



# SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

# 4

Francisca de Fátima dos Santos Freire  
(Organizadora)

  
Ano 2021



# SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

# 4

Francisca de Fátima dos Santos Freire  
(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 Internazionale 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  
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco  
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. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
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. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

## **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª 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  
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Fernando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Profª Drª 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  
Profª Drª 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  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl 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  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª 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. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí  
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  
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo  
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,  
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 Miraniide 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. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina  
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  
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Profª Drª Andrezza 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. Anne 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. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina  
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná  
Profª Drª 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. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá  
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  
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri  
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/UFGA  
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. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu  
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Profª Drª Lúvia 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  
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo  
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. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais  
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi  
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília  
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

**Bibliotecária:** Janaina Ramos  
**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Giovanna Sandrini de Azevedo  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizadora:** Francisca de Fátima dos Santos Freire

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

S491 Serviços e cuidados em saúde 4 / Organizadora Francisca de Fátima dos Santos Freire. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-195-1

DOI 10.22533/at.ed.951211806

1. Saúde. I. Freire, Francisca de Fátima dos Santos (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](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto: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 obra “Organização Serviços e Cuidados em Saúde”, consiste em uma série de livros da Atena Editora, que tem como objetivo primeiro a discussão de temas científicos, com ênfase na produção da saúde: na gestão e na linha de cuidado da saúde pública. As publicações que compõem esse ensaio são frutos de estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa que resistem na defesa da ciência.

A temática arrolada nos instiga a profundas reflexões e inquietações. Iremos apresentar de forma categorizada e interdisciplinar em quatro volumes. As produções nascem dos estudos, pesquisas, relatos de experiência e/ou revisões que perpassam nos diversos cenários que se produzem saúde, quer seja na gestão ou na atenção.

O primeiro seguimento é destinado a uma análise das estratégias de gestão que são adotadas na Organização dos Serviços e Cuidados em Saúde, destacando-se os desafios e limitações enfrentados pelos atores sociais que estão imersos nos pontos de atenção a saúde. Entendemos, que o cuidado em saúde possui diversos significados e é constituído das ações de profissionais de saúde. No contexto do cenário do Século XXI, com as motivações da Pandemia da Covid-19, se faz imperativo o conhecimento, a habilidade, a resolutividade e a luz ética para gerir saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, no intuito de garantir a qualidade da atenção.

Na segunda seção a ênfase da discussão é direcionada as estratégias da linha de cuidado na atenção primária, secundária e terciária, atentando-se para as estratégias de cuidado para as minorias, para os pacientes críticos e para a reabilitação. Os resultados e discussões defendidos sinalizam a necessidade do fortalecimento das Políticas Públicas, no sentido do financiamento e suporte da rede, para que o objetivo pleiteado possa ser cumprido, tentando diminuir a grande lacuna das iniquidades ainda presentes em nossa sociedade.

No terceiro volume têm destaque o Programa de Atenção Integral a Saúde do Adulto (PAISA), destaca-se que a população adulta e idosa vem apresentando nas últimas décadas um significativo aumento. Assim, justifica-se o espaço de discussão das interfaces da saúde do adulto, com destaque a temas relacionados a violência no trânsito, saúde do trabalhador, terapia antimicrobiana, reabilitação na Covid-19, dentre outros temas tão necessários para o meio acadêmico e social.

O último seguimento, têm destaque as contribuições da Política Nacional de Saúde Mental, a Integralidade do Cuidado e a Política de Humanização na Atenção Psicossocial, enfatizando as contribuições da efetivação de tal política, além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território e ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, cultura e lazer. Reafirmando, assim, a

necessidade da formação profissional permanente, que instigue o trabalhador da saúde a reinventar suas ações e ressignificar seus saberes e práticas, criando outras estratégias de cuidado, provocando reflexões contínuas e instituindo mais saberes e práticas que visam a superar os entraves descritos anteriormente.

Que a luz da ciência te incomode profundamente, para que consiga mergulhar na apreciação dos diversos temas instigantes que seguem e que assim, o aprendizado possa contribuir para o aperfeiçoamento do ser e das práticas a exercerem em cada espaço que estiverem, por mais longínquo que seja. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Francisca de Fátima dos Santos Freire

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL: UM ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL**

Ana Isabel Querido  
Carlos António Laranjeira  
Daniela Filipa Santos Ribeiro  
Inês Filipa Morouço Henriques  
Inês Silva Oliveira  
Sara Cristina Rodrigues Dinis

**DOI 10.22533/at.ed.9512118061**

### **CAPÍTULO 2..... 12**

#### **AUTO-ESTIGMA NUMA AMOSTRA DE ADULTOS PORTUGUESES COM DOENÇA MENTAL**

Carlos António Laranjeira  
Ana Isabel Querido  
Maria Isabel Figueiredo Moreira  
Mónica Alves Tribovane  
Raquel Pedrosa Fernandes

**DOI 10.22533/at.ed.9512118062**

### **CAPÍTULO 3..... 22**

#### **COMPORTAMENTO SUICIDA: FATORES DE RISCOS E DESAFIOS NA VIDA DE PASTORES E PASTORAS EVANGÉLICOS (AS)**

Emanuel Messias de Freitas Queiroz  
Layone Rachel Silva de Holanda  
Rosimary de Carvalho Gomes Moura

**DOI 10.22533/at.ed.9512118063**

### **CAPÍTULO 4..... 33**

#### **CORRELAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM BOMBEIROS**

Carlos Henrique da Fonseca Batista  
Cristina Gomes Oliveira Teixeira  
Jairo Teixeira Junior  
Patrícia Espíndola Mota Venâncio

**DOI 10.22533/at.ed.9512118064**

### **CAPÍTULO 5..... 43**

#### **CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Iasmin Dutra de Almeida  
Alynne Bayma dos Santos  
Christian Sadik Romero Meija  
Fabrícia Cristina da Cruz Sousa  
Filipe Maia de Oliveira  
Gabriella de Barros Gondim

Homero da Silva Pereira  
João Pedro Silva Majewski  
Marcelo Santos Lima Filho  
Marina Gomes Cantanhede  
Otávio Bruno Silva da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.9512118065**

**CAPÍTULO 6..... 54**

**CUIDADOS PALIATIVOS: CONFLITOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monise Santos Souza  
Josieli Ribeiro Machado Maciel  
Josilene de Sousa Bastos  
Antônia Maria Santos do Lago  
Maria de Jesus da Silva Vilar Campos  
Rafael Mondego Fontenele

**DOI 10.22533/at.ed.9512118066**

**CAPÍTULO 7..... 66**

**CUIDADOS PALIATIVOS: UMA CARACTERIZAÇÃO**

Aryane Leinne Oliveira Matioli  
Paulo José da Costa

**DOI 10.22533/at.ed.9512118067**

**CAPÍTULO 8..... 86**

**ESQUIZOFRENIA E SUAS REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE**

Júlia Bettarello dos Santos  
João Gabriel de Melo Cury  
Laís Ribeiro Braga  
Andrea de Oliveira Cecchi

**DOI 10.22533/at.ed.9512118068**

**CAPÍTULO 9..... 93**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Lara Morial Martins  
Mariany Corrêa Alves Lima  
Nathália Corsi Monfardini  
Maria Isabel de Melo Vieira Le Grazie

**DOI 10.22533/at.ed.9512118069**

**CAPÍTULO 10..... 99**

**FATORES PREDITORES DE DELIRIUM NO DOENTE ADULTO INTERNADO NUMA UCI: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Ana Rita Pascoal  
Cristiana Filipa de Pinho Oliveira  
Débora Raquel Albuquerque Pereira  
Ricardo Filipe da Silva Andrade

Sara Catarina Ramos Gonçalves  
João Filipe Fernandes Lindo Simões

**DOI 10.22533/at.ed.95121180610**

**CAPÍTULO 11..... 114**

**USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS POR ACADÊMICOS DE UM CURSO DE ENGENHARIA AGRÍCOLA**

Jéssica Gabrielle Pontes Cadidé  
Thaynná Rodrigues Tavares  
Helen Cristina Fávero Lisboa

