo voltando nela depois [...] (E 5).

Este instrumento admissional que aplicamos ao cliente tem até uma parte de sistematização, que engloba os diagnósticos a serem realizados no processo de enfermagem, e é segundo a NANDA, mas eu não uso muito não. A gente ainda tem certa resistência para utilizar essa sistematização (E 3).

Até tem um formulário, com os diagnósticos de enfermagem para você marcar, que muitas vezes eu confesso que acaba passando batido [...] O paciente que vem aqui em mais de uma consulta [...] você não vai em todas traçar diagnóstico, entendeu? Você anota a queixa, prescrição, queixa e prescrição. Então, é basicamente isso (E 6).

Os discursos mostraram-se contraditórios, já que o COFEn, em sua Resolução nº 358/2009, considera que a SAE atua na organização metodológica do trabalho profissional de enfermagem, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem, que por sua vez, orienta o cuidado profissional e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009). Desta forma, levanta-se o seguinte questionamento: Como pode ocorrer uma sistematização da assistência de enfermagem sem a utilização de uma metodologia científica?

Ora, para implementar a SAE é necessário adotar um referencial teórico para nortear cientificamente as etapas. Essencialmente, esse modelo teórico deve estar voltado para aquele de maior domínio dos enfermeiros (FERREIRA *et al.*, 2016).

Assim, a SAE representa uma organização do processo de enfermagem, embasada em uma metodologia científica, organizada em cinco etapas pré-definidas, padronizadas e inter-relacionadas, determinadas pela resolução COFEn nº 358/2009: 1) coleta de dados (ou histórico de enfermagem), por meio da qual se obtém informação sobre os clientes e de seu processo saúde-doença; 2) diagnóstico de enfermagem, que é a interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, constituindo a base para a seleção das ações ou intervenções; 3) planejamento de enfermagem, nela se organizam as ações e intervenções

de enfermagem; 4) implementação de enfermagem, que é a realização das ações ou intervenções anteriormente planejadas; e 5) avaliação de enfermagem, caracterizada por ser um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, determinando se as intervenções foram alcançadas e se são necessárias novas adaptações nas etapas do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

Verificou-se, então, que o desenvolvimento das consultadas a pessoas com estomia não possuía uma sistematização. Já que, não se fundamentava em uma base metodológica e também não possuía todas as etapas do processo de enfermagem, incluindo seu registro. Tal fato dificultou a realização de ações educativas individualizadas para a especificidade de cada cliente assistido e revelou um equívoco na organização do processo de trabalho.

No entendimento dos enfermeiros, a SAE era empregada nas consultas de enfermagem da seguinte forma:

A sistematização da assistência é realizada através do preenchimento das fichas admissionais dos estomizados. Elas têm dados sobre o tipo de estoma, cirurgia que foi feita, tempo de permanência, se ele tem alguma complicação no estoma, essas coisas (E3).

Eu não tenho um método de trabalho, com o passar do tempo eu acabei perdendo um pouco desta parte de sistematizar na minha consulta, pois a instituição não tem isso e nem estimula. Eu foco mais no cuidado, naquilo que eu aprendi e na minha vivência. (E 5).

A gente tem um impresso aqui que tem dados de anamnese e identificação pessoal. Você coloca as informações, logo em seguida detecta os principais problemas dos estomizados e traça sua conduta, sua prescrição, mas isto tudo não é formal, e também não é uma rotina. Mas como te falei, também é difícil fazer isso sempre. (E6).

Segundo o enfermeiro E3, a instituição disponibilizava a ficha admissional, um instrumento que ele considerava representar uma etapa sistematizada do processo de enfermagem. Este era preenchido apenas no atendimento de primeira consulta. Ao analisar tal ficha, observou-se que esta contemplava a primeira e segunda etapas do processo de enfermagem, relacionadas ao histórico e aos diagnósticos de enfermagem. Porém, estava direcionada basicamente às questões fisiológicas. Inclusive, este enfermeiro afirmou que os diagnósticos de enfermagem contidos na ficha foram embasados na taxonomia de NANDA, indicando que a elaboração dessa etapa do processo de enfermagem englobava uma padronização metodológica.

No entanto, observou-se que esta etapa da ficha era pouco utilizada e compreendida pela maioria dos enfermeiros. Comprovou-se essa afirmação durante a coleta de dados documentais, pois, em nenhuma das quarenta fichas admissionais analisadas, se registraram dados sobre os diagnósticos de enfermagem dos clientes, reforçando que os enfermeiros não realizavam adequadamente essa etapa do processo de enfermagem e

que possuíam, inclusive, resistência em utilizá-la.

Esta pesquisa corrobora com outras anteriores no que se refere às dificuldades na implementação da SAE devido resistência de alguns profissionais em adequar seu processo de trabalho a uma metodologia organizacional. As principais dificuldades elencadas foram: a sobrecarga de trabalho associada aos desvios de função; o número insuficiente de profissionais; o tempo elevado consumido com preenchimento dos formulários e manuseio de alguns instrumentos; e a falta de capacitação desses profissionais para realização da SAE (LANDEIRO, 2015; SOARES; RESCK; TERRA; CAMELO, 2015).

No presente estudo, considerou-se que os profissionais de enfermagem não aplicavam a SAE por falta de capacitação, pois não reconheciam que, para ocorrer a sistematização da assistência, era preciso seguir uma metodologia científica, elaborada previamente pelos enfermeiros, e cumprir as etapas já referenciadas. Logo, o processo de construção da SAE precisa contar com a participação dos enfermeiros da instituição, pois os mesmos devem se perceber como sujeitos ativos e participativos desse processo. Pondera-se que o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo tem como base fundamental conhecimento prévio sobre o fenômeno, o qual pode ser aprofundado, dentre outras maneiras, por meio da capacitação e treinamento continuado em serviço (COSTA *et al.*, 2015).

A utilização da SAE nos serviços de saúde, além de satisfazer as exigências legais da profissão, estimula práticas inovadoras, capazes de romper com antigos modelos assistenciais. No entanto, é necessário criar uma filosofia organizacional comprometida com os processos de melhoria contínua da assistência, garantindo aos clientes um cuidado integralizado, de qualidade e pautado na humanização (FERREIRA *et al.*, 2016).

O participante E5 discorre ter deixado de aplicar a SAE, justificando focar sua atuação na prática não sustentada por um método sistematizado e padronizado, mas por uma atuação entendida como a mais conveniente dentro do seu conhecimento e das necessidades observadas do paciente. A inexistência da implantação da SAE para nortear a práxis cuidadora contribui para que a assistência e as ações educativas sejam embasadas no modelo o qual fragmenta o cuidado e dificulta a integralidade do cuidar. Além disto, esse depoimento demonstrou importante contradição, pois o enfermeiro reconheceu haver uma lacuna entre a prática do cuidado e a SAE, não compreendendo que essas instâncias estão intimamente relacionadas (SOARES; RESCK; TERRA; CAMELO, 2015).

Para o enfermeiro E6, é inviável levantar os diagnósticos dos clientes toda vez que os mesmos compareçam às consultas, devido principalmente à sobrecarga de trabalho. Evidencia-se que o seu processo de enfermagem era direcionado à queixa principal do cliente e à prescrição de enfermagem para solucionar os problemas apresentados. Assim, se a SAE não era adequadamente realizada, os problemas da clientela não eram devidamente levantados. Todavia, este tipo de pensamento, denota o desconhecimento acerca das contribuições da SAE, a qual tem como um dos objetivos direcionar ações

futuras, contribuir com a continuidade da assistência, bem como, possibilitar o feedback necessário a avaliação do plano de ação executado.

A SAE fornece subsídios para o desenvolvimento de métodos interdisciplinares e humanizados no cuidado a pessoa com estomia e auxilia os enfermeiros no processo de reabilitação. Através de sua aplicação, o enfermeiro pode acompanhar a evolução e o prognóstico da clientela, reavaliando-a continuamente, detectando o aparecimento de novas dificuldades e avaliando, inclusive, a eficiência do processo educativo realizado (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Observou-se que a SAE não era realizada neste serviço. Identificou-se que o que ocorria era uma avaliação inicial da clientela, sem uma metodologia definida e na qual os enfermeiros levantavam alguns problemas apresentados pelas pessoas com estomia, principalmente ao preencherem suas fichas admissionais, e traçavam suas condutas, prescrições e orientações de enfermagem.

Ademais, observou-se que a ficha admissional não dava conta do desenvolvimento da SAE, pois continha apenas dados referentes ao histórico e aos diagnósticos de enfermagem. Acredita-se que para o sucesso do processo de enfermagem deve haver um compromisso entre gerência, chefias, supervisão e enfermeiros assistenciais. A organização do trabalho e a estrutura e cultura organizacional influenciam diretamente na aplicabilidade da SAE (SOARES; RESCK; TERRA; CAMELO, 2015).

4 | CONCLUSÃO

O estudo, apesar de apresentar limitações em termo do número reduziu de participantes, permitiu o alcance do objetivo proposto. As informações levantadas comportaram concluir que, na instituição utilizada como campo de coleta de dados a SAE não é aplicada. Ademais, observou-se pouca disposição por parte dos enfermeiros e gerência em relação à elaboração de instrumentos que viabilizassem a aplicação da SAE. Inferiu-se que esse dado pode estar relacionado ao fato de que os participantes trabalham há anos na instituição, desenvolvendo seu processo educativo da mesma maneira e acreditando que estão fazendo de forma correta.

Desse modo, percebeu-se desmotivação e pouca disposição dos profissionais na busca por melhoria da consulta de enfermagem, visto que a organização laboral não oferecia os recursos necessários para que pudessem implementar a sistematização da assistência de enfermagem, a exemplo do adequado quantitativo de trabalhadores de enfermagem e redução no volume de tarefas.

A utilização da SAE é essencial para realização das orientações de enfermagem de forma integral e contínua. Ela permite o acompanhamento da evolução e o prognóstico da pessoa com estomia, dentro de uma visão holística sobre ela e suas demandas. Sendo então recomendada a imediata implantação da SAE no Centro de reabilitação investigado.

A sugestão de implantação do roteiro, elaborado para realização de um processo de enfermagem sistematizado direcionado à inclusão social, contribuirá para as consultas de enfermagem, possibilitando o acompanhamento das pessoas atendidas.

Acredita-se na necessidade de pequenas mudanças quantitativas, centradas no alcance de metas em curto prazo, para que ocorra, posteriormente, uma importante mudança qualitativa em relação à conscientização da importância da inclusão social das pessoas com estomia.

Face à limitação do estudo, sugere-se também a elaboração de novas pesquisas vinculados à temática, a fim de produzir conhecimentos para estimular e fortalecer a assistência integral às pessoas com estomia, favorecendo a realização de consultas de enfermagem com metodologia problematizadora e contínua, contemplando à inclusão social e à reabilitação desta clientela.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional e Enfermagem, e dá outras providências. Resolução COFEN n. 358/2009, 15 outubro 2009. Brasília; 2009.

COSTA, D.B. *et al*. Impacto do treinamento de equipe no processo de trabalho em saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 9, n. 4, p. 7439-47, 2015. DOI: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201532.

FERREIRA, E.B. *et al*. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia profissional. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 86-92, 2016. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000100012.

FERREIRA, M.S. *et al*. A sistematização da assistência de enfermagem na prática do enfermeiro. **Nursing**, 2016. v.19, n. 221, p. 1436-38.

KONDER, L. O que é dialética. São Paulo: **Brasiliense**; 2008. 85 p.

LANDEIRO, M.J.L. Tecnologia educacional na gestão de cuidados: perfil tecnológico de enfermeiros de hospitais portugueses. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. esp 2, p. 150-155, dec. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800021>. Acesso 19 dez 2020.

LUDWING, A.C.W. Métodos de pesquisa em educação. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v.23, n.2, p. 204-233, jul.-dez. 2014.

MAURICIO, V. C. Processo educativo desenvolvido por enfermeiros voltado para inclusão laboral de pessoas com estomia. **Tese** (doutorado). Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.bdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=10584. Acesso em: 19 dez. 2020.

MAURÍCIO, V.C.; SOUZA, N.V.D.O; COSTA, C.C.P.; DIAS, M.O. A visão dos enfermeiros sobre as práticas educativas direcionadas as pessoas com ostomias. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0003.

MENDONÇA, S.N. *et al.* Orientações de enfermagem e implicações para a qualidade de vida de pessoas com ostomias **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 9, supl. 1, p. 296-304, jan. 2015. DOI: 10.5205/reuol.5221-43270-1-RV.0901supl201506.

NASCIMENTO, D.C. *et al.* Experiência Cotidiana: a Visão da Pessoa com Estomia Intestinal. **Estima**. São Paulo, v. 14, n.4, p.183-192, dez. 2016. DOI: 10.5327/Z1806-3144201600040005

SILVA, T.P. *et al.* Cuidado de enfermagem à pessoa com gastrostomia: revisão integrativa. **Estima**, São Paulo, v.16, e0718, 2018. DOI:10.30886/estima.v16.374_PT.

SOARES, M.I; RESCK, Z.M.R; TERRA, F.S.; CAMELO, S.H.H. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>. Acesso 17 fev 2019.

CAPÍTULO 22

O ASPECTO EMOCIONAL COMO FATOR CONTRIBUINTE PARA O TRATAMENTO DE ÚLCERAS VENOSAS NO IDOSO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 16/11/2020

Daniela Simões Silva Di Francesco

Grupo Sequencial - Escola Técnica
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/0750105132740003>

Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes

Universidade Anhembi Morumbi
<http://lattes.cnpq.br/7829301290601073>

Juliana Cristina Rodrigues Negrucci

Universidade Anhembi Morumbi
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/6855362421992178>

Lucilení Narciso de Souza

Universidade Anhanguera de São Paulo -
Campo Limpo, São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/7515398022578680>

Plínio Regino Magalhães

Centro Universitário Ítalo Brasileiro, SP
<http://lattes.cnpq.br/3112198571008107>

Pérciles Cristiano Batista Flores

Hospital Santa Cruz, Vila Mariana, SP
<http://lattes.cnpq.br/5161361256228569>

Ana Maria Cardoso Cunha

Hospital Sagrada Família - SP
<http://lattes.cnpq.br/4384761489807425>

Keila Martins da Conceição

<https://orcid.gov/0000-00003-0432-1509>

Solange Aparecida Caetano

Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São
Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/1959754622933973>

Aparecida Lima do Nascimento

Faculdade Anhanguera de Taboão da Serra,
Taboão da Serra - SP
<http://lattes.cnpq.br/8983661619582969>

Márcia Zotti Justo Ferreira

Faculdade Sequencial e Faculdade
Anhanguera de Taboão da Serra, SP
<http://lattes.cnpq.br/0462797432013994>

Priscila Oliveira Fideles dos Santos

Faculdade Capital Federal (FECAF) e
Faculdade Sequencial, Taboão da Serra SP
<http://lattes.cnpq.br/6660815188846313>

RESUMO: O envelhecimento é um processo natural, individual e inevitável. Neste processo modificações morfológicas e funcionais ocorrem e influenciam no desenvolvimento de doenças que modificam o ritmo e qualidade de vida do idoso, em âmbito físico, social e emocional. Este último gera situações de baixa autoestima, depressão e isolamento social, sendo assim, o presente estudo objetivo relatar a forma como o fator emocional interfere no processo de recuperação do idoso em tratamento de úlceras venosas, e ainda descrever as contribuições do profissional enfermeiro para este público. Através de revisão bibliográfica e abordagem descritiva de periódicos disponíveis em bases de dados científicos, verificou-se que a ulcera venosa é uma das principais doenças vasculares

que acometem os idosos, resultante de multifatores, apresenta tamanho e localização diferenciados. Sua prevenção e tratamento estão associadas a ações de identificação e prevenção dos fatores de risco, avaliação da lesão e assistência profissional efetiva. Para tanto, conclui-se que o profissional enfermeiro deve promover educação em saúde, através de ações que orientem e conscientizem, o idoso e seu familiar, quanto a importância do autocuidado, pois este pode influenciar no processo de cicatrização da lesão e recuperação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde do idoso; Úlcera venosa; Qualidade de vida

THE EMOTIONAL ASPECT AS A CONTRIBUTING FACTOR FOR THE TREATMENT OF VENOUS ULCERS IN THE ELDERLY

ABSTRACT: Aging is a natural, individual and inevitable process. In this process, morphological and functional changes occur and influence the development of diseases that modify the pace and quality of life of the elderly, in physical, social and emotional spheres. The latter generates situations of low self-esteem, depression and social isolation, therefore, the present study aims to report how the emotional factor interferes in the recovery process of the elderly in the treatment of venous ulcers, and also to describe the contributions of the nurse professional to this public. Through bibliographic review and descriptive approach of journals available in scientific databases, it was found that venous ulcer is one of the main vascular diseases that affect the elderly, resulting from multifactors, has a different size and location. Its prevention and treatment are associated with actions to identify and prevent risk factors, assess the injury and provide effective professional assistance. Therefore, it is concluded that the professional nurse should promote health education, through actions that guide and raise awareness, the elderly and their family members, regarding the importance of self-care, as this can influence the healing process of injury and recovery.

KEYWORDS: Nursing; Health of the elderly; Venous ulcer; Quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e individual, no qual o organismo passa por inúmeras alterações, representando assim, evidente aumento dos fatores que determinam as múltiplas patologias por eles apresentadas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Estudos realizados por Noronha e Pereira (2013) trazem à tona as diferentes concepções fornecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o conceito do termo idoso. Para a primeira, idoso é o indivíduo que possui idade igual ou superior a 60 anos, enquanto que para a segunda, o termo se refere à terceira Idade, fase em que o indivíduo se aposenta por motivo de saúde.

Segundo Miranda, Mendes e Silva (2016) a população idosa cresceu entre os anos de 1980 e 2000 em aproximadamente 7,3 milhões. Isso significa que até meados de 2050, a população brasileira será de 253 milhões, o Brasil será o quinto país, com números mais elevados de idosos, pertencentes a três especiais grupos: idosos jovens (65 a 74 anos de idade) são ativos e cheios de vontade de viver; idosos velhos, entre 75 e 84 anos de idade; e idosos mais velhos, com faixa etária superior a 85 anos de idade, que já apresentam

patologias diversas ou dificuldades para realizar as atividades diárias.

Durante o envelhecimento, modificações morfológicas e funcionais, acabam por influenciar no ritmo de vida, e resultam no desenvolvimento de problemas que comprometem sua qualidade de vida. Assim torna-se perceptível a necessidade de promover a saúde deste público.

A promoção da saúde dos idosos é um importante foco de atenção para a Saúde Pública, sendo este um direito estabelecido pelo Estatuto do Idoso, por meio da Lei 10.741/2003, assim como afirma Kuchemann (2012), ao mencionar claramente a responsabilidade das políticas públicas em adequarem-se ao processo do envelhecimento, para garantir proteção à vida e à saúde do idoso.

A promoção da saúde é um dos principais problemas evidenciados na atualidade. Olhares atenciosos tem que ser direcionados a esse campo, pois requer da equipe multidisciplinar comprometimento para com os problemas ou doenças que acometem o idoso durante o processo de envelhecimento. Entre elas, chama a atenção, os problemas vasculares, que se agravam com facilidade nesse público em questão.

As úlceras podem comprometer os membros inferiores, causando lesões que requerem cuidado holístico e avaliação contínua, uma vez que fatores psicológicos, locais e sistêmicos possam interferir na cicatrização (DUIM *et al.*, 2015). Compromete o estado físico, mas também o emocional do idoso, podendo levá-lo a situações de baixa autoestima e isolamento social.

Frente a situação exposta, o enfermeiro deve buscar por ações que promovam a qualidade de vida do idoso, proporcionando-lhe assistência humanizada frente a patologia apresentada. Seu papel, deve estar pautado na identificação e tratamento dos fatores que corroboram para a problemática.

O estudo, aqui apresentado, tem como objetivo primário relatar a forma como o fator emocional interfere no processo de recuperação do idoso em tratamento de úlceras venosas, e ainda descrever as contribuições do profissional enfermeiro para este público.

A confecção do presente instrumento de revisão bibliográfica e abordagem descritiva, realizado a partir de periódicos indexados nas bases de dados Lilacs e Scielo, correspondentes ao período de 2012 a 2020, foi subsidiado pelo segmento de três capítulos.

O primeiro descreve o processo de envelhecimento e o órgão mais acometido, a pele. O segundo discorre sobre a patologia da ulcera venosa, fatores desencadeantes e o tratamento da mesma, enquanto que o terceiro busca responder ao objetivo primário, proposto.

2 | ENVELHECIMENTO

O envelhecimento ocorre com todos os seres humanos. É definido como processo fisiológico, natural, que pode estar associado a fatores biológicos, psíquicos e sociais

(WICHMANN *et al.*, 2013).

De acordo com Miranda, Mendes e Silva (2016) o envelhecimento é dividido em biológico e psíquico. O primeiro depende das alterações que ocorrem a nível celular-molecular, sendo irreversível e agressivo, enquanto o segundo está associado ao autoconhecimento e a superação dos problemas diários.

Felix (2015) acrescenta que no seu ponto de vista, o envelhecimento é dividido em três categorias:

1. Senescência: o envelhecimento biológico é resultado da alta vulnerabilidade e probabilidade de morte à qual os idosos está sujeito;
2. Social: relacionado ao papel social que cada pessoa possui na sociedade;
3. Psicológico: relacionado ao indivíduo e sua capacidade de tomar decisões e opções que realizam (auto regulação), ao passo que este vai se adaptando ao processo de envelhecimento e senescência.

Existem diferentes explicações para a causa do envelhecimento. Uma dizem que ele é causado pelo excesso de lesões decorrentes dos raios ultravioletas e dos produtos do metabolismo, sendo que estes levam a deterioração e desgaste (MELO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2014). Outras direcionam a causa para a genética, porém os Gerontologistas definem o envelhecimento como consequência de influências culturais, falta de exercícios e dieta, e a existência de doenças prévias.

O envelhecimento se faz evidente devido aos diferentes efeitos da passagem do tempo. Nesse sentido, Wichmann *et al.*, (2013) afirmam que o estilo de vida, as condições socioeconômicas e as doenças crônicas, são fatores que determinam a velocidade com que o envelhecimento ocorre. Tal processo não pode ser revertido, pois queira ou não, surgem as rugas.

O órgão que mais revela o envelhecimento é a pele, pois se encontra externamente, exposta às intempéries, especialmente as mãos, o pescoço e o rosto. Um dos sinais mais visíveis do envelhecimento são as rugas, que são decorrentes da contração muscular repetida ao longo dos anos sendo mais comuns ao redor dos olhos, testa e lábios (MORGANA *et al.*, 2013). Na atualidade, existem inúmeras e efetivas medidas para amenizar, retardar ou impedir o envelhecimento precoce.

Machado (2012) e Ruivo (2014), acrescentam que todos nós, seres humanos, passamos por cinco fases do envelhecimento cutâneo, sendo eles:

- Diminuição da circulação: Nesta fase, percebemos que no decorrer com que a idade se avança, os capilares têm suas dimensões reduzidas. Consequentemente, os vasos linfáticos teriam suas funções reduzidas, provocando a insuficiente eliminação de resíduos celulares e a atrofia das células da pele.
- Insuficiência intracelular: Nesta fase, vê-se associada a não eliminação

completa das toxinas e a falta de oxigenação adequada, responsáveis por modificar a célula exteriormente e causar anormalidade patológica importante;

- Marcas de expressão: As expressões faciais, em sua maioria, são resultados da região, da cultura e das tendências naturais de cada um. Sendo causada pela contração muscular e relaxamento simultâneo de grande tensão;
- Transformações devidas a regiões e comportamento social diferente: Nesta fase, as transformações faciais decorrem raios ultravioletas emitidos pelos raios solares que se modificam de acordo com a região e causam modificações permanentes no funcionamento da célula.

Para Machado (2012) o envelhecimento causa alterações biológicas, sociais, funcionais e intelectuais, que ocorrem de forma progressiva e irreversível. Causam também, prejuízos ao organismo, que acaba ficando cada vez mais enfraquecido e susceptível às complicações, que podem resultar em óbito prematuro.

Para Wichmann *et al.*, (2013), um grande número de doenças que acometem os idosos, é decorrente do hábito e estilo de vida, e não da idade cronológica. Entre essas estão às doenças vasculares como pé diabético, úlceras venosas e outras, que afetam a pele.

2.1 Anatomia e fisiologia da pele

Para Morgana *et al.*, (2013) a pele é definida como protetora, sensível, reparadora e capaz de manter a homeostase de uma pessoa.