**DOI 10.22533/at.ed.95121180611**

**CAPÍTULO 12..... 122**

**SUICÍDIO NA REGIÃO SERIDÓ POTIGUAR: SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS (1996 a 2014)**

Starlonne da Cunha Melo  
Céliane Késsia Cavalcante de Araújo  
João de Deus de Araújo Filho  
Hugo Wesley de Araújo  
Tiago Rocha Pinto  
Dulcian Medeiros de Azevedo

**DOI 10.22533/at.ed.95121180612**

**CAPÍTULO 13..... 137**

**TRANSTORNOS DE HUMOR E FAMÍLIA: SOBRECARGA E FATORES RELACIONADOS**

Céliane Késsia Cavalcante de Araújo  
Starlonne da Cunha Melo  
João de Deus de Araújo Filho  
Hugo Wesley de Araújo  
Dulcian Medeiros de Azevedo

**DOI 10.22533/at.ed.95121180613**

**CAPÍTULO 14..... 150**

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE COMO ALIADAS DA OTIMIZAÇÃO DO PARTO NORMAL**

Brunna Francisca de Farias Aragão  
Mayara Santana da Silva  
Gabriela Wanderley da Silva  
Alice Fonseca Pontes  
Alyson Samuel de Araujo Braga  
Elen Vitória Oliveira de Lima  
Emilly de Aquino Oliveira  
Isabelly Luana Campos da Silva  
Larissa Maria Farias de Amorim Lino  
Maria Alice Maia de Oliveira  
Rebeca Toledo Coelho  
Alexsandra Xavier do Nascimento

**DOI 10.22533/at.ed.95121180614**

<b>CAPÍTULO 15.....</b>	<b>159</b>
<b>REFLEXOS DOS DISTÚRBIOS DO SONO NA POPULAÇÃO IDOSA</b>	
Marta Beatriz Santos Macêdo	
Ana Julia Gonçalves Jesus	
Anna Lídia Masson Roma	
Beatriz Campos Costa	
Elissandra Ferreira Loiola	
Giovanna Masson Roma	
Jenifer Sayuri Takahashi Sunahara Teodoro	
Káryta Lorrane Xavier Oliveira	
Letícia Priscila dos Anjos Goulart	
Renata Miranda	
Tháís Fernanda Santos Azevedo	
Ana Paula Sá Fortes Silva Gebrim	
<b>DOI 10.22533/at.ed.95121180615</b>	
<b>CAPÍTULO 16.....</b>	<b>165</b>
<b>ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL EM CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA DISCENTE DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO</b>	
Michelle Gabriela do Santos Dutra	
Renata Borba de Amorim Oliveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.95121180616</b>	
<b>CAPÍTULO 17.....</b>	<b>175</b>
<b>RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATIVIDADE REALIZADA EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NA CIDADE DE FRANCA</b>	
Saygra Batista Sousa	
Isabela Ovídio Ramos	
Luis Roberto CrawfordÁlvaro	
Augusto Trigo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.95121180617</b>	
<b>CAPÍTULO 18.....</b>	<b>184</b>
<b>O CONHECIMENTO DE NUTRICIONISTAS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS</b>	
Mariana Calazans Frias Marcolini	
Renata Borba de Amorim Oliveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.95121180618</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA.....</b>	<b>195</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>196</b>

# CAPÍTULO 1

## A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL: UM ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 04/04/2021

### Ana Isabel Querido

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria; ciTechCare  
Leiria, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-5021-773X>

### Carlos António Laranjeira

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria; ciTechCare  
Leiria, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>

### Daniela Filipa Santos Ribeiro

Estudante do 4º curso de licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

### Inês Filipa Morouço Henriques

Estudante do 4º curso de licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

### Inês Silva Oliveira

Estudante do 4º curso de licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

### Sara Cristina Rodrigues Dinis

Estudante do 4º curso de licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

**RESUMO:** Atualmente os cuidados de saúde

mental são promovidos maioritariamente a nível comunitário, com o intuito de diminuir o afastamento dos indivíduos dos seus domicílios e facilitar a sua inserção social e reabilitação. Assim, os Cuidadores Informais (CIs) ganham especial importância, uma vez que facilitam o processo de *recovery* da pessoa com Doença Mental (DM). Este estudo teve como objetivos: 1) caracterizar a sobrecarga do CI da pessoa com DM; 2) analisar a relação entre a sobrecarga e as dificuldades do CI; e 3) verificar se a dependência da pessoa com DM eleva os níveis de sobrecarga do CI. Foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Os dados foram colhidos através de um questionário de avaliação do desempenho do papel do cuidador, que incluiu dados sociodemográficos, o Índice de *Lawton-Brody*, o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador e a Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador, a 119 CIs principais recrutados num departamento de psiquiatria de um hospital português. Os resultados revelaram que mais de metade dos CIs eram mulheres com uma média de 53,84 anos. Através da aplicação da Escala de *Zarit*, 45% dos CIs apresentam sobrecarga intensa. Das 119 pessoas que participaram no estudo, 85 referiram sentir necessidade de mais apoio por parte dos profissionais de saúde. Verificou-se que existe uma correlação moderada entre as variáveis: sobrecarga do CI e o nível de dependência da pessoa com DM para a realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária. Face aos resultados obtidos, compreende-se a importância de valorizar os CIs, enquanto parceiros de cuidados, de forma a diminuir a sua sobrecarga e as dificuldades que

sentem ao cuidar da pessoa com DM.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sobrecarga; Cuidador Informal; Doença Mental; Abordagem quantitativa.

## THE BURDEN OF THE INFORMAL CAREGIVER OF THE PERSON WITH MENTAL ILLNESS: A DESCRIPTIVE-CORRELATIONAL STUDY

**ABSTRACT:** Presently, mental health care is mainly promoted at community level, with the aim of reducing the distance of individuals from their homes and facilitating their social insertion and rehabilitation. Thus, informal caregivers (ICs) gain special importance since they facilitate the patient's recovery process. This study aimed to: 1) characterize the burden of the IC of the person with Mental Illness (MI); 2) analyse the relationship between the burden and the difficulties of the IC; and 3) to verify if the dependence of the person with MI increases the levels of IC burden. A quantitative, descriptive, and correlational study was developed. The data were collected through a questionnaire to assess the performance of the caregiver's role, which included sociodemographic data, the Lawton-Brody Index, the Carers Assessment of Difficulties Index, and the Caregiver Burden Assessment Scale, at 119 ICs recruited in a psychiatric department of a Portuguese hospital. The results revealed that more than half of the ICs were women with an average of 53.84 years. Through the application of the Zarit Scale, 45% of ICs have an intense burden. Of the 119 people who participated in the study, 85 reported feeling the need for more support from health professionals. It was found that there is a moderate correlation between the variables: IC overload and the level of dependence of the person with MI to perform Instrumental Activities of Daily Living. In view of the results obtained, it is understood the importance of valuing ICs, as care partners, in order to reduce their burden and the difficulties they feel when caring for the person with MI.

**KEYWORDS:** Burden; Informal Caregiver; Mental Illness; Quantitative approach.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Doença Mental (DM) implica flutuações da autonomia da pessoa, quer a nível mental quer físico. DUTRA; BOSSATO; OLIVEIRA (2017) consideram que o grau de autonomia atribuída deve ter em conta a capacidade que a pessoa com DM tem para cuidar do próprio corpo, de manipular corretamente a própria medicação e de cuidar de forma responsável da sua vida. Segundo PINTO et al. (2016), a capacidade do indivíduo deve ser avaliada tendo em conta as atividades de vida diárias e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Estas últimas, segundo SEQUEIRA (2010a), são as atividades que possibilitam que o indivíduo se adapte ao meio e mantenha a sua independência na comunidade, estando diretamente relacionadas com o seu estado cognitivo, onde se inclui o cuidar da casa, preparar a comida, ir às compras, utilizar o transporte, gerir o dinheiro e a medicação. Quando a pessoa não é capaz de se autogerir, é atribuído o poder a outro indivíduo – cuidador informal –, de forma a tomar as decisões pela pessoa com doença mental, bem como auxiliar nas AIVDs.