Segundo Rodrigues, Celeste e Mattos (2012) a pele, que também é denominada sistema tegumentar, é um dos maiores e mais sensível sistema do corpo, sendo que o tegumento representa relevante importância para o funcionamento do corpo e também para a aparência da pessoa.

Machado (2012) e Morgana *et al.*, (2013) concordam em dizer que a pele é o maior órgão de absorção do corpo, chegando a corresponder a 10% do peso corporal e uma área total de 2m², além de que suas células estão em constante crescimento e renovação, respondendo a estímulos provenientes do interior do corpo e do meio ambiente.

Segundo Rodrigues, Celeste e Mattos (2012) uma das principais funções da pele é o controle de temperatura, decorrente de sua capacidade de vasoconstrição ou vasodilatação cutânea, controlam a temperatura corpórea.

Ruivo (2014) chama atenção para o fato de que a pele, em estado sudoreico favorece a perda de calor, passando após esse contexto a obter a função da evaporação. Neste interim, a sudorese e o fluxo sanguíneo cutâneo, são controlados pelo Sistema Nervoso.

A pele possui a capacidade de proteger os órgãos internos da ação de substâncias químicas, tóxicas e radioativas, além de proteger o organismo do calor, frio, pressão,

fricção, e invasão bacteriana (RODRIGUES; CELESTE; MATTOS, 2012).

O suor, o sebo e a presença de algumas bactérias na pele ajudam o organismo a se defender contra infecção por organismo virulento graças aos seus efeitos químicos. Porém, efeito de barreira da pele é perdido se estiver cronicamente molhada ou se sua continuidade for destruída por trauma (RODRIGUES; CELESTE; MATTOS, 2012).

Morgana *et al.*, (2013) cita o quão importante é o papel da pele quando relacionada à síntese de vitaminas e nutrientes que auxiliam no processo de proteção do organismo contra desequilíbrios ambientais, visto que na presença da saúde ou doença, está se torna um valioso indicador diagnóstico.

Anatômica e estruturalmente a pele, constitui-se de três camadas. As camadas da pele compreendem:

1. **Epiderme:** Conceituada como a camada mais externa da pele, que serve externa que serve de proteção às estruturas subjacentes contra a invasão de microrganismos e não possui suprimento vascular, dependendo do nível dérmico para sua nutrição (MORGANA *et al.*, 2013)

De acordo com Machado (2012) a epiderme é constituída por células epiteliais chamadas de queratinócitos (produtores de queratina), e possui cinco subcamadas:

- **Estrato córneo:** Localizado mais externamente, é formado por células mortas que não possuem núcleo e obtêm a forma de uma lâmina, cuja função é proteger os agentes químicos, físicos e biológicos, além de também impedir a evaporação da água;
- **Estrato lúcido:** Formado por células preenchidas por queratina e substância glicolipídica, não possuem núcleos, têm forma achatada, poucas organelas citoplasmáticas e sinais de degeneração;
- **Estrato granuloso:** Representado por células que possuem núcleo central, forma achatada e grânulos de queratina no citoplasma, que forma uma barreira proteica de resistência entre as células;
- **Estrato espinhoso:** Representado por células com núcleo central, localizada acima da camada basal, onde há produção de queratinócitos;
- **Estrato basal:** Representa a camada mais profunda, que liga a epiderme a derme, e onde ocorre a divisão celular responsável pela renovação da epiderme.

Ainda na epiderme, em sua camada mais inferior, encontra-se presente os melanócitos, que são responsáveis pela produção de melanina que acentuam a pigmentação da coloração da pele e também protege contra os raios ultravioletas (MORGANA *et al.*, 2013).

2. **Derme:** Caracterizada como a camada mais profunda e espessa da pele,

composta de fibroblastos, fibras elásticas e colágeno, além de vasos sanguíneos, linfáticos, terminações nervosas, órgãos sensoriais, glândulas sebáceas e sudoríparas (RUIVO, 2014). É um tecido conjuntivo muito vascularizado, que atua na regulação da temperatura e da pressão arterial corpórea (MORGANA *et al.*, 2013).

A derme é dividida em duas subcamadas conhecidas como: papilar (camada superficial) e reticular (camada inferior mais espessa) (PINTO; MEJIA, 2014). A primeira é formada por tecido conjuntivo frouxo, e está em contato com a epiderme, enquanto a outra é formada por tecido conjuntivo denso não modelado, cuja predominância é direcionada às fibras colagenosas.

A derme comunica-se com a epiderme através de papilas, projeções digitiformes do tecido dérmico que se estendem para dentro da epiderme. Ela contém nervos, capilares e canais linfáticos que suprem a epiderme com os nutrientes necessários. A derme comunica-se inferiormente com o tecido subcutâneo, que possui células adiposas.

Tecido subcutâneo (hipoderme): Para Morgana *et al.*, (2013), a hipoderme é formada por tecido conjuntivo estreado com tecido adiposo, possuindo este, funções protetoras da retenção de calor e acolchoamento das estruturas subjacentes, além de servir como uma reserva de calorías.

A camada subcutânea é vista como um isolante, um amortecedor (coxim) para absorção de tensão ou proteção por traumas, e um depósito de nutrientes nas células adiposas, que está localizada abaixo da derme. Apresenta lóbulos de células adiposas delimitadas por septos conjuntivo-elásticos (MACHADO; CAVALIÉRI, 2012).

As alterações do envelhecimento cutâneo dependem da qualidade de vida com que cada indivíduo vivencia suas experiências e também dos fatores intrínsecos e extrínsecos envolvidos. Frente ao contexto evidenciado, Fachine e Trompieri (2012) esclarecem dois importantes fatores:

- O envelhecimento intrínseco define-se por um processo pré-ordenado e inevitável, relacionado a variações individuais como a faixa etária e a antecedentes genéticos;
- O envelhecimento extrínseco, caracteriza-se pela atuação de fatores externos como a ação dos raios solares, do tabaco e de agentes químicos. Estes últimos tornam-se importantes fatores de risco, envolvidos no desenvolvimento de diferentes doenças.

3 | ÚLCERAS VENOSAS

As úlceras venosas são causadas pelo comprometimento ou insuficiência da circulação do sangue nas veias. Furtado (2014) a define como resultado da Insuficiência Venosa Crônica (IVC), que fisiologicamente remete-se a insuficiência das válvulas das veias das pernas e da associação do refluxo de sangue para as veias superficiais.

Dados atuais mencionados por Silva e Faustino (2020), as úlceras venosas (UV) são uma das doenças mais predominantes ao redor do mundo e afetam cerca de 1,5% da população geral no ocidente. Muitos estudos sugerem maior prevalência de úlceras venosas em mulheres, mas essa disparidade diminui conforme a idade avança. Na população idosa esse número cresce para 5%, e com o crescimento da população idosa no mundo é esperado que esse número aumente ainda mais.

O comprometimento do fluxo sanguíneo gera a hipertensão venosa em deambulação, afeta a microcirculação, resultando no comprometimento das paredes e aumento de sua permeabilidade capilar (SOUZA *et al.*, 2015). Este último, por sua vez, promove a liberação de macromoléculas do meio exterior para a pele, resultando em alterações cutâneas que resultam na promoção da formação de úlceras no tecido.

A deficiência de nutrientes e oxigênio, podem contribuir para a formação das úlceras, inflamação e necrose tecidual, uma vez que a pele (tecido tegumentar) sofre transformações que resultam na fragilidade cutânea e na incapacidade de agir como barreira contra os fatores externos como a termo regulação.

Quanto mais seca e rugosa a pele se apresenta, menor o estímulo sensitivo, diminuição da elasticidade, flacidez, diminuição da espessura da derme e da epiderme e alteração da resposta imunológica celular (SOUZA *et al.*, 2015).

Nos membros inferiores, a úlcera tem como principais fatores de risco a hipertensão venosa causada pela obstrução ou insuficiência do sistema nervoso profundo, superficial ou ambos (MEDEIROS, 2014).

Outros estudos também associam as causas de úlcera crônica em membros inferiores a situações de insuficiência arterial, neuropatia, linfedema, artrite reumatoide, traumas, osteomielite crônica, anemia falciforme, vasculites, tumores cutâneos e doenças infecciosas crônicas.

A úlcera venosa apresenta características bem definidas. Assim Furtado (2014) a define como de borda irregular, inicialmente superficial, que pode evoluir para profunda, borda definida, presença de exsudato amarelo. A presença de tecido necrótico e exposição de tendões podem fazer-se presente, mas tal situação, é extremamente rara.

De acordo com Borges (2014) , as úlceras podem apresentar-se de formas diferenciadas (Figura 1), ou ainda serem denominadas únicas ou múltipla, de tamanhos e localização diferenciadas. Sendo:

- Úlcera crônica, com aspecto característico e borda irregular, assim como apresenta a figura 2a;
- Úlcera com eczema ao redor, eritema, descamação, prurido e, ocasionalmente, exsudato como evidenciado na figura 2b;
- Úlcera com presença de sinais inflamatórios como eritema não bem demarcado, dor, edema e aumento da temperatura local. Pode ser erroneamente, confundi-

da com erisipela ou celulite, assim como visualizado na figura 2c e d.

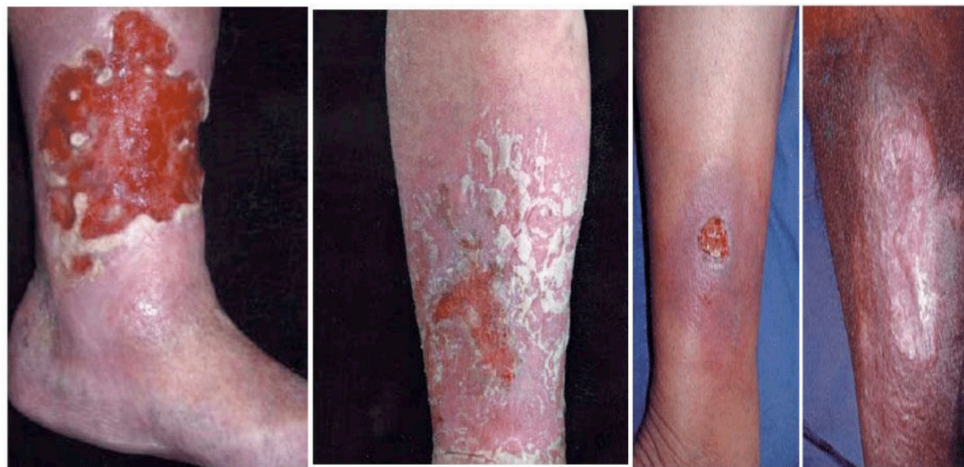


FIGURA 1 (a,b,c e d) – TIPOS DE ÚLCERAS

FONTE: (BORGES, 2014)

Comumente, as úlceras venosas apresentam sintomatologia específica, podem apresentar dor de intensidade variável, não associada ao tamanho da lesão, edema, queimação, coceira local, com possível presença de erupção cutânea, eczema, descamação, exsudato, outros (FURTADO, 2014).

3.2 Prevenção e tratamento

A prevenção e tratamento da úlcera estão associados a ações de identificação e prevenção dos fatores de risco, avaliação da lesão e cuidado assistencial (BORGES et al., 2017 e SOUZA *et al.*, 2015). Deve-se dar atenção à sintomatologia, especialmente, a dor e ao edema, que são pontos chaves para prevenção da formação da úlcera.

Para Borges *et al.*, (2017) o tratamento da úlcera venosa está baseado em quatro principais abordagens: tratamento da estase venosa, realizado através do repouso e da terapia compressiva; terapia tópica, a partir da escolha adequada da cobertura local, desde que este não seja tóxico para a ferida e seja capaz de remover do leito da lesão o tecido necrótico liquefeito, exsudato e outros componentes insatisfatórios à cicatrização; controle da infecção, através de antibioticoterapia adequada; prevenção de recidivas.

No que se refere ao tratamento direcionado à compressão das pernas (uso de meias elásticas), Souza *et al.*, (2015) esclarece que suas principais vantagens estão atreladas a redução da pressão venosa e promoção do retorno venoso do sangue, o que resulta no aumento da velocidade do fluxo nas veias profundas, e na consequente diminuição do edema.

Para realizar a terapia compressiva é necessária a verificação do índice do pulso tornozelo/braço para detecção de insuficiência arterial. O índice tornozelo/braço é um método não invasivo que utiliza um esfigmomanômetro e um aparelho de ultrassonografia para verificar a pressão arterial na região do tornozelo e do braço. Essa verificação é extremamente necessária, pois os portadores de úlceras venosas com insuficiência arterial não devem sofrer compressão na área lesionada. Nesse caso, deve ser redobrada a atenção do enfermeiro, pois a lesão pode passar por um grau de agravamento maior (SOUZA *et al.*, 2015).

De acordo com os estudos de Gomes *et al.*, (2016) e Borges *et al.*, (2017) o tratamento da ulcera venosa destaca-se pelo uso da Unna, em bandagem compressiva com óxido de zinco, cuja principal terapia objetiva a utilização desses componentes, de ação bacteriostática, para compressão do membro afetado. Todavia, não deixam de mencionar que o uso da sulfadiazina de prata em associação à fototerapia mostra-se satisfatória à cicatrização de feridas de diferentes etiologias, por permitir o alívio da dor e a reparação tecidual em curto período de tempo (aproximadamente duas semanas).

O sucesso do tratamento esta diretamente associado a avaliação da ferida, a padronização do tratamento e, em especial, à escolha e manejo dos produtos a serem utilizados nas feridas (SOUZA *et al.*, 2015).

4 | O IDOSO E AS ÚLCERAS VENOSAS

As úlceras podem comprometer os membros inferiores, causando lesões que requerem cuidado holístico e avaliação contínua, uma vez que fatores psicológicos, locais e sistêmicos possam interferir na cicatrização, e deixar deformidades expressivas (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2012). Assim verifica-se que a úlcera venosa assume papel de grande importância na vida dos sujeitos acometidos.

4.1 Fator emocional e recuperação

Oliveira *et al.*, (2014) afirma que o idoso visualiza o envelhecimento além da quantidade de anos vividos. Associam esse período a uma fase não produtiva, de desenvolvimento de doenças ou de agravamento daquelas já existente. Totalmente, contrário às exigências do mercado atual.

Em decorrência dos dissabores vivenciados, o desenvolvimento ou presença de lesões promovem o isolamento social, e conseqüentemente elevam o risco de desenvolvimento de ansiedade e depressão.

Segundo Vieira *et al.*, (2015) a depressão, em dias atuais, é vista mundialmente, como uma das dez principais causas incapacitantes, com impactos negativos nos aspectos físicos, pessoais e sociais. Dessa forma, deve ser reconhecida precocemente, para que o tratamento obtenha maiores chances de adesão terapêutica e cura.

No que se refere ao estado emocional do idoso acometido por úlcera venosa,

Salomé, Blanes e Ferreira (2012) afirmam que se trata de uma doença crônica, cujo processo de cicatrização é extremamente demorado. Tal fato, gera desconforto não só físico em decorrência da dor, presença e exsudato e odor, como também desordens psicológicas, decorrente da necessidade de modificações de estilo de vida e nas atividades desenvolvidas cotidianamente.

Diferentes estudos apontam que os idosos com úlceras venosas apresentam elevados níveis de depressão, em especial, as mulheres. Os sintomas mais evidenciados, segundo Vieira *et al.*, (2015) são caracterizados pela imagem corporal negativa, tristeza e autodepreciação.

Pereira *et al.*, (2014) acrescenta que nas mulheres os índices são maiores devido o significado da imagem corporal e a impactante e constante preocupação sobre a estética. Todavia, a diminuição da capacidade funcional, déficit de mobilidade e dor, comprometem a qualidade de vida, para os sujeitos com úlcera venosa em geral.

Durante a fase de tratamento, verifica-se que as atividades habituais e necessidades básicas começam a entrar em declínio. Neste momento, verifica-se que os idosos precisam quebrar paradigmas, vencer tabus, junto a profissionais especialistas, que deverão motivá-los, a aderir as ações de autocuidado, para promoção da qualidade de vida.

4.2 Contribuições do enfermeiro

O tratamento da úlcera venosa envolve habilidades técnicas e multidisciplinares. Assim, de acordo com Aguiar *et al.*, (2016) o profissional enfermeiro torna-se parte essencial da assistência, pois está apto para assistir e avaliar e adequar o manejo clínico a favor da cicatrização e qualidade de vida do idoso acometido.

Cabe ao enfermeiro conhecer as prioridades de assistência de uma pessoa idosa, adotando ações de manutenção da saúde, expectativa de vida ativa, autonomia máxima e independência funcional (SANTOS, 2013). Para garantir tais ações, é preciso que este profissional tenha conhecimento e habilidade para atuar junto a este público e sua família.

Frente a Política Nacional de Saúde do idoso (PNSI) (1999) a perda da capacidade funcional (habilidade física e mental) é o principal problema que pode afetar o idoso (CANEPA; CARDOSO; RICARDINO, 2014). Neste sentido, a enfermagem, assim como outros profissionais ligados à saúde, tem como prioridade a promoção da saúde.

De acordo com Wichman *et al.*, (2013), Messias-Moreira, Teixeira e Novaes (2014), a promoção da saúde pode ser efetivamente alcançada mediante:

- 1- Promoção do envelhecimento saudável – orientação dos idosos quanto a necessidade de adotar hábitos saudáveis de vida e abandono àqueles que trazem prejuízos à mesma (álcool, tabaco, ...);
- 2- Manutenção da capacidade funcional – voltada a prevenção de agravo (imunização) e ao desenvolvimento de ações que beneficiem o reconhecimento e diagnóstico precoce de qualquer enfermidade, medidas de prevenção às futuras e

possíveis complicações ou situações de risco como quedas, deficiências nutricionais e isolamento social;

3- Assistência integral e humanizada – voltadas às necessidades individuais do idoso;

4- Estímulo a participação e ao fortalecimento social;

5- Educação permanente e direcionado aos idosos, dos profissionais da saúde.

Medeiros *et al.*, (2014) chama atenção para a necessidade do bom relacionamento interpessoal. Este favorece ao enfermeiro conhecer a realidade vivenciada pelo idoso, o que torna suas ações mais efetivas e direcionadas a melhoria da assistência, que tem como objetivo central voltar-se para a manutenção da capacidade funcional do idoso, de forma que mantê-lo saudável, independente e inserido na sociedade é o primordial.

Frente a prevenção desses agravos, verifica-se a necessidade de ações ou estratégias que favoreçam a assistência à saúde dessa população (CANEPA; CARDOSO; RICARDINO, 2014). Assuntos voltados à qualidade de vida e a promoção da saúde, tem sido discutido por muitos autores. Assim verifica-se que o seu papel do enfermeiro está em promover educação em saúde, incentivar o autocuidado, e promover a auto-estima. Essas ações, diminuirão as chances de desenvolvimento da depressão e outros sintomas emocionais.

A motivação, a mudança comportamental e a reeducação, configura-se na atualidade como um desafio. Cabe a todos os envolvidos (profissionais da saúde, idoso e família) a adoção de estratégias voltadas ao lazer e a promoção da saúde (MEDEIROS *et al.*, 2014).

Para Pereira *et al.*, (2014) cuidado e o autocuidado deve ser desenvolvido de forma humanizada e prioritária, tornando o atendimento acolhedor e resolutivo. A humanização e o acolhimento, são ferramentas importantes para estabelecer o vínculo profissional, paciente e família.

Prepara o idoso para a prática do autocuidado, não é algo simples. Requer um trabalho multi e interdisciplinar, que tenha como prioridade conscientizar não só o idoso, mas também seus familiares, quanto as necessárias mudanças nos hábitos e estilo de vida (SANTOS, 2013). Diante das necessidades requeridas pelos idosos portadores de doenças crônicas e úlceras venosas (feridas), torna-se necessário que os profissionais busquem por formação e qualificação. Está deve valorizar não somente o conteúdo teórico, mas especialmente a prática assistência.

Em síntese, o enfermeiro deve proporcionar assistência integral, afetividade, segurança e conforto (MESSIAS-MOREIRA; TEIXEIRA; NOVAES, 2014). Tais ações, quando efetivas, aliviam a dor, previne o risco de infecção, às sequelas físicas e o sofrimento psíquico do paciente e família.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos estudos verificados tornou-se possível identificar que as úlceras venosas agravam-se com facilidade na população idosa. Este é um problema de Saúde Pública, que na atualidade precisa de olhares profissionais mais atenciosos, uma vez que a promoção da saúde dos idosos, requer cuidado holístico e avaliação contínua.

Nesse sentido, cuidar desse idoso transcende aos cuidados gerais, ou, a simples realização do curativo. Cuidar implica em adentrar na sua subjetividade e compreender suas angústias, percepções, medos, tristezas, aceitação, expectativas e enfrentamento social diante da condição imposta pela ferida crônica.

As úlceras venosas comprometem a parte física, devido a piora da mobilidade e da dor, mas também comprometem o emocional, desenvolvendo no idoso situações de baixa autoestima, depressão e isolamento social. Tais mudanças geram prejuízos a qualidade de vida.

O fator emocional prejudicado repercuti diretamente sobre o processo de cicatricatrização da ferida e recuperação do idoso. Frente a essa situação, o enfermeiro tem como principal atribuição identificar e tratar os fatores que corroboram para a problemática, e em especial, promover educação em saúde, preparando e conscientizando o idoso e seus familiares sobre a importância da prática do autocuidado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Aline Cristiane de Sousa Azevedo et al. Repercussões sociais vivenciadas pela pessoa idosa com úlcera venosa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.55302>. Acesso em 10/11/2020.

BORGES, Eline Lima et al. Utilização do Modelo Difusão da Inovação em úlceras venosas por profissionais especializados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 610-617, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0610.pdf. Acesso em 10/11/2020.

CANEPA, Elaine Barros Saraiva; CARDOSO, Andréia Insabralde de Queiroz; RICARDINO, Aloma Renata. O enfermeiro e a promoção da qualidade de vida aos idosos: uma revisão. **Interbio. Maio**, v. 8, n. 1, p. 57-62, 2014. Disponível em: https://www.unigran.br/dourados/interbio/paginas/ed_anteriores/vol8_num1/arquivos/artigo6.pdf. Acesso em 10/11/2020.

DA SILVA, Clara Ilke Soares; FAUSTINO, Andrea Mathes. Repercussões na saúde de pessoas idosas com úlceras venosas: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 57296-57312, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/14840>. Acesso em 10/11/2020.

DUIM, Etienne et al. Prevalência e características das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 51-57, 2015. Disponível em: < DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700008> >. Acesso em 10/11/2020.

FECHINI, BRA.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*. v. 1, n. 20, 2012, p. 132 – 194. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>. Acesso em 10/11/2020.

FÉLIX, Paulo Ribeiro. Atividade Física na Terceira Idade: Estudo comparativo entre praticantes de atividade física e sedentários. 2015. Tese de Doutorado. Acesso em 10/11/2020.

FURTADO, RC. Úlceras venosas: uma revisão da literatura. 2014 . Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel). Universidade Federal de Minas Gerais, 2014, 44p. Acesso em 10/11/2020.

GOMES, Andreia Aparecida Azevedo et al. Tratamentos das úlceras venosas e assistência de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 3, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/42/66>. Acesso em 10/11/2020.

KUCHEMANN, BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**. v. 27, n. 1, 2012, p. 165-180. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010. Acesso em 10/11/2020.

MACHADO, Rosiléa ML. O envelhecimento e seus reflexos biopsicossociais. **Cadernos UNISUAM de Pesquisa e Extensão**, v. 2, n. 1, p. 110-120, 2013. Acesso em 10/11/2020.

MEDEIROS, ABA et al . Úlcera venosa: relação entre os fatores de risco e a classificação dos resultados de enfermagem. **Invest. educ. enferm, Medellín**, v. 32, n. 2, 2014, p. 252-259. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072014000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10/11/2020.

MELO, NCV; FERREIRA, MAM; TEIXEIRA, KMD. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**. Viçosa. v. 25, n. 1, 2014, p. 04-19. Disponível em: <https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/13829/1/154-953-1-PB.pdf>. Acesso em 10/11/2020.

MESSIAS-MOREIRA, R.; TEIXEIRA, RM; NOVAES, KO. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. **Revista Kairos Gerontologia**. v. 17, n. 1, 2014, p. 201-217. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/20492/1513>. Acesso em 10/11/2020.

MIRANDA, GMD; MENDES, ACG; SILVA, ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, 2016, p. 507-519. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt_1809-9823-rbagg-19-03-00507.pdf. Acesso em 10/11/2020.

MORGANA, C. et al. Influência do envelhecimento na qualidade da pele de mulheres brancas: o papel do colágeno, da densidade de material elástico e da vascularização. **Rev Bras Cir Plást.** v. 28, n. 1, 2013, p. 41- 48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/08.pdf>. Acesso em 10/11/2020.