O Plano Português para a Saúde Mental (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2017) define como missão o desenvolvimento de programas com o objetivo de descentralizar os cuidados dos serviços de saúde mental, facilitando a participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias. Desta forma, as pessoas com doença mental que são tratadas a nível ambulatorio, têm a possibilidade de exercer a sua cidadania e estar inseridos no meio familiar e social, sendo necessário recursos da comunidade para os cuidadores (RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019).

Em Portugal, a recente Lei do Estatuto do Cuidador Informal, nº 100/2019, estabelece a distinção entre CI principal e não principal. Assim o CI principal é habitualmente “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (LEI n.º 100/2019, Artigo 2.º). Considera-se o CI não principal o parente ou afim “que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (LEI n.º 100/2019, Artigo 2.º).

Salienta-se que existem um conjunto de fatores que influenciam a escolha do CI na família, do qual se destacam a relação familiar, a coabitação, o género do cuidador e da pessoa a cuidar e as condicionantes relativas ao cuidar, bem como o estado civil, a cultura e o estatuto profissional (SEQUEIRA, 2010a). O mesmo autor defende que na maioria das famílias, a escolha do cuidador é algo subtil, sendo influenciado pelas características e experiências pessoais de cada membro, bem como pelo contexto em que se encontram. BARBOSA (2015, p.178) refere que os cuidadores conjugais possuem obrigações éticas e legais com o seu cônjuge, uma vez que se comprometeram a cuidar um do outro e “(...) apoiarem-se mutuamente até que a morte os separe (...)”. A intimidade criada ao longo dos anos e o facto dos cônjuges observarem a deterioração do parceiro ao longo do tempo são fatores que os tornam mais aptos para assumir os cuidados (BARBOSA, 2015). No que diz respeito aos filhos predominam os motivos relacionados com a cumplicidade, mas, também, por se sentirem na “obrigação” ou como um dever familiar (MORAIS, 2019).

Do desempenho do papel do CI, há também a referir a transição do cuidador para o cuidar, enquanto um processo complexo que envolve diferentes variáveis com influência na vida do CI. Tendo por base a teoria das transições de *Afaf Meleis*, existe um conjunto de propriedades que influenciam o processo de transição: o envolvimento/vontade no desempenho do seu papel; a consciencialização da pessoa para a necessidade de desempenhar o papel; a dependência e o seu tempo de duração; os conhecimentos e a capacidade; o significado pessoal; as crenças e atitudes; o status socioeconómico e material; e os recursos comunitários e sociais existentes (MELEIS et al., 2010). O sentir-se envolvido, a confiança, o *coping*, a interação e a mestria são exemplos de indicadores de processo e de resultado relativamente à adaptação do cuidador informal à transição

(MELEIS et al. 2010).

A evidência aponta que o cuidar da pessoa com doença mental apresenta aspetos positivos, como a satisfação em cumprir o seu papel, mas também aspetos negativos, já que pode levar à sobrecarga do cuidador com impacto na sua qualidade de vida (ARAÚJO et al., 2019). GALUSTYAN (2019) realça que o dia-a-dia do CI pode ser alterado de forma significativa, bem como as suas prioridades. REID, PALLANT e ERVIN (2015) referem que a sobrecarga do CI acontece quando as condições físicas, emocionais, sociais e financeiras são inadequadas às suas necessidades, estando associada a défices na saúde física e psicológica, traduzindo-se em depressão, ansiedade e outros problemas de saúde.

Assim, o CI deve ser visto não só como parceiro de cuidados ou recurso, mas também como alvo, com necessidade de cuidados. Deste modo, torna-se crucial compreender de que forma os CI encaram este novo papel, tendo em consideração as dificuldades e a sobrecarga dos mesmos. Assim, foram objetivos deste estudo: 1) caracterizar a sobrecarga do CI da pessoa com DM; e 2) analisar a relação entre a sobrecarga e as dificuldades do CI; e 3) verificar se a dependência da pessoa com DM eleva os níveis de sobrecarga do CI.

## 2 | MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional.

A população acessível foram os CIs de pessoas com DM que se deslocaram a um departamento de saúde mental e psiquiatria de um hospital da região centro de Portugal, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2020. Para a seleção da amostra estabeleceram-se como critérios de inclusão: - ser CI de uma pessoa com DM e querer participar; - saber ler e escrever português; - ter idade igual ou superior a 18 anos. Como critérios de exclusão, os participantes não podiam ser CIs há menos de 3 meses, nem apresentar doenças incapacitantes.

O estudo respeitou todos os aspetos éticos, de acordo com a Declaração de Helsínquia, visando à preservação da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. O protocolo referente à pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética (CEn°06/2019). A amostra acidental foi constituída pelas primeiras 119 pessoas que cumpriram os critérios de inclusão e que manifestaram o seu consentimento para participar no estudo de forma livre e esclarecida.

Com o intuito de responder aos objetivos pré-estabelecidos, foi elaborado um questionário, com questões sociodemográficas, profissionais, familiares e relacionadas com a perceção do cuidar. Adicionalmente foram aplicados instrumentos que avaliaram a sobrecarga e as dificuldades do cuidador informal e a autonomia da pessoa com doença mental na realização de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs).

A Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal de *Zarit* permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador de indivíduos com incapacidade mental

e física. Esta escala foi validada para a população portuguesa por Sequeira, em 2007, incluindo informações sobre saúde, vida social e pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (SEQUEIRA, 2010b). É um instrumento constituído por 22 itens, sendo que estes são pontuados através de uma escala de *Likert* de 1 (nunca) a 5 (quase sempre). Os itens desta escala estão agrupados em 4 fatores: 1) impacto da prestação de cuidados; 2) relação interpessoal; 3) expectativas face ao cuidar; e 4) perceção da autoeficácia. O score final varia entre 22 a 110, sendo que um maior score corresponde a um maior nível de sobrecarga. A escala apresenta pontos de corte de acordo com o nível de sobrecarga avaliado: inferior a 46 – sem sobrecarga; entre 46 a 56 – sobrecarga ligeira; superior a 56 – sobrecarga intensa (SEQUEIRA, 2010a). O *alpha de Cronbach* da Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador é de 0,93.

O Índice de *Lawton-Brody*, validado para a população portuguesa (SEQUEIRA, 2010a), avalia a autonomia das pessoas com DM para realizar as AIVDs, de forma a viver independente na comunidade. Assim, permite identificar o grau de autonomia da pessoa com DM, relacionando-se com o grau de sobrecarga do CI. Este índice avalia a capacidade para realizar 8 tarefas, nomeadamente: utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem de roupa, utilização de meios de transporte, gestão da medicação e gestão de dinheiro. O *alpha de Cronbach* é de 0,92.

A *Carers Assessment of Difficulties Index* (CADI), traduzida para português como Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador, é uma escala que avalia as dificuldades sentidas pelo cuidador no desempenho do seu papel (SEQUEIRA, 2010a). Trata-se de um instrumento composto por 30 potenciais dificuldades, onde o inquirido deve assinalar numa escala tipo *Likert* se a afirmação em causa se aplica à sua situação e, em caso positivo, de que forma corresponde à sua perceção da situação. É ainda composta ainda por 3 itens de carácter opcional, em que o CI pode referir as suas próprias dificuldades e classificar o seu grau de perturbação face às mesmas. Segundo CACHADA (2014), o CADI pode ser analisado em termos de itens e em termos de pontuações totais, sendo que a pontuação varia entre 30 e 120; uma maior pontuação significa mais dificuldades relacionadas com o cuidar. O *alpha de Cronbach* nesta escala é de 0,94.

Para a análise e processamento dos dados obtidos utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25. Posto isto, o tratamento de dados foi realizado em 2 fases. A primeira fase consistiu na análise estatística descritiva onde é apresentado um resumo do conjunto de dados, de modo a visar a caracterização e/ou descrição da amostra. Numa segunda fase contempla a estatística inferencial, sendo que esta dá uso aos testes de hipóteses para fazer comparações, predições e para tirar conclusões através de uma amostra da população (RODRIGUES et al., 2017).

### 3 I APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A amostra é constituída por 119 cuidadores, com idades compreendidas entre os 18 e os 85 anos, apresentando uma média de 53,84 anos e um desvio padrão de 13,62 anos. Ao analisar a tabela 1 é possível constatar que os CIs da pessoa com DM são maioritariamente do género feminino, representando 66,4% da amostra (79 mulheres). A maioria dos CIs apresentam nível de formação até ao ensino básico, que inclui o 1.º, 2.º e 3.º ciclos. No que diz respeito às profissões, 45,4% são trabalhadores não qualificados, seguido de profissionais de serviço e vendedores, embora com uma percentagem bastante inferior (16%). Relativamente à situação profissional importa destacar que 48,7% da amostra pratica uma atividade remunerada, 27,7% estão aposentados e 10,9% estão desempregados.

Caracterização sociodemográfica e profissional		n	%
<b>Género</b>	Feminino	79	66,4
	Masculino	40	33,6
<b>Nível de Formação</b>	1.º Ciclo	35	29,4
	2.º Ciclo	15	12,6
	3.º Ciclo	19	16,0
	Secundário	31	26,1
	Ensino Superior	19	16,0
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	24	20,2
	Casado/ União de Facto	79	66,4
	Divorciado	12	10,1
	Viúvo	4	3,4
<b>Profissão</b>	Quadros Superiores Administração	8	6,7
	Especialistas Profissões Intelectuais e Científicas	7	5,9
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	10	8,4
	Pessoal Administrativo e Similares	6	5,0
	Pessoal de Serviço e Vendedores	19	16,0
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	13	10,9
	Operadores de Instalação de Máquinas	2	1,7
	Trabalhadores Não Qualificados	54	45,4
<b>Situação Profissional</b>	Atividade Remunerada	58	48,7
	Atividade Não Remunerada	6	5,0
	Desemprego	13	10,9
	Afastamento-Licença-Auxílio Doença	2	1,7
	Aposentadoria	33	27,7
	Outro	7	5,9

<u>Características Familiares e Percepção do Cuidar</u>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Coabitação</b>	Sim	81	68,1
	Não	32	26,9
	Esporadicamente	6	5,0
<b>Grau de Parentesco</b>	1.º Grau	55	46,2
	2.º Grau	9	7,6
	3.º Grau	3	2,5
	4.º Grau	1	0,8
	Relação de Afinidade	51	42,9
<b>Capacidade para Cuidar</b>	Sim	97	81,5
	Não	22	18,5
<b>Preparação para os Cuidados</b>	Sim	17	14,3
	Não	102	85,7
<b>Pessoa doente pode ficar sozinha</b>	Sim	78	65,5
	Não	41	34,5
<b>Necessidade de apoio por parte dos profissionais</b>	Sim	85	71,4
	Não	34	28,6

Tabela 1 – Caracterização da amostra (n=119)

Fonte: Autores, 2020

Tradicionalmente, e segundo a maioria dos estudos, verifica-se que a mulher é a principal responsável pelo cuidar, em comparação com os homens (ARAÚJO et al., 2019; KANTORSKI et al., 2019; SEQUEIRA, 2010a): em primeiro lugar as esposas, seguindo-se as filhas, e posteriormente as netas. Relativamente à coabitação, pode-se constatar que a maioria dos CIs coabita com a pessoa com doença mental. No que concerne ao nível de formação, confirma-se que a maioria dos cuidadores informais apresentam baixo nível de escolaridade, estando em conformidade com outros estudos publicados (CACHADA, 2014; DUTRA et al., 2019; SEQUEIRA, 2013). Mais de metade da amostra referiu ter necessidade de mais apoio por parte dos profissionais de saúde, estando em linha com o estudo de PEREIRA (2018).

Relativamente à percepção que o CI da pessoa com DM tem sobre a capacidade para cuidar é de salientar que 81,5% afirmam ter capacidade para o fazer. Salienta-se, ainda, que 85,7% das pessoas assumiu o papel de cuidador sem ter tido qualquer preparação para prestar cuidados à pessoa com DM e apenas 14,3% referiram que tiveram preparação para prestar cuidados. De notar que 78 CIs da pessoa com DM afirmaram que a pessoa de quem cuidam pode ficar sozinho em casa. Por último, no que diz respeito ao conhecimento face à doença da pessoa com DM, referido pelo CI, em média é de 7,09 (DP= 2,44; Mínimo=0; Máximo=10). Ainda que a média do conhecimento seja boa, 71,4% dos cuidadores afirma ter necessidade de apoio por parte dos profissionais de saúde.

Tendo em conta a Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador, verifica-se que os participantes apresentam score médio final de  $53,45 \pm 16,98$ . Este valor encontra-se muito perto do ponto de corte para sobrecarga intensa (score superior ou igual a 56). Quando analisadas as questões individualmente, verifica-se que as que apresentam maior média estão relacionadas com a dependência da pessoa com doença mental face ao seu cuidador informal ( $M=3,51$ ;  $DP=1,45$ ) e o receio pelo futuro do familiar que cuida ( $M=3,45$ ;  $DP=1,41$ ). Analisando a escala de acordo com os fatores, observa-se que é no fator “Expectativas Face ao Cuidar” que os CIs sentem maior sobrecarga ( $M=3,30$ ;  $DP=1,07$ ), estando o mesmo relacionado com as expectativas que o CI tem face à percepção de cuidados, centrando-se nos medos, receios e disponibilidades (SEQUEIRA, 2010b). Em relação ao fator onde os CIs sentem menor sobrecarga é na “Relação Interpessoal” com a pessoa ao seu cuidado ( $M=1,93$ ;  $DP=0,78$ ), sendo relevadores de uma boa relação/capacidade de cuidar da pessoa com DM. Relativamente ao nível de sobrecarga, o estudo vai ao encontro da literatura publicada, que refere que na sua generalidade os CI’s de pessoas com DM apresentam uma sobrecarga elevada (AYALEW et al., 2019; SEQUEIRA, 2013). SEQUEIRA (2010a) refere que o cuidar de pessoas com alterações do comportamento, humor e cognição estão associados a níveis mais elevados de sobrecarga no cuidador, quando comparados com as doenças físicas, facto que se justifica pela exigente relação interpessoal e consequente complexidade na prestação de cuidados.

Relativamente ao Índice de *Lawton-Brody*, considerando o total da escala, a média é de  $17,8 (\pm 7,14)$ , ou seja, os CIs deste estudo cuidam de pessoas com níveis moderados de dependência. A maioria das pessoas com DM necessita de ajuda parcial na realização das atividades instrumentais de vida diária (SEQUEIRA, 2010a), uma vez que entre 9 a 20 pontos corresponde a uma dependência moderada na gestão destas atividades. A média mais elevada foi identificada no item “Cuidar da Casa” ( $M=3,03$ ;  $DP=1,46$ ), evidenciando maior dependência nesta AIVD. Já o item “Ir às Compras” ( $M=1,31$ ;  $DP=1,20$ ) é onde a pessoa com DM revela ser mais autónoma. Nos itens “Usar o Dinheiro” e ser “Responsável pela Medicação” as pessoas com DM revelaram baixos níveis de dependência.