NORONHA, JC.; PEREIRA, TR. Princípios do sistema de Saúde Brasileiro. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [periódico na internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, 2013, p. 19-32. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>. Acesso em 10/11/2020.

OLIVEIRA, Nicácia Souza et al. Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. **Id On Line Revista de Psicologia**, v. 8, n. 22, p. 49-83, 2014. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v8i22.264>. Acesso em 10/11/2020.

PEREIRA, RC. et al. Depressão e bem-estar em indivíduo idoso com úlcera venosa. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v. 29, n. 4, 2014, p. 567-574. Disponível em: DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0099. Acesso em 10/11/2020.

PINTO, LLO.; MEJIA, DPM. Envelhecimento Cutâneo Facial: Radiofrequência, carboxiterapia, correntes de média frequência, como recursos eletroterapêuticos em fisioterapia dermato - funcional na reabilitação da pele – resumo de literatura. 2014, 15f. Artigo (Especialização) – Faculdade Ávila, 2014. Disponível em: https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/14/13_-_Envelhecimento_CutYneo_Facial_RadiofreqYnncia_carboxiterapia_correntes_de_mYdia_frequYncia.pdf. Acesso em: 10/11/2020.

RODRIGUES, AS.; CELESTE, MS.; MATTOS, ED. Envelhecimento do sistema tegumentar: revisão sistemática da literatura. 2012 2f. Trabalho de Extensão. UNOPAR, 2012. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com/handle/123456789/2334>. Acesso em 10/11/2020.

RUIVO, AP. Envelhecimento Cutâneo: fatores influentes, ingredientes ativos e estratégias de veiculação. 2014, 112f. Tese (Mestrado) - Universidade Fernando Pessoa Porto, 2014. Acesso em 10/11/2020.

SALOMÉ, Geraldo Magela; BLANES, Leila; FERREIRA, Lydia Masako. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 27, n. 1, p. 124-129, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000100021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10/11/2020.

SANTOS, CM. Consulta de enfermagem para o autocuidado de idosos e cuidadores familiares: cenário de pesquisa, formação e cuidado sistematizado. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. 2013, 3p. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1727po.pdf. Acesso em 10/11/2020.

SOUZA, HF. et al. O enfermeiro no manejo clínico de pacientes com úlcera venosa: revisão integrativa de literatura. **Revista Humano Ser** - UNIFACEX, Natal-RN, v.1, n.1, p. 32-51, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/623/142>. Acesso em 10/11/2020.

VIEIRA, C. S. de C. A.; BASTOS, F. das C. N.; SILVA, R. A. da; BALISTA, A. L.; SANTOS, T. C. de M. M. dos; PAULA, M. A. B. de; SILVA, E. M. Artigo Original 4 - Úlcera por Pressão: Avaliando Riscos em Idosos Internados em Instituição de Longa Permanência. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 13, n. 4, 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/113>. Acesso em 10/11/2020.

WICHMANN, Francisca Maria Assmann et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00821.pdf>. Acesso em 10/11/2020.

A RELEVÂNCIA DA OZONIOTERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS DIABÉTICAS: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 22/01/2021

Thaise Emanuele Medeiros Mota

Faculdade Morgana Potrich – FAMP
Mineiros-GO
<http://lattes.cnpq.br/7096398401190830>

Géssica Ribeiro Carrijo

Faculdade Morgana Potrich – FAMP
Mineiros-GO
<http://lattes.cnpq.br/4762794890462598>

Valéria Silva Peixoto

Faculdade Morgana Potrich – FAMP
Mineiros-GO
<http://lattes.cnpq.br/9155413085936010>

Euvani Oliveira Sobrinho Linhares

Faculdade Morgana Potrich – FAMP
Mineiros-GO
<http://lattes.cnpq.br/7055618811730024>

Rosânea Meneses de Souza

Faculdade Morgana Potrich – FAMP
Mineiros-GO
<http://lattes.cnpq.br/8093438313528984>

RESUMO: As ulcerações em pacientes portadores de Diabetes Mellitus, são consideradas complicações comuns principalmente em membros inferiores ocasionando grande impacto nas condições físicas, emocionais e sociais do indivíduo. Esses pacientes são mais propensos a amputação do membro afetado com conseqüente invalidez e baixa qualidade de vida. A ozonioterapia vem ganhando destaque nos últimos anos por se mostrar eficiente no

tratamento de inúmeras doenças crônicas, como as complicações associadas a Diabetes Mellitus. O presente estudo pretende explicar o uso terapêutico do ozônio em úlceras diabéticas e descrever sobre as principais propriedades da ozonioterapia relacionadas a cicatrização, através de revisão de literatura do tipo narrativa, onde foram selecionados trabalhos publicados entre os anos de 2015 a 2020. As plataformas científicas utilizadas foram *LILACS /BIREME*, *MEDLINE/PUBMED* e *SCIELO*, com os descritores “ozônio”; “diabetes” e “cicatrização”. O pé diabético, é caracterizado pelo aparecimento de lesões nos membros inferiores provocado por causas como: neuropatias, doença arterial periférica e deformidades. Os pacientes que se submetem a ozonioterapia diminuem a duração da intervenção terapêutica, pois a mesma apresenta diversos benefícios que favorecem no processo de cicatrização da lesão. Conclui-se, portanto, que a ozonioterapia mostra-se uma alternativa eficaz no tratamento de úlceras diabéticas. Contudo, o tratamento acompanha múltiplas comorbidades, tornando-se um desafio terapêutico que requer uma abordagem holística. Sendo assim o profissional enfermeiro é primordial no cuidado a desses pacientes, atuando de forma a facilitar a identificação dos fatores de risco que influenciam às complicações, sendo capacitado a aplicar a ozonioterapia para auxiliar na cicatrização.

PALAVRAS-CHAVE: Ozônio. Diabetes. Cicatrização.

THE RELEVANCE OF OZONIOTHERAPY AS A THERAPEUTIC RESOURCE IN THE TREATMENT OF DIABETIC ULCERS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Ulcerations in patients with Diabetes Mellitus are considered common complications, especially in the lower limbs, causing a great impact on the individual's physical, emotional and social conditions. These patients are more prone to amputation of the affected limb with consequent disability and poor quality of life. Ozone therapy has been gaining prominence in recent years for being efficient in the treatment of numerous chronic diseases, such as complications associated with Diabetes Mellitus. The present study intends to explain the therapeutic use of ozone in diabetic ulcers and describe the main properties of ozone therapy related to cicatrization, through a narrative-type literature review, where works published between the years 2015 to 2020 were selected. The scientific platforms used were LILACS / BIREME, MEDLINE / PUBMED and SCIELO, with the descriptors "ozone"; "Diabetes" and "cicatrização". The diabetic foot is characterized by the appearance of lesions in the lower limbs provoked by causes such as: neuropathies, peripheral arterial disease and deformities. Patients who undergo ozone therapy shorten the duration of the therapeutic intervention, as it has several benefits that favor the wound healing process. It is concluded, therefore, that ozone therapy is an effective alternative in the treatment of diabetic ulcers. However, treatment accompanies multiple comorbidities, making it a therapeutic challenge that requires a holistic approach. Thus, the professional nurse is paramount in the care of these patients, acting in a way to facilitate the identification of risk factors that influence complications, being able to apply ozone therapy to aid cicatrization.

KEYWORDS: Ozone. Diabetes. Healing.

1 | INTRODUÇÃO

Feridas crônicas em membros inferiores (MMII) acometem 5% da população adulta mundial ocasionando considerável impacto nas condições físicas, emocionais e sociais do paciente. Sua origem multifatorial está relacionada a doenças venosas crônicas, doença arterial periférica, neuropatias, hipertensão arterial, trauma físico, infecções cutâneas e neoplasias (OLIVEIRA et al., 2019).

Conforme Andrade (2019) a ferida é caracterizada pela descontinuidade do tecido corpóreo em pequena ou grande proporção, provocada por trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma infecção. Pode se classificar em agudas e crônicas dependendo do agente causador e do comprometimento tecidual. Feridas agudas são aquelas que cicatrizam sem complicações e reagem ao tratamento com uma resposta mais rápida e satisfatória, geralmente são oriundas de traumas, lacerações e queimaduras.

Os pacientes com Diabetes Mellitus DM portadores de úlceras cutâneas nos MMII, são mais propensos a amputação do membro afetado com consequente invalidez e baixa qualidade de vida. Nesses indivíduos as fases da cicatrização podem sofrer alterações, fazendo-se necessárias outras intervenções para o auxiliar no reparo tecidual, devido as implicações, e consequência infecciosas na lesão, ou disfunções metabólicas associadas

à DM (OLIVEIRA et al., 2018).

A utilização do ozônio tem se apresentado por muito tempo como um método auxiliar para o tratamento de feridas crônicas, pois possui propriedades microbicida, bactericida, fungicida, parasiticida, analgésicas, anti-inflamatórias, alto poder desinfetante, esterilizante e proporciona a cicatrização completa da ferida. Os benefícios da ozonioterapia está relacionado ao aperfeiçoamento do estresse oxidativo crônico e na diminuição do desenvolvimento e progressão das complicações associadas a DM (SANTIAGO, 2019).

De acordo com o Parecer Normativo N° 01/2020 (COFEN, 2020), que regulamenta a ozonioterapia como prática do enfermeiro para o tratamento de feridas além de enfatizar que o profissional devidamente capacitado com carga horária mínima de 120 horas, possui habilidades para aplicar a terapia tendo responsabilidade na assistência ao portador de ferida diabética. Considerando que esse profissional dispõe de conhecimento científico para prescrever a terapia de acordo com os protocolos nacionais e internacionais fazendo com que a evolução da lesão seja mais rápida e eficaz.

A ozonioterapia, tem se mostrado uma alternativa efetiva em diferentes países, visando reduzir gastos e diminuir o tempo cicatricial, melhorando a qualidade de vida do paciente, porém essa técnica tem sido pouco discutida e conhecida na área da saúde. O presente estudo pretende explanar o uso terapêutico do ozônio em úlceras diabéticas e descrever sobre as principais propriedades da ozonioterapia relacionadas a cicatrização de úlceras diabéticas em MMII através da revisão de literatura.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado mediante revisão de literatura do tipo narrativa, onde foram selecionados trabalhos com temas relacionados a ozonioterapia, úlceras diabéticas e cicatrização de feridas, publicados nos anos 2015 a 2020. As plataformas científicas utilizadas foram *LILACS /BIREME*, *MEDLINE/ PUBMED* e *SCIELO*, com os descritores “ozônio”; “diabetes” e “cicatrização”. Foram selecionados 62 trabalhos que contemplaram as especificações pretendidas.

Os critérios de inclusão do estudo foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, com textos Open Access nas bases de dados; aqueles que cruzassem dados relacionados a ozonioterapia na cicatrização, processo cicatricial em pacientes diabéticos, eficácia do ozônio no tratamento de feridas, período de publicação entre 2015 a março de 2020.

Como critérios de exclusão: estudos publicados fora do recorte temporal estabelecido, aqueles que não abordem a temática como eixo central, e pesquisas com baixo nível de evidência e grau de recomendação ou fora do período estabelecido.

3 | REVISÃO

3.1 Fisiopatologia da diabetes mellitus

A DM é definida como uma síndrome metabólica, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, que pode ser resultante da falta de insulina e ou incapacidade de a insulina exercer suas ações de forma adequada. A hiperglicemia, decorrente da DM mal controlada ou com diagnóstico tardio é condizente com a degeneração progressiva das fibras nervosas prejudicando a integridade dos nervos sensitivos, motores e/ou autonômicos, ocasionando a diminuição na atividade neurológica, ou ainda a destruição dos mesmos (AZEVEDO et al., 2019).

A DM2 é muito mais comum que a DM do tipo I sendo responsável por 80 a 90% de todos os casos. Na maioria dos casos, o início da DM2 acontece após os 40 anos de idade, geralmente entre 50 e 60 anos, sendo que a doença se desenvolve de forma gradual. As características associadas ao DM2 são a disfunção das células beta quanto a resistência à insulina ocasionando à hiperglicemia persistente além dos fatores genéticos e ambientais que também estão relacionados a esse tipo de DM (SILVA, MESSIAS e CRUZEIRO, 2018).