Avaliando as dificuldades do cuidador, através da escala CADI o *score* médio final foi de  $58,3 \pm 21,3$ . Considerando o *score* médio, admite-se que existe uma maior dificuldade relacionada com o apoio profissional, com uma média de  $2,18 \pm 1,09$  (valor oscila entre 1,00 e 4,00). Os CIs referem não receber apoio suficiente por parte dos serviços de saúde e dos serviços sociais ( $M=2,27$ ;  $DP=1,24$ ), sentindo que os técnicos de saúde não compreendem os problemas que os mesmos enfrentam. De salientar, que o fator “problemas relacionais” é onde estes sentem menores dificuldades, com uma média de  $1,84 \pm 0,72$ . Ao avaliar as dificuldades sentidas pelos CIs através da escala CADI, o fator onde estes revelam maiores dificuldades refere-se ao apoio profissional, corroborando os resultados de outros estudos (CHANG et al., 2016; RAHMANI et al., 2018).

Relativamente às respostas de carácter opcional, o que mais perturba os CIs são a

falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde, falta de apoio social e financeiro e, por fim, as questões relacionadas com o grau de dependência da pessoa com DM, o que causa desgaste físico e emocional do CI (CHANG et al., 2016).

Partindo da hipótese (H1) de que elevados índices de sobrecarga do CI estão relacionados com maiores níveis de dependência da pessoa com DM nas AIVDs, aferiu-se que esta relação é moderada e significativa ( $r=0,432$ ,  $p=0,001$ ) o que comprova a hipótese inicial. Corroborados por SEQUEIRA (2013), estes resultados atestam a necessidade de maior atenção e apoio às necessidades do CI de pessoas com DM com dependência no autocuidado.

Quanto à hipótese (H2) de que elevados índices de dificuldade do CI estão relacionados com maiores níveis de dependência da pessoa com DM nas AIVDs, foi identificada uma correlação moderada e significativa ( $r=0,485$ ,  $p=0,001$ ). Neste sentido, são expectáveis maiores dificuldades do CI à medida que aumenta a dependência no autocuidado da pessoa com DM ao seu cuidado. Os achados relativamente à relação entre o nível de autonomia da pessoa com DM e as dificuldades e sobrecarga do CI, são atestados pelos estudos de ELOIA et al. (2014) e MOREIRA et al. (2018). Estes autores referem que alguns dos motivos da sobrecarga vivenciada pelos CIs da pessoa com DM são o desgaste físico e psicológico que advém do cuidar e da falta de autonomia da pessoa com DM para a realização das AIVDs. Desta forma, um dos métodos para reduzir a sobrecarga, bem como as dificuldades sentidas pelo CI consiste na capacitação da pessoa com DM para a realização das AIVDs.

## 4 | CONCLUSÃO

Fica evidente o papel dos profissionais de saúde no processo de transição dos CIs, com o intuito de capacitá-los para o cuidar, mas também de os ensinar a gerir os momentos stressantes do dia-a-dia. O reconhecimento da importância dos CIs e a sobrecarga resultante desse papel, das suas contribuições e das dificuldades que enfrentam e das suas potencialidades, constitui um passo decisivo para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas de natureza comunitária, sensíveis às necessidades dessa população, tais como, a implementação de grupos psicoeducativos, visitas domiciliárias regulares e o desenvolvimento de estratégias para enfrentar a sobrecarga que tenham em conta as especificidades de cada família.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. *et al.* Cuidando de quem cuida: qualidade de vida e sobrecarga de mulheres cuidadoras. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 3, p. 728-736, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000300728&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000300728&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 03 Abr. 2020.

AYALEW, M. *et al.* Burden among caregivers of people with mental illness at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. **Ann Gen Psychiatry**, v. 18, n. 10, 2019. Disponível em: <https://www.springermedizin.de/burden-among-caregivers-of-people-with-mental-illness-at-jimma-u/16847886> Acesso em: 03 Abr. 2020.

BARBOSA, F. «Cuidarei, enquanto puder»: a Qualidade de Vida e a (in)satisfação das necessidades dos cuidadores informais com 50 e mais anos. 2015. 391p. **Tese de Doutorado em Sociologia** - Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Braga. Instituto de Ciências Sociais, 2015. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/42527> Acesso em: 30 mar. 2020.

CACHADA, C. Cuidadores informais de idosos: avaliação dos antecedentes e consequentes do cuidar. 2014. 113 p. **Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social** - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Disponível em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1828/1/Catarina\\_Cachada.pdf?fbclid=IwAR1LtOaUygAyqXYQ9WHTp tzcvBztVrQUbdH5 Z8CmaWC865ae6 TDNW2rJE](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1828/1/Catarina_Cachada.pdf?fbclid=IwAR1LtOaUygAyqXYQ9WHTp tzcvBztVrQUbdH5 Z8CmaWC865ae6 TDNW2rJE). Acesso em: 15 mai. 2020.

CHANG, S. *et al.* Providing care to relatives with mental illness: reactions and distress among primary informal caregivers. **BMC Psychiatry**, v.16, n.80, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4807582/>. Acesso em 03 abr.2020.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). **Plano Nacional para a Saúde Mental**. Lisboa. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/> Acesso em 13 jan. 2020.

DUTRA, V., BOSSATO, H., OLIVEIRA, R. Mediar a Autonomia: Um Cuidado Essencial em Saúde Mental. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, e20160284, p. 1-8, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0284.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0284.pdf) Acesso em: 20 mai. 2020.

ELOIA, S. *et al.* Sobrecarga do Cuidador Informal Familiar de Pessoas com Transtorno Mental: Uma Revisão Integrativa. **Saúde Debate**, v. 38, p.996-1007, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0996.pdf> Acesso em: 30 mar. 2020.

GALUSTYAN, A. A Literacia em Saúde Mental e o Bem-Estar do Cuidador Informal de Pessoas com Doença Mental. 2019, 57p. **Dissertação do Mestrado em Gestão de Organizações** - Associação de Politécnicos do Norte, 2019. Disponível em: [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/15589/1/DM\\_AnaGalustyan\\_2019\\_MGO.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/15589/1/DM_AnaGalustyan_2019_MGO.pdf). Acesso em: 30 mar. 2020.

KANTORSKI, L. *et al.* Gênero como Marcador das Relações de Cuidado Informal em Saúde Mental. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n.1, p. 60-66, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v27n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201900010071.pdf> Acesso em: 30 mar. 2020.

MELEIS, A. *et al.* Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Adv Nurs Sci**. Philadelphia, v. 23, n. 1, p.12-28. Disponível em: [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing\\_Transitions\\_\\_An\\_Emerging\\_Middle\\_Range.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx) Acesso em: 30 mar. 2020.

MORAIS, D. Cuidados filiais: o papel da vinculação e da representação dos cuidados na ansiedade filial e na maturidade filial. 2019. 274 p. **Tese de Doutorado em Gerontologia e Geriatria** - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2019. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=344565](https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=344565). Acesso em: 30 mar. 2020.

MOREIRA, M L et al. Cuidadores informais de familiares com Alzheimer: vivências e significados em homens. **Contextos Clín.**, São Leopoldo, v. 11, n. 3, p. 373-385, dez. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822018000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822018000300009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 abr. 2020.

PEREIRA, M. Cuidadores informais: Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida. 2018. 170p. **Dissertação de Mestrado em Gerontologia** - Instituto Politécnico de Portalegre. 2018. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28267/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mestrado\\_GerontologiaSocial\\_MartaPereira.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28267/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_GerontologiaSocial_MartaPereira.pdf) Acesso em: 15 mai. 2020.

PINTO, A. et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3545.pdf>. Acesso em 03 abr. 2020.

PORTUGAL. Lei n.º 100/2019 de 06 de setembro de 2019 do **Ministério da Saúde**. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. Diário da República: I série, n.º 171, p.3-16, 06 set.2019. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized>. Acesso em: 20 mai. 2020.

RAHMANI, F., et al. Trapped like a butterfly in a spider's web: Experiences of female spousal caregivers in the care of husbands with severe mental illness. **J Clin Nurs.**, Oxford, v.27, n.7-8, p. 1507-1518, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14286> Acesso em: em 03 abr. 2020.

RAMOS, A., CALAIS, S., ZOTESSO, M. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. **Contextos Clín.**, v. 12, n. 1, p.282-302, 2019. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2019.121.12/60746848> Acesso em: 20 mai. 2020.

REID, C., PALLANT, J., ERVIN, K. Caregiver distress in dementia in rural Victoria. **Australas J Ageing**, v. 34, n. 4, p.235-240, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.12158> Acesso em: 20 mai. 2020.

REZAI, H., et al. Burden of Care in Caregivers of Iranian patients with chronic disorders: a systematic review and meta-analysis. **Health Qual Life Outcomes**, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01503-z> Acesso em: 03 abr. 2020.

SEQUEIRA, C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Referência**, v. 2, n. 12, p.9-16, 2010b. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa. Lidel, 2010a.

SEQUEIRA, C. Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal portuguese caregivers. **J Clin Nurs.**, v. 22, n. 3-4, p. 491-500, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12108> Acesso em: 20 mai. 2020.

## AUTO-ESTIGMA NUMA AMOSTRA DE ADULTOS PORTUGUESES COM DOENÇA MENTAL

*Data de aceite: 01/06/2021*

*Data de submissão: 04/04/2021*

### **Carlos António Laranjeira**

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria; ciTechCare Leiria, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>

### **Ana Isabel Querido**

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria; ciTechCare Leiria, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-5021-773X>

### **Maria Isabel Figueiredo Moreira**

Estudante do 4º curso de licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

### **Mónica Alves Tribovane**

Estudante do 4º curso de licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

### **Raquel Pedrosa Fernandes**

Estudante do 4º curso de licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

**RESUMO:** O estigma em Saúde Mental ocorre quando se rotula negativamente uma pessoa com doença mental, que leva à discriminação e segregação da mesma. Dá-se em forma de crenças, atitudes e comportamentos que trazem consequências negativas na vida da pessoa que

é estigmatizada. Quando a vítima internaliza estas noções como reais acentuam-se os efeitos nefastos que impactam as várias dimensões da sua vida. Os objetivos deste estudo visaram: a) averiguar o nível de auto-estigma das pessoas com doença mental; e b) correlacionar o nível de auto-estigma com as variáveis autoestima, ideação suicida e, paralelamente, com as características sociodemográficas (género, escolaridade e atividade profissional), tempo de tratamento e conhecimento percebido sobre saúde/doença mental. Trata-se de um estudo quantitativo de natureza descritivo-correlacional realizado em fevereiro de 2020, através da aplicação de um questionário a utentes de um departamento de Psiquiatria do um centro hospitalar da zona centro de Portugal, dos quais foram selecionados 58 casos para estudo. Os resultados obtidos evidenciam que elevados níveis de auto-estigma estão relacionados com menores níveis de autoestima, e um maior risco de ideação suicida. Foram ainda encontradas associações entre o aumento do auto-estigma em pessoas com baixas habilitações literárias e sem atividade profissional. Neste sentido, a implementação de programas de intervenção deverá seguir uma abordagem mista (i.e., psicofarmacoterapia e terapias cognitivo-comportamentais) capaz de reduzir o estigma internalizado e fortalecer a autoestima.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estigma; Autoestima, Doença Mental; Abordagem quantitativa.

## SELF-STIGMA ON A SAMPLE OF PORTUGUESE ADULTS WITH MENTAL ILLNESS

**ABSTRACT:** Mental health stigma occurs when a person with mental illness is negatively labelled, which leads to discrimination and segregation. It occurs in the form of beliefs, attitudes and behaviours that have negative consequences on the life of the person who is stigmatized. When the victim internalizes these notions as real, the harmful effects that impact the various dimensions of his life are accentuated. The aims of this study were: a) to ascertain the level of self-stigma of people with mental illness; and b) correlate the level of self-stigma with the variables self-esteem, suicidal ideation and, in parallel, with the sociodemographic characteristics (gender, education and professional activity), treatment time and perceived knowledge about mental health/illness. This is a quantitative study of a descriptive-correlational nature carried out in February 2020, through the application of a questionnaire to users of a department of Psychiatry of a hospital center in the central region of Portugal, from which 58 cases were selected for the study. The results obtained show that high levels of self-stigma are related to lower levels of self-esteem, and a greater risk of suicidal ideation. Associations were also found between increased self-stigma in people with low literacy and without professional activity. In this sense, the implementation of intervention programs should follow a mixed approach (i.e., psychopharmacotherapy and cognitive-behavioral therapies) capable of reducing internalized stigma and strengthening self-esteem.

**KEYWORDS:** Stigma; Self-esteem; Mental Illness; Quantitative approach.

### 1 | INTRODUÇÃO

A evidência é clara ao identificar a Saúde Mental (SM) como essencial para que as pessoas tenham uma vida saudável e prosperem, pelo que se torna imperativo protegê-la e promovê-la. É estimado que 1 em 2 pessoas experienciam uma Doença Mental (DM) durante o seu tempo de vida (ORGANIZATION OF ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, 2019]. A nível europeu, em 2016, foi calculada uma prevalência de 110 milhões de pessoas afetadas com uma DM, sendo que Portugal assume um lugar de destaque, com um em cada cinco portugueses a sofrer de uma DM (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2017).

É neste contexto, que surge o estigma, que se manifesta através de falsas crenças e no medo do desconhecido, perpetuando a falta de entendimento acerca da problemática da DM. A este propósito, a Comissão Europeia realizou um inquérito relativo às atitudes face às pessoas com problemas de SM, o qual colocou Portugal na sétima pior posição (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2015). Assim, e apesar das diversas campanhas anti-estigma, o Plano Nacional de Saúde Mental veio reafirmar o forte estigma da população portuguesa face à DM, e considera-o como uma ameaça à sua efetiva implementação nesta população específica (COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL, 2012).

Dada a magnitude epidemiológica da DM, a temática do estigma (onde se inclui o auto-estigma), representa um grande desafio para a população em geral, e para os

profissionais de saúde em particular. O estigma surge como uma grande ameaça para as pessoas com DM, frequentemente evitadas por amigos e familiares, ostracizadas por colegas de escola ou de trabalho, preteridas por empregadores e, em muitos casos, vítimas de violência. Também as falsas crenças sobre a relação entre a violência e a DM contribuem para a perpetuação dos medos exagerados de perigosidade, relutância em procurar ajuda, exclusão à habitação, emprego e apoio social (GIL, 2010). Acresce o facto de a DM ser apresentada de forma caricatural e preconceituosa no cinema, televisão e na media impressa. Vive-se numa cultura que discrimina e segrega, pelo que estar inserido nesta cultura frequentemente faz com que o indivíduo, que sofre de DM seja vítima de estigma (internalização dos estereótipos negativos que conduz à auto-estigmatização). O estigma social e o estigma internalizado são dois grandes obstáculos à integração social e à vida plena em sociedade, negando oportunidades para uma vida independente. Na esteira desta asserção, o *European Pact for Mental Health and Well-being* (BECK et al., 2017) identifica o combate ao estigma e à exclusão social experienciadas pelas pessoas com DM, como umas das cinco prioridades de intervenção. Alerta, ainda, entre outros aspetos, para a necessidade de desenvolver serviços de SM que estejam bem integrados na sociedade, que considerem a pessoa como prioridade, trabalhando de forma articulada. Para além disso, o referido pacto europeu facilita a monitorização das tendências e atividades dos estados-membros, dos diferentes parceiros sociais e outros intervenientes. De igual modo, permite ajudar na divulgação das recomendações sobre as ações mais eficazes na resposta aos temas prioritários.

Apesar do muito que se tem feito pela SM em Portugal, a evolução das atitudes relativamente a esta matéria tem sido demasiado lenta, existindo ainda uma grande injustiça social para com as pessoas que sofrem com problemas desta natureza. A incipiente literacia da população em relação às perturbações mentais (incluindo a identificação de sinais/sintomas e respetivo tratamento) é ainda muito evidente. Por outro lado, o pessimismo relativamente ao tratamento e prognóstico, e o desejo de distância social, em particular, parecem ser as atitudes estigmatizantes mais frequentes entre os profissionais de saúde.