Os fatores ambientais estão associados com a obesidade, desse modo a perda de peso é importante para a melhoria da tolerância à glicose, favorecendo a atividade insulínica nas células alvo. A obesidade é um fator de risco relevante para o desenvolvimento da DM2, pois diminui a sensibilidade dos órgãos receptores de glicose para a ação da insulina (SILVA, MESSIAS e CRUZEIRO, 2018).

O metabolismo da glicose é regulado através das células β dos ilhéus de Langerhans disponível no pâncreas e já nos tecidos alvo da insulina como por exemplo: o fígado, o tecido muscular e o tecido adiposo existem a sensibilidade dos receptores destes tecidos à insulina prejudicando a resposta das células β . Desta forma, a resistência à insulina exige uma hipersecreção deste hormônio, de modo a manter a tolerância normal à glicose. Este mecanismo compensatório ocasiona a falha progressiva das células β , com consequente elevação dos níveis glicêmicos (ROMANCIUC, 2017).

3.2 Tipos de lesões

A ferida é caracterizada pela descontinuidade do tecido corpóreo em pequena ou grande proporção, provocada por trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma infecção. As feridas podem ser classificadas em agudas ou crônicas. As agudas são originadas por cirurgias ou traumas, em que a reparação ocorre em tempo adequado e sem complicações. As crônicas são aquelas em que o tempo de cicatrização é maior e não apresentam a fase de regeneração em tempo esperado, havendo um retardo na sua recuperação, sendo com maior frequência em indivíduos com problemas sistêmicos (TORTORA, 2016).

As feridas complexas, correspondem a lesões que acometem extensas áreas que

necessitam de métodos especiais para a sua resolução, que têm seu processo de evolução imprevisível. Os grupos de feridas complexas mais conhecidas são: úlceras neuropáticas (em pé diabético e Hanseníase), lesão por pressão, úlceras venosas, úlceras arteriais e as queimaduras. Frequentemente esses grupos de feridas são infectadas, apresentam presença de agente infeccioso no local com evidência de intensa reação inflamatória (dor, rubor, calor e edema, perda da função), destruição de tecidos, podendo conter secreção purulenta (MILCHESKI et al., 2017).

As lesões ulcerativas são feridas escavadas, circunscritas na pele (formadas por necrose), resultantes de traumatismo ou doenças relacionadas com o impedimento do suprimento sanguíneo. As úlceras de pele representam uma categoria de feridas que incluem úlceras por pressão, venosa, arteriais e diabéticas (MENEZES, 2016).

O pé diabético, é caracterizado pelo aparecimento de lesões nos MMII provocado por causas como: neuropatias periférica, doença arterial periférica e deformidades. Por diversas vezes progride para quadros de infecções e necrose, sendo conduzido a quadros irreversíveis com características de amputação. Correspondem a um significativo número de internações hospitalares por grandes períodos, e por fim, originando morbidades e mortalidades (CARLESSO, GONÇALVES e MORESCHI 2016)

A ausência de acompanhamento do controle metabólico e a longa evolução da doença colaboram para que os pacientes diabéticos apresentem neuropatia periférica, com redução da sensibilidade dos pés, formação de calos e posteriormente úlceras. Lesões macro e microvasculares contribuem para ocorrência de complicações. Outros fatores contribuintes são as infecções, que podem evoluir para amputação se não houver detecção precoce e tratamento adequado (LUCOVEIS et al., 2018).

Por anos, mais de um milhão de pessoas no mundo são submetidas a amputações em MMII em consequência dessa complicação. Estimativas mostram que aproximadamente 20-25% de todos os pacientes portadores da DM apresentarão ulcerações periféricas especialmente nas regiões inferiores em algum momento de suas vidas (Da SILVA et al., 2019).

3.3 Fatores de risco para úlceras diabéticas

A úlcera diabética é uma das principais complicações oriundas da DM, e por isso, torna-se um grande problema de saúde pública no Brasil. Ocorre devido a presença de neuropatias e doenças arteriais periféricas, que quando não diagnosticadas precocemente progridem para infecções e amputações, tendo consequente alto custo para os serviços de saúde (NORONHA et al., 2019).

A neuropatia que engloba o sistema nervoso periférico, essencialmente em MMII resulta da lesão que acontece nas fibras nervosas finas (tipos C e delta), comprometimento das fibras grossas (beta, A alfa), ocasionando parestesia, câibras, perda da propriocepção, sensibilidade tátil, térmica, dolorosa e vibratória, até uma completa abolição dos reflexos

profundos (NASCIMENTO, 2016).

A DM2 representa, cerca de 90% dos casos e dentre suas complicações crônicas, aparecem as lesões ulcerativas em MMII. Destaca-se que aproximadamente 10 a 25% dos portadores da DM acima de 70 anos apresenta lesões em MMII e assim 14 a 24% progride para amputação. Esses pacientes que são submetidos a amputação do membro afetado progridem para invalidez e redução da qualidade de vida, apresentando distúrbios da imagem corporal, mobilidade prejudicada e baixa autoestima (BRASIL, 2016).

3.4 Classificação e avaliação das úlceras diabéticas

O acompanhamento tradicional para pacientes acometidos com DM são restritas a assistência médica, não recebendo atenção multidisciplinar, como consultas de enfermagem e nutrição, onde seria realizado informações ao paciente sobre o autocuidado com os pés, informações nutricionais, demonstrando a importância do acompanhamento periódico (FEITOSA et al., 2017).

Os pacientes com DM que recebem assistência multiprofissional são submetidos a avaliações das úlceras diabéticas minimizando as quantidades de amputações, diferentemente da assistência tradicional, onde o paciente busca auxílio em consultas e medicamentos e não realiza mudança no estilo de vida (SILVA, 2020).

Os cuidados a serem realizados são apresentados de acordo com a classificação de risco, na periodicidade de consultas sendo classificadas de 0 a 3. Quando o paciente não possui a Perda de Sensibilidade Protetora dos pés (PSP) e não possui Doença Arterial Periférica (DAP), este paciente estará na Classificação de Risco 0, será realizado orientações sobre os calçados apropriados, e estimular o autocuidado com os pés. O acompanhamento deste paciente será anual com enfermeiro ou médico da Atenção Básica. Nesta fase com a orientação e acompanhamento correto pode prevenir uma quantidade considerável contra a progressão da classificação de risco (CORRÊA, 2016).

Enquanto o paciente com Classificação de Risco 1, apresenta se com PSP com ou sem deformidades, deve se recomendar a esse paciente o uso dos calçados adaptados para a necessidade do mesmo, ponderar uma cirurgia corretiva, quando não houver adaptação. Este paciente necessita de um acompanhamento a cada 3 a 6 meses com um médico ou enfermeiro da Atenção Básica. A neuropatia, junto com a PSP, ocorre mais de 80% dos quadros de úlceras no Pé Diabético (FERREIRA, 2019).

Pacientes com Classificação de Risco 2, possuem DAP com ou sem PSP, as recomendações para este paciente também devem se ponderar o uso de calçados adaptados e cogitar a necessidade de encaminhar o paciente para o cirurgião vascular. O acompanhamento deste paciente deve ser a cada 2 a 3 meses com o médico ou enfermeiro da Atenção Básica, considerando sempre o encaminhamento para o cirurgião vascular. Um método eficiente é confecção de folhetos, com configuração de um acordo, no qual será entregue ao paciente/familiar depois da avaliação, contendo as orientações e data para o

retorno do paciente (BRASIL, 2016).

E por último o paciente com Classificação de Risco 3, que possui história de úlceras diabéticas ou amputação do MMII, deve ser recomendado o uso de calçados adaptados, cogitar a correção cirúrgica, quando não houver adaptação, em caso de DAP, considerar a necessidade de um encaminhamento para o cirurgião vascular. O acompanhamento deve ocorrer a cada 1 a 2 meses, com médico ou enfermeiro da Atenção Básica ou por um médico vascular. Para melhor atender as necessidades do paciente (LADEIRA, 2013).

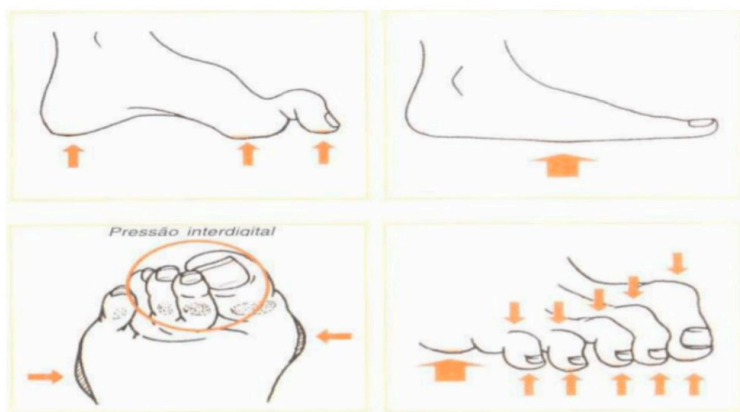


FIGURA 1 - Classificação de risco pé diabético de 0 a 3

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2020)

Os profissionais de saúde devem realizar orientações de autocuidados com o pé diabético, prevenindo assim o surgimento de úlceras, esses cuidados são: inspecionar diariamente os pés, incluindo os dedos e entre eles; higienizar regularmente os pés e seca-los com cuidado e especialmente entre os dedos; a água deve ser sempre abaixo de 37°C, evitando assim queimaduras; não caminhar descalço; preferencialmente usar meia sem costura, trocando a todos os dias; deve se inspecionar diariamente dentro do calçado, evitando machucar os pés com objetos; hidratando os pés e as unhas devem ser cortadas em linha reta (MURO et al., 2018).

Os enfermeiros devem avaliar e tratar os calos e calosidades do pé diabético, desencorajar o paciente a usar agentes químicos com intuito de retirar os calos, incentivar o paciente a fazer sua avaliação periodicamente conforme a classificação de risco, caso surgir bolhas, calos, arranhões, corte e lesões, comparecer a Unidade de Saúde para os profissionais de saúde realizar a melhor conduta no tratamento com o pé diabético. O profissional de saúde deve estar sempre disponível para sanar possíveis dúvidas do paciente (PADILHA et al., 2017).

Em geral os pacientes na fase inicial que realizam os cuidados citados acima e fazem os acompanhamentos periodicamente, não progridem para úlceras, porém 25% da população com DM são acometidos por úlceras nos pés, neste estágio o objetivo do profissional é manter a lesão higienizada, úmida, oclusa para favorecer a cicatrização da úlcera e prevenir o surgimento de mais lesões. É dever do médico ou enfermeiro avaliar a lesão para realizar o tratamento correto e detectar os tecidos presente na lesão, podendo ser: tecido granulado, tecido epitelizado e tecido necrosado (ATLAS, 2015).

O curativo tem que ser realizado todos os dias, manter o paciente/familiar informados sobre isso. Umedecer a gaze com solução fisiológica a 0,9% para proporcionar umidificação ao leito da ferida. As coberturas são escolhidas após a avaliação da ferida, onde será levado em conta o tecido que se apresenta na lesão (ALVIM, 2017).

Por existir diversas escalas para classificação, as escalas passaram a ser cada vez mais analisada em torno a eficiência enquanto utilizada nos hospitais. Por possuir muitas alternativas para a classificação, toda escala apresenta um modo de conduta clínica única onde as equipes de saúde tenham preferência para determinado tipo de escala de classificação. Como é o caso, do Sistema de Classificação da Universidade do Texas, que vem sendo a mais indicada, pois ela dispõe as úlceras por profundidade e posteriormente pela presença ou não de isquemias e infecções, comprovando sua precisão (SILVA, 2020).

O instrumento mais utilizado na avaliação dos pés pelos enfermeiros é o Monofilamento de 10g (5,07 U) de Semmes-Weinstein. Esse instrumento pressiona com a ponta de um fio de nylon especial algumas áreas do pé para analisar a sensibilidade a pressão. A impossibilidade de sentir a pressão necessária para curvar o monofilamento de 10g coincide com comprometimento da sensibilidade local à pressão. A prática da avaliação dos pés será realizada com os seguintes critérios: avaliação de deformidades e alterações a inspeção, avaliação da força muscular e propriocepção, sinais e sintomas de polineuropátia, intensidade do sintoma neuropático, exame de risco para úlceras (Monofilamento 10g) e avaliação circulatória (SILVA, 2020).

O Método de avaliação da sensibilidade tátil utilizando o teste com monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstem, que vem sendo a mais indicada pois sua precisão é comprovada (BRASIL, 2016).