Desta forma, foram objetivos deste estudo: 1) averiguar o nível de auto-estigma das pessoas com DM; e 2) correlacionar o nível de auto-estigma com as variáveis autoestima, ideação suicida e, paralelamente, com as características sociodemográficas (género, escolaridade e atividade profissional), tempo de tratamento e conhecimento percebido sobre saúde/doença mental.

## 2 | MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Com o intuito de constituir a amostra foram recrutadas pessoas com DM diagnosticada, acompanhadas num departamento de psiquiatria de um centro hospitalar da zona centro de Portugal em fevereiro

de 2020. A seleção dos participantes teve por base os seguintes critérios de elegibilidade: idade  $\geq 18$  anos; interesse e vontade em participar no estudo; com competência e capacidade para tomar decisões. Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: indivíduos déficit cognitivo na aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM); e insuficiência de elementos recolhidos durante a aplicação do instrumento de colheita de dados.

O estudo respeitou todos os aspetos éticos, de acordo com a Declaração de Helsínquia, visando à preservação da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. O protocolo referente à pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética (CE nº27/16). Dado que a participação neste estudo é de caráter voluntário e, de forma a respeitar e a garantir o princípio da autonomia e autodeterminação, o grupo elaborou um consentimento informado objetivando esclarecer e a clarificar a atuação junto dos doentes.

Com o intuito de responder aos objetivos pré-estabelecidos, foi elaborado um questionário, com questões sociodemográficas, profissionais e relacionadas com a doença. Adicionalmente foram aplicados os seguintes instrumentos:

1) Inventário de Estigma Internalizado em DM - Escala adaptada para o português da escala *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI-10). Esta última, embora seja uma abreviação da escala do *Internalized Stigma of Mental Illness* - 29, avalia os mesmos fatores, sendo eles: Alienação, Experiência Discriminatória, Desistência Social, Aceitação do Estereótipo e Resistência ao Estigma. Esta escala apresenta uma consistência interna com um valor de alfa ( $\alpha$ ) de *Cronbach* de 0,85 para a escala na totalidade (OLIVEIRA et al., 2015). Cada um destes fatores é avaliado através de 2 itens da escala de Likert, categorizada com: discorda fortemente (1), discorda (2), concorda (3) ou concorda fortemente (4). Esta escala apresenta um total de 10 itens a avaliar, sendo que, para o seu somatório, o score dos itens 2 e 9 deverá ser invertido. Para obter o score final é necessário fazer-se o somatório de todos os itens e dividir por 10 (número total de itens). Posteriormente, é feita a média do valor total cujo resultado deve estar entre o score 1 a 4. Para interpretar estes resultados, são definidas 4 categorias. Um score situado entre [1.00-2.00] corresponde a ausência ou mínimo de estigma internalizado; [2.01-2.50] - estigma internalizado ligeiro; [2.51-3.00] - estigma internalizado moderado; [3.01-4.00] - estigma internalizado severo.

2) Escala de Autoestima de Rosenberg – traduzida da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), permite avaliar o nível de autoestima de cada indivíduo através de como a pessoa se sente e o que pensa em relação a si própria, sendo por isso uma escala de autoavaliação. A versão portuguesa desta escala apresenta qualidades psicométricas comparáveis às relatadas na versão original, o que segundo QUINTÃO et al. (2011), espelha uma consistência interna adequada - com um valor de  $\alpha$  de *Cronbach* igual a 0.86 - e boa estabilidade temporal, dado que com um intervalo de duas semanas entre avaliações, o coeficiente de correlação de *Pearson* era igual a 0.90. A escala é constituída por um total de 10 itens, sendo que alguns destes têm uma orientação positiva (itens 1,3,4,7 e 10) e

outros uma orientação negativa (itens 2,5,6,8 e 9). O somatório final varia entre os valores 10 e 40 sendo que: scores mais altos evidenciam níveis de autoestima mais elevados e scores mais baixos evidenciam níveis de autoestima mais baixos (QUINTÃO et al., 2011).

3) Escala de Atributos de Ideação Suicida - traduzida da *Suicidal Ideation Attributes Scale* (SIDAS), que avalia a ideação suicida. Apresenta uma consistência interna elevada com um valor de  $\alpha$  de Cronbach igual a 0.91. (VAN SPIJKER et al., 2014). A escala é constituída pelos seguintes itens: a frequência (item 1), controlabilidade (item 2), proximidade da tentativa (item 3), stresse (item 4) e a interferência da ideação suicida em atividades o quotidiano (item 5). É uma escala ordinal que avalia cada item de nunca (zero) a sempre (dez), sendo que os resultados mais próximos do 10 representam maior risco de suicídio, excetuando a questão 2, em que se verifica o contrário. Antes de fazer o somatório total, a pontuação deste item deverá ser invertida (SILVA, 2019). O somatório final varia entre 0 e 50, sendo que scores mais elevados representam maior risco de suicídio.

Para a análise e processamento dos dados obtidos utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 26.0 e os resultados foram considerados significativos para um  $p < 0.05$ . Para a análise dos dados foram utilizadas técnicas da estatística descritiva e inferencial. Com recurso ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* a amostra assumiu uma distribuição não normal, como tal, foram realizados testes não paramétricos (MARÔCO, 2018).

### 3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra é constituída por 58 indivíduos, a maioria situada na faixa etária “adultos de meia-idade” (46,6%), do género feminino (60,3%), com habilitação literária do 1º ciclo (29,3%), está empregada a tempo inteiro (36,2%), tem como diagnóstico principal uma perturbação depressiva (67,2%). Por fim os participantes apresentam uma trajetória de doença superior a 10 anos desde o início do tratamento (48,3%).

Na Tabela 1, podemos observar que o nível de autoestima (avaliado através da Escala de *Rosenberg*), corresponde a uma média de 28,45, sendo que a pontuação mínima equivale a 10 e a pontuação máxima a 40.

Níveis de Autoestima	Frequência (%)
[10; 19]	2 (3,4%)
[20; 29]	34 (58,6%)
[30; 40]	22 (37,9%)
$\bar{x} = 28,45$ ; $s = 5,31$ ; $Md = 29,00$ ; $Mo = 29,00$ ; $x_{\min.} = 12$ ; $x_{\max.} = 39$	

Níveis de Estigma Internalizado	Frequência (%)
Ausência ou Mínimo de Estigma Internalizado	22 (37,9%)
Estigma Internalizado Ligeiro	18 (31,0%)
Estigma Internalizado Moderado	14 (24,1%)
Estigma Internalizado Severo	4 (6,9%)
$\bar{x} = 2,17$ ; $s = 0,66$ ; $Md = 2,20$ ; $Mo = 2,20$ ; $x_{\min.} = 1$ ; $x_{\max.} = 3,7$	
Níveis de Ideação Suicida	Frequência (%)
0	41 (70,7%)
[1; 13]	4 (6,9%)
[14; 25]	9 (15,5%)
[26; 38]	3 (5,2%)
[39; 50]	1 (1,7%)
$\bar{x} = 5,86$ ; $s = 10,43$ ; $Md = 0,00$ ; $Mo = 0,00$ ; $x_{\min.} = 0$ ; $x_{\max.} = 41$	

Tabela 1 – Estatística descritiva relativa à autoestima, estigma internalizado e atributos de ideação suicida

Fonte: Autores, 2020

No respeitante ao nível de estigma internalizado, avaliado através do ISMI-10, podemos constatar que a média desta amostra se situa no 2,17 - estigma internalizado ligeiro. Contudo, podemos observar que a maioria da amostra (37,9%) se situa na categoria “ausência ou mínimo de estigma internalizado”. No que se refere aos atributos de ideação suicida a maioria da amostra (70,7%) apresentou uma pontuação de zero, ou seja, não apresentam ideação suicida.