3.5 Cicatrização em portadores da diabetes mellitus

A cicatrização das lesões pode ocorrer por primeira intenção, onde a ferida limpa contém bordas aproximadas ou justapostas, com pouco tecido de granulação; segunda intenção, onde a perda de tecido é notória e a proximidade das bordas é impossível, nesse caso, as feridas mantém-se abertas até a sua reepitelização, obtendo uma cicatrização mais demorada; terceira intenção, quando a ferida é contaminada, sendo a infecção tratada antes de reaproximar as bordas da ferida (DE OLIVEIRA, 2019).

Em pacientes portadores da DM as fases da cicatrização podem sofrer alterações,

devido as implicações que apresentam em consequência de processos infecciosos na lesão, ou dos próprios fatores metabólicos associados à DM. Nesse paciente, a cicatrização das feridas, são dificultadas devido ao comprometimento da perfusão sanguínea, interrompendo o fornecimento adequado de oxigênio, nutrientes e antibióticos, principalmente nos MMII. Em razão disso existe uma desorganização dos estágios iniciais de reparo tecidual, ocasionando atraso no processo de regeneração (REIS et al., 2019).

3.6 Eficácia da ozonioterapia no tratamento de úlceras diabéticas

O ozônio é uma molécula composta por três átomos de oxigênio, qualificado como uma forma menos estável do oxigênio. A denominação ozônio tem origem na palavra grego “*ozein*” (cheiro), pelo odor fétido. Encontra-se naturalmente na atmosfera na forma gasosa, e pode ser produzido de duas maneiras, pela ação de raios ultravioleta do sol ou artificialmente por um gerador (ALVES, 2017).

Conforme Alves (2017) a ozonioterapia é um procedimento terapêutico que consiste na aplicação de uma mistura de gases oxigênio e ozônio. O ozônio medicinal é composto da mistura de no máximo 5% de ozônio e 95% de oxigênio. A dosagem utilizada na medicina varia entre 1 e 100 μg de ozônio por litro de oxigênio de acordo com a via de administração e da patologia.

Para Rodrigues (2016) o efeito antimicrobiano do O_3 é o mais comprovado, porque possui propriedades bactericidas, fungicida e virucida, apresentando alto poder desinfetante e esterilizante.

O ozônio tópico vem sendo utilizado na cicatrização de feridas desde a primeira Guerra Mundial, devido a sua eficácia no tratamento de lesões. O O_3 possui ação anti-inflamatória e analgésica, aliviando sintomas, através da regulação do metabolismo celular promovendo a oxigenação tecidual (BELOTTO et al., 2019).

O principal mecanismo de ação do ozônio é sobre os ácidos graxos poli-insaturados da membrana celular bacteriana. O O_3 provoca aumento da síntese de ATP (trifosfato de adenosina), e expande a oferta de oxigênio para os tecidos, desse modo ele neutraliza mediadores neuroquímicos da sensação dolorosa, auxilia a metabolização e eliminação de mediadores inflamatório (BRAIDY et al., 2018).

Os benéficos da ozonioterapia estão relacionados ao aperfeiçoamento do estresse oxidativo crônico e na diminuição do desenvolvimento e progressão das complicações associadas a DM. A terapia com ozônio tem sido utilizada por muito tempo como um método auxiliar para a cicatrização úlceras nos pés em pacientes portadores da DM, em especial nos casos em que os métodos de tratamento conservador não mostraram resultados satisfatórios (ANZOLIN E BERTOL, 2018).

Nos dias de hoje o ozônio tem sido utilizado clinicamente para tratar doença arterial coronariana, hepatite crônica grave, perda auditiva neurosensorial súbita, na periodontia e lombalgia crônica. Também é usado para curar feridas crônicas herpes labial, como

úlceras tróficas, úlceras isquêmicas e feridas diabéticas (SILVA, 2019).

3.7 Formas de aplicação da ozonioterapia

Conforme Alves (2017) a ozonioterapia é uma técnica de tratamento na qual utiliza o ozônio como princípio ativo, pode ser manipulada por via vaginal, retal, intramuscular, subcutânea e são utilizadas por injeção ou insuflação da mistura gasosa O_3 / O_2 . A via tópica pode ser aplicada diretamente na ferida untada ou umedecida com água, solução fisiológica ou óleo pré-ozonizados, com ou sem acoplamento a sistemas de sucção, com o aparelho específico.

Óleo ozonizado, é adquirido através do borbulhamento do gás no óleo em um recipiente resfriado. Dentre os benefícios apresentados está a diminuição do processo infeccioso, aumento da formação de novos vasos, reparação tecidual e cicatrização total de lesões diabéticas (NEVES et al., 2019).

A água ozonizada é adquirida através do borbulhamento do gás na água, pode ser usada diretamente na ferida, sendo indicada para tratamento de diversas infecções locais, além de ter ação desinfetante e auxiliar no alívio de dor na ação anti-inflamatória (GOMES et al., 2019).

A aplicação da ozonioterapia tópica com o uso de “bags” é indicada para pacientes que apresentam ferida em MMII e neste caso, o membro é envolvido em um saco plástico sendo o gás ozônio liberado dentro do mesmo.

3.8 Custo benefício do tratamento com ozonioterapia

O ozonioterapia é uma alternativa de tratamento com resultados esperados e de custo inferior a longo prazo, uma vez, que a produção do ozônio não apresenta complexidade, a terapia se mostra benéfico comparado com tratamentos terapêuticos convencionais, trazendo privilégios na área da saúde (LAGE, PONTE e DA PENHA, 2015).

Os pacientes que se submetem a ozonioterapia diminuem a duração da intervenção terapêutica, pois o mesmo apresenta diversos benefícios que favorecem no processo de cicatrização da lesão. Portanto, o uso do ozônio reduz o tempo e os insumos que seriam utilizados na terapia convencional, ocasionando qualidade de vida ao paciente, devolvendo a autoestima e a autonomia, além de impedir a progressão da lesão. A ozonioterapia normalmente é indolor e possui reações adversas mínimas (SCAIN, FRANZEN e HIRAKATA, 2018).

O SUS inclui a ozonioterapia nas diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, pois é considerada uma atividade integrada e complementada de menor custo, é evidenciada e conhecida por ser segura em diversos países, pois o ozônio consegue regenerar de maneira natural a funcionalidade do organismo humano, quando aplicado corretamente. Portanto, é possível encontrar em

algumas instituições de saúde a ozonioterapia nos protocolos de assistência ao paciente (BRASIL, 2018).

3.9 Contraindicações e precauções para aplicação da ozonioterapia

Existem alguns fatores que são contraindicados para a utilização do ozônio sendo a principal contraindicação a deficiência da enzima Glicose-6-Fosfato Desidrogenase (G6PD), em função do risco de hemólise, dentre outros incluem a gravidez, hipertireoidismo, hipoglicemia, anemia severa, hemorragia ativa e alergia ao princípio ativo. A mucosa pulmonar e ocular possui alta sensibilidade ao contato direto do ozônio, apesar de ser pouco frequente, a inalação direta do gás ozônio (0,1 a 1ppm) pode ser tóxica para o trato respiratório superior, ocasionando irritação, rinite, cefaleia, náusea e vômito (SILVA, 2019).

Diante do exposto destaca-se a importância da utilização dos EPI's específicos para realizar o procedimento de acordo com a Norma Regulamentadora NR32, como: luvas, tocas, óculos, mascarar (N95) e jaleco. A máscara indicada para o procedimento é conhecida como N95 refere-se a uma classificação de filtro para aerossóis adotada nos EUA e semelhante, no Brasil, à Peça Semifacial Filtrante (PFF2). É utilizada também para proteção contra outros materiais particulados, como poeiras, névoas e fumos, encontrados nos cenários hospitalares (FERREIRA, 2018).

Embora a inalação ocasione riscos para o trato respiratório, os profissionais e pacientes devem utilizar de Equipamento de Proteção Respiratória (EPR), com filtros de ar tendo o propósito de obter o máximo de retenção de partículas. Os filtros de ar, presentes, são um sistema composto por mais de um tipo de tecnologia de forma a otimizar todo o processo de segurança (SIQUEIRA et al., 2019).

3.10 Antídotos, vitamina C e E

Em ocasiões que ocorrem a inalação do gás O_3 , um dos principais riscos gerados é com relação aos alvéolos, pois ocorre a dispensação do ácido araquidônico das membranas celulares encontrados nos pulmões, proporcionando a elevação dos Leucotrienos, encarregados dos procedimentos de quimiotaxia de células ocorrendo a inflamação, ocasionando o engajamento dos neutrófilos até os pulmões, que pode causar necrose celular do pulmão (CAVALCANTI, 2019).

Quando o organismo do indivíduo é exposto ao princípio ativo terá como resposta o poder tóxico, onde ocorre a alteração do trato respiratório, lacrimejamento, se a concentração do princípio ativo persistir pode progredir para rinite, cefaleia, tosse, dispneia e náusea. Neste caso ocorre a intoxicação por ter inalado o gás ozônio, o indivíduo tem que ser reclinado em decúbito dorsal e ofertar nas vias aéreas o O_2 , e ser administrado a vitamina C e vitamina E (SCHWARTZ, 2020).

No período em que está sendo realizada a ozonioterapia, recomenda-se que não seja utilizado antioxidante como o ácido ascórbico (vitamina C), acetato de tocoferol

(vitamina E) entre outros, quando encontrado grandes concentrações dos compostos no plasma neutraliza o poder oxidante do O³, atrapalhando o funcionamento da ozonioterapia, portanto vitaminas C e E e formulas antioxidantes, não podem ser aplicados no período da terapia. Sendo indicado o uso após o termino do tratamento, para o oxônio não ser inativado (SCHWARTZ, 2020).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo pode-se verificar através da utilização da ozonioterapia a obtenção de resultados satisfatórios, devido as suas propriedades microbicidas, bactericida, fungicida, parasiticida, analgésicas, anti-inflamatórias, alto poder desinfetante, esterilizante que proporciona a cicatrização completa da ferida. Além de promover o aperfeiçoamento do estresse oxidativo crônico e diminuir o desenvolvimento e progressão das complicações associadas a DM.

Contudo, o tratamento das úlceras diabéticas acompanha múltiplas comorbidades, tornando-se um desafio terapêutico que requer uma abordagem holística. Sendo assim o profissional enfermeiro é primordial no cuidado ao paciente, atuando de forma a facilitar a identificação dos fatores de risco que influenciam às complicações. Entretanto torna-se necessário a capacitação destes profissionais para a aplicação da ozonioterapia, permitindo assim a segurança na utilização da técnica.

Diversos estudos evidenciaram resultados encorajadores com relação utilização do oxônio no tratamento para úlceras diabéticas, uma vez que concluíram que a ozonioterapia é uma ferramenta que auxilia na melhora da qualidade de vida desses pacientes, pois permite melhora do quadro reduzindo os riscos de amputação.

REFERÊNCIAS

ALVES WNS. Ozonioterapia em caso de osteonecrose avançada associada a bisfosfonato oral em paciente com osteoporose: relato de caso. **Brasília**, p.0165, jul. 2017

ALVIM DB. Enfermagem na prevenção e no cuidado do pé diabético. **REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**. 2017; 7 (2): 27-47

ANDRADE ALN. **Revisão bibliográfica sobre ozonoterapia** tópica no tratamento de úlceras em membros inferiores. Uberlândia, UFU, 2019. 13 f. Trabalho de Conclusão de Curso em Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia, 2019.

ANZOLIN AP, BERTOL CD. Ozone therapy as an integrating therapeutic in osteoarthritis treatment: a systematic review. **BrJP** [online] 2018;1 (2): 171-175

ATLAS D. International diabetes federation. IDF Diabetes Atlas, 7ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. **Seventh edition**, 2015.

AZEVEDO RCT et al. Neuropatia e doença arterial obstrutiva periférica em paciente diabético tipo II: relato de caso. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**. 2019; 4.

BARBOSA DC, et al. Effects of ozone on the pain and disability in patients with failed back surgery syndrome. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2017; 63 (4): 355-360.

BELOTTO GVL, et al. Utilização da ozonioterapia no tratamento de comunicação buco-sinusal: relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**. 2019; 48 (Especial): 45-0.

BRAIDY N, et al. Therapeutic relevance of ozone therapy in degenerative diseases: Focus on diabetes and spinal pain. **Journal of cellular physiology**. 2018; 233 (4): 2705-2714.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde. 2016; 62.

BRASIL. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares-PNPIC. Diário Oficial da União. 21 mar 2018.

CARLESSO GP, GONÇALVES MHB, MORESCHI JÚNIOR D. Avaliação do conhecimento de pacientes diabéticos sobre medidas preventivas do pé diabético em Maringá (PR). **Jornal vascular brasileiro**. 2017; 16 (2): 113-118.

CALVACANTI AP. Construção de um protótipo gerador de ozônio de baixo custo. **Revista Brasileira de Energias Renováveis**. 2019; 8 (1): 171-187.

COFEN. O plenário do conselho federal de enfermagem – cofen. **Parecer normativo nº 01/2020**. Regularizar a ozonioterapia como prática do enfermeiro no Brasil, Brasília/DF, 20 fev. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-001-2020_77357.html.

COLARES CMP et al. Cicatrização e tratamento de feridas: A interface do conhecimento à prática do enfermeiro. **Enfermagem em Foco**. 2019; 10 (3).

Corrêa PV. Processo de sistematização da avaliação do pé diabético. 2016

DA SILVA J, FELIX L, DE SOUSA A, ALVES N, SOARES MJ. Eficácia dos curativos na cicatrização de úlceras do pé diabético: **Revista Enfermagem Atual InDerme**. 2019; 88 (26).

DE OLIVEIRA AC, et al. Quality of life of people with chronic wounds. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2019; 32 (2): 194-201.

DOS ANJOS SILVA YC, MESSIAS NFF CRUZEIRO RS. Diferenças etiopatológicas entre o Diabetes Mellitus tipo I e Diabetes Mellitus tipo II. **ANAIS SIMPAC**. 2018; 9 (1).

FEITOSA MCP, et al. Dor e qualidade de vida de pacientes diabéticos portadores de úlceras, antes e após tratamento com Terapia a laser de baixa intensidade e óleo de Hellantus Annus. **Mundo saúde (Impr.)**. 2016: 18-29.

FERREIRA AP. **Registro da Assistência de Enfermagem em consultas a portadores de Diabetes Mellitus na Atenção Básica.** Universidade de São Paulo. 2019. Tese de Doutorado.

FERREIRA RP. **Desenvolvimento de uma máscara facial para filtragem de partículas finas.** [Tese de Doutorado] 2018.

GOMES A, et al. Avaliação in vitro da ação do ozônio em *Staphylococcus aureus*. **Revista Ibero-Americana De Podologia.** 2019; 1 (1): 25-29.

LADEIRA LC. **Dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na abordagem aos pacientes portadores de Diabetes mellitus.** Conselheiro Lafaiete, UFMG, 2013. 30f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), 2013.

LAGE LC, PONTES DB, DA PENHA CONCEIÇÃO SM. Occupational hazard: discussion on the nursing care patient in psychiatry smoker unit. **Science.** 2015; 6 (1): 30-9.

SILVA, NLS, DRUMMOND, VPA. **Ozônioterapia na odontologia revisão de literatura.** Uberaba, 2019. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia, 2019.

LUCOVEIS MLS, et al. Grau de risco para úlceras nos pés por diabetes: avaliação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2018; 71 (6): 3041-3047

MENEZES MM, LOPES CT, NOGUEIRA LS. Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2016; 69 (4): 773-784.

MILCHESKI DA, et al. Experiência inicial com terapia por pressão negativa por instilação em feridas complexas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões.** 2017; 44 (4): 348-35

MURO ES et al. **Avaliação das propriedades psicométricas de um aplicativo para o exame dos pés da pessoa com Diabetes Mellitus.** Alfenas-MG, Unifal, 2018. 97 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, 2018.

NASCIMENTO OJM, PUPE CCB, CAVALCANTI EBU. Neuropatia diabética. **Revista Dor.** 2016; 17: 46-51.

NEVES SB, et al. **Os efeitos terapêuticos da ozonioterapia ao portador de pé diabético: uma revisão integrativa da literatura.** Belém-PA, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, Centro Universitário do Estado do Pará CESUPA, 2019.

NORONHA JAF et al. Percepção sensorial tátil alterada em pacientes com diabetes mellitus: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.** 2019; 9.

OLIVEIRA BC et al. Tratamento de úlceras diabéticas com fator de crescimento epidérmico: relatos de caso. **Revista Enfermagem Atual InDerme.** 2018; 85 (23).

OLIVEIRA MF et al. Lower limb wounds in diabetic and non-diabetic patients: survival analysis. **Revista gaúcha de enfermagem.** 2019; 40.

PADILHA AP et al. Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: Construção por SCOPING STUDY. **Texto & Contexto-Enfermagem**. 2017; 26 (4).

REIS AB, et al. OZONIOTERAPIA. **Revista de Odontologia Contemporânea**. 2019; 3 (1): 73-80.

RODRIGUES RCS. **Ozonioterapia em paciente com osteonecrose mandibular: relato de caso**. Brasília-DF, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia, Universidade de Brasília, 2016.

ROMANCIUC M. **Diabetes Mellitus Tipo 2 como Doença Inflamatória: anatomia, fisiopatologia e terapêutica**. 2017. Dissertação de mestrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Algarve, 2017.

SANTIAGO ADE, GOMES VLVR e SOUZA, WL. O uso da ozonioterapia no tratamento de feridas: uma revisão de literatura. **Repositório Institucional Tiradentes**, 2019.

SCAIN SF, FRANZEN E, HIRAKATA VN. Riscos associados à mortalidade em pacientes atendidos em um programa de prevenção do pé diabético. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2018 nov 29; 39: 01-08.

SILVA MDS. **Desenvolvimento de base de dados de imagens, classes e mensuração de úlceras do pé diabético para técnicas de classificação e ferramentas de auxílio a diagnóstico**. Distrito Federal, 2020. 85p. Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica, Faculdade UnB Gama. 2020.

SIQUEIRA AKA, et al. O enfermeiro na promoção da saúde frente ao pé diabético na atenção básica de saúde/The nurse in the promotion of health against diabetic foot in basic health care. **Brazilian Journal of Health Review**, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Pé diabético: aspectos etiopatogênicos** .2020 set 15. Disponível em:<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/aulas-medicas/pediabetico.pdf>

SCHWARTZ-TAPIA A et al. Madrid Declaration on Ozone Therapy. ISCO3 **International Scientific Committee of Ozone Therapy**: Madrid, Spain, 2020.

TORTORA GJ, DERRICKSON B. Corpo Humano-: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia. **Artmed Editora**, 2016.

SOBRE A ORGANIZADORA

LUANA VIEIRA TOLEDO - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF - 2010), com especialização em Gestão de Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria (2013) e mestrado em Saúde Coletiva (2014) pela mesma instituição de ensino. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG - 2020). Atua como professor adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV) da área de saúde do adulto e idoso em situações clínicas, cirúrgicas e críticas. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV. Coorientadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Atualmente tem se dedicado ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão relacionados aos aspectos gerenciais e assistenciais do cuidado em saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Alcoolismo 165, 194, 197, 200

Ambiente escolar 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40

Assistência 3, 21, 35, 42, 43, 45, 47, 48, 50, 52, 54, 56, 59, 67, 70, 72, 79, 82, 95, 101, 102, 103, 107, 109, 110, 111, 112, 115, 118, 119, 127, 128, 140, 142, 152, 155, 156, 157, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 175, 179, 180, 182, 183, 190, 194, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 222, 223, 225, 229, 232, 237, 240

Assistência de enfermagem 48, 101, 103, 110, 156, 182, 194, 197, 199, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 209, 210, 211, 225, 240

Atenção básica 53, 65, 69, 72, 73, 80, 81, 84, 88, 92, 95, 98, 102, 111, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 147, 148, 149, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 172, 232, 233, 239, 240, 241

Atenção primária à saúde 69, 70, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 95, 101, 102, 109, 111, 112, 183

Atenção psicossocial 138, 139, 146, 148, 157, 161, 162, 172, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 184, 186, 191, 192, 193, 194, 197

C

Câncer 51, 61, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 195

Capacitação profissional 108, 114

Centro de apoio psicossocial 174, 175, 176

Cicatrização 198, 213, 214, 220, 221, 222, 227, 228, 229, 230, 234, 235, 236, 238, 239

Círio de Nazaré 7, 10

Comunicação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 15, 16, 47, 65, 76, 77, 80, 103, 141, 148, 179, 180, 239

Comunidade terapêutica 184, 185, 188, 189

Consulta de enfermagem 88, 98, 107, 120, 179, 181, 197, 202, 203, 209, 226

Coordenação 66, 69, 70, 71, 72, 73, 78, 79, 80, 81, 82, 103, 109, 140, 148, 172, 181, 204

Cuidados 7, 8, 32, 35, 38, 42, 44, 46, 47, 50, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 79, 80, 82, 83, 84, 102, 103, 110, 118, 127, 142, 149, 152, 157, 158, 162, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 186, 197, 203, 210, 224, 232, 233, 234, 241

Cuidados de enfermagem 50, 55, 58, 174, 176, 177, 178

Cuidados paliativos 82, 83, 84

Cuidados primários de saúde 70

D

Diabetes 51, 61, 71, 107, 124, 125, 227, 228, 229, 230, 233, 234, 238, 239, 240, 241

Diminuição de riscos 12

E

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 18, 19, 36, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 58, 65, 66, 67, 81, 82, 85, 86, 88, 90, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 120, 123, 137, 138, 141, 144, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 165, 167, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 190, 192, 194, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 222, 224, 225, 226, 232, 238, 239, 240, 241, 242

Enfermagem geriátrica 101, 104

Ensino de primeiros socorros nas escolas 29, 31, 35, 40

Epidemiologia 19, 20, 26, 58, 80, 100

Estomaterapia 201, 202

Estratégia de saúde da família 82, 102, 111, 112, 114, 116, 139, 162

F

Fatores de risco 56, 67, 88, 95, 99, 115, 122, 123, 124, 125, 152, 156, 195, 196, 200, 213, 218, 219, 220, 225, 227, 231, 238

Formação em serviço 161

H

Hipertensão 51, 61, 107, 111, 112, 124, 193, 194, 195, 196, 200, 219, 228

I

Ideação suicida 152, 154, 157, 158

Idoso 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 66, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 133, 134, 135, 136, 137, 199, 212, 213, 214, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 242

Imagem 2, 146, 203, 222, 232

L

Lesão por pressão 50, 51, 53, 54, 55, 59, 65, 66, 231

M

Malária 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28

N

Notificação de doenças 19

O

Ozônio 227, 229, 235, 236, 237, 238, 239, 240

P

Prevenção 3, 4, 6, 12, 13, 14, 16, 30, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 61, 64, 65, 66, 70, 71, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 107, 108, 109, 112, 122, 123, 124, 125, 129, 137, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 169, 179, 213, 220, 222, 223, 238, 241

Primeiros socorros 7, 8, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41

Profissionais de saúde 52, 54, 89, 92, 102, 109, 112, 117, 119, 134, 135, 156, 158, 161, 163, 170, 233, 240

Promoção 3, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 30, 34, 39, 45, 47, 48, 49, 53, 70, 72, 86, 89, 92, 93, 94, 96, 107, 111, 119, 186, 187, 214, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 241

Q

Qualidade da atenção 70

Qualidade de vida 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 54, 70, 102, 109, 115, 118, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 133, 134, 135, 159, 199, 211, 212, 213, 214, 218, 222, 223, 224, 227, 228, 229, 232, 236, 238, 239

Quedas 122, 123, 124, 125, 195, 223

R

Reabilitação 3, 53, 70, 89, 169, 171, 174, 179, 184, 186, 188, 189, 190, 192, 202, 203, 204, 209, 210, 226

Redes assistenciais 82

Redes de atenção à saúde 70, 72, 81, 187

Reforma psiquiátrica 146, 149, 161, 162, 163, 170, 171, 172, 175, 181, 185

Romeiros 7, 8, 9

S

Saúde do idoso 46, 49, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 112, 119, 124, 133, 213, 214, 222

Saúde mental 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 194

Saúde pública 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 25, 28, 35, 50, 71, 81, 84, 100, 103, 120, 123, 125, 128, 132, 136, 138, 150, 151, 186, 192, 199, 214, 224, 231

Suicídio 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

T

Tecnologia educativa 50, 53, 54, 55, 56, 64, 65, 98

Tentativa de suicídio 150, 153, 154, 155, 160

Transtornos relacionados ao uso de substâncias 185

U

Úlcera venosa 65, 213, 219, 221, 222, 224, 225, 226

V

Violência 34, 107, 108, 109, 112, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 152, 160, 163

Vulnerabilidade em saúde 114

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

3

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

3

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 