De acordo com a tabela 2 foi identificada uma correlação negativa e estatisticamente significativa ( $r_s = -0,60$ ;  $p < 0,001$ ), na relação entre auto-estigma e autoestima, ou seja, as pessoas com maior auto-estigma tendem a evidenciar menor autoestima. Este resultado é corroborado pelo estudo de MAHARJAN e PANTHEE (2019). Segundo SIQUEIRA e CARDOSO (2011), quando a pessoa se sente estigmatizada, isso provoca raiva e depressão no indivíduo, levando a uma baixa autoestima. Assim, os resultados obtidos estão de acordo com a literatura, na qual as pessoas sentem a sua autoestima diminuída como consequência da internalização do estigma (OLIVEIRA, 2015).

Variáveis	Autoestigma		
	n	$r_s$	$p^{(1)}$
Autoestima	58	-0,60	<0.001
Ideação suicida	58	+0,64	<0.001

(1) Teste unilateral Tabela 2 - Resultados do coeficiente de correlação e do respetivo teste de significância

Fonte: Autores, 2020

Também existe evidência de que as pessoas com DM com maior autoestigma apresentam maior ideação suicida. Os dados obtidos revelaram uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $r_s=+0,64$ ;  $p<0.001$ ). Uma relação positiva também foi encontrada no estudo de MEBRATE, FEKADU e ALEM (2019). Além disso noutro estudo longitudinal ficou comprovado que não só que existe correlação entre o estigma internalizado e a ideação suicida, como uma potencial relação causal entre estas duas variáveis (OEXLE et al., 2016).

Para que o apoio seja iniciado o mais precocemente possível, não só os profissionais de saúde têm que estar aptos para receber estes casos, como também devem facilitar as condições para que as pessoas possam pedir ajuda. Como mencionado anteriormente, a existência de estigma pode funcionar como precursor de ideação suicida, tal como o estigma pode ser uma consequência do próprio comportamento suicidário, sendo que ambas as situações podem obstaculizar a procura de ajuda por medo e/ou vergonha. Em linha com esta preocupação, tem-se verificado, nos últimos anos, uma aposta nas novas tecnologias para se poder contornar esta situação, e assim favorecer a acessibilidade das vítimas de ideação suicida aos cuidados de saúde. O investimento em intervenções digitais e linhas de apoio telefónico disponíveis 24 horas/dia, permitem manter o anonimato e, portanto, minimizar o estigma associado à procura de ajuda (SEWARD; HARRIS, 2016).

Não foram identificadas correlações entre o auto-estigma e as características sociodemográficas (género, escolaridade e atividade profissional), tempo de tratamento e conhecimento percebido sobre saúde/doença mental. Estes resultados estão em linha com LIVINGSTON E BOYD (2010); MAHARJAN e PANTHEE (2019) os quais também não identificaram relações entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, educação, estado civil, renda e grupo étnico) e a variável auto-estigma.

## 4 | CONCLUSÃO

Partindo do pressuposto que o estigma internalizado dificilmente poderá estar dissociado do diagnóstico atribuído e do contexto de tratamento abre-se a possibilidade de estudos futuros acerca da necessidade de se explorarem os significados atribuídos pelo indivíduo à experiência de ter uma DM, com recurso a metodologias qualitativas

e triangulação de fontes. Se ter em consideração indicadores clínicos, de contexto e sociodemográficos se afigura primordial para a compreensão do estigma internalizado, investigações futuras poderão contribuir para acrescentar novos contributos quanto à forma como estes e outros fatores interagem neste processo (ex. esperança, *coping*, stresse), possibilitando o desenvolvimento de estratégias de prevenção e redução deste fenómeno que afeta toda uma sociedade.

Do ponto de vista da prática clínica, os resultados aqui apresentados permitem ainda, apontar direções para a implementação de estratégias de intervenção e programas dirigidos a pessoas que demonstrem internalizar o estigma da DM e apresentem autoestima diminuída, independentemente da severidade da sua patologia e contexto de tratamento em que se encontrem a ser assistidos (OLIVEIRA, 2015). O estigma internalizado não é inconsequente para a vida das pessoas com DM. Assume-se como um fator de risco para a manutenção de sintomas e recaída, porém um fator de risco modificável. Neste sentido, a implementação de programas de intervenção deverá seguir uma abordagem mista (i.e., psicofarmacoterapia e terapias cognitivo-comportamentais) capaz de reduzir o estigma internalizado e fortalecer a autoestima.

## REFERÊNCIAS

BECK, M. et al. (2017). **Opinion on Mental Health in Europe - Ethical and Religious Considerations**. COMECE. Available from: [http://www.comece.eu/dl/LkuuJKJKoIn nJqx4KJK/20170123PUBMentalHEALTH\\_EN.pdf](http://www.comece.eu/dl/LkuuJKJKoIn nJqx4KJK/20170123PUBMentalHEALTH_EN.pdf) access on 1 June 2020.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL. (2012). **Programa Nacional para a saúde mental: Orientações Programáticas**. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde. Available from: [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf) access on 1 June 2020.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017). **Programa Nacional para a Saúde Mental**. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx> access on 1 June 2020.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. (2015). **Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental**. Available from: [https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano\\_actividades\\_2015\\_ERS.pdf](https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf) access on 1 June 2020.

GIL, I. Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais. **Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Cultural**. [Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra], 2010 Available from: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/18217/1/Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf> access on 1 June 2020.

LIVINGSTON, J., BOYD, J. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. **Soc Sci Med.**, v.71, n.12, p.2150–2161, 2010. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610006945> access on 1 June 2020.

MAHARJAN, S., PANTHEE, B. Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: a cross-sectional study. **BMC psychiatry**, vol. 19, nº1, 347, 2019. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2344-8>. access on 1 June 2020.

MARÔCO, J. **Análise Estatística com o SPSS Statistics** (7ª edição). Pero Pinheiro, Report Number Edições, 2018.

MEBRATE, E., FEKADU, A., ALEM, A. **Internalized Stigma in Patients with Severe Mental Disorder and Co-Morbid Substance Use Disorder: A Cross-Sectional Facility-Based Comparative Study, Addis Ababa, Ethiopia**, 2019. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/331522545\\_Internalized\\_Stigma\\_in\\_Patients\\_with\\_Severe\\_Mental\\_Disorder\\_and\\_Co-Morbid\\_Substance\\_Use\\_Disorder\\_A\\_Cross-Sectional\\_Facility-Based\\_Comparative](https://www.researchgate.net/publication/331522545_Internalized_Stigma_in_Patients_with_Severe_Mental_Disorder_and_Co-Morbid_Substance_Use_Disorder_A_Cross-Sectional_Facility-Based_Comparative) access on 1 June 2020.

OEXLE, N. et al. Self-stigma and Suicidality: a Longitudinal Study. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.**, v. 267, n. 4, p. 359–361, 2017. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00406-016-0698-1> access on 1 June 2020.

OLIVEIRA, S. (In)visível para quem? Um Olhar sobre o Estigma Internalizado, Auto-estima e Qualidade de Vida em Pessoas com Doença Mental. **Tese de Doutorado**. [Instituto Universitário de Lisboa], 2015. Available from: [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/12455/1/TESE DOUTORAMENTO SANDRA.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/12455/1/TESE%20DOUTORAMENTO%20SANDRA.pdf) access on 1 June 2020.

OLIVEIRA, S. et al. The Internalized Stigma of Mental Illness: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the ISMI Scale. **Community Ment Health J.**, v. 51, n. 5, p. 606–612, 2015. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-015-9828-x> access on 1 June 2020.

ORGANIZATION OF ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. (2019). **Health at a Glance 2019. In Health at a Glance 2019**. OECD Publishing. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> access on 1 June 2020.

QUINTÃO, S., DELGADO, A. PRIETO, G. Avaliação da Escala de Auto-estima de Rosenberg Mediante o Modelo de Rasch. **Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 87–101, 2011. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v25n2/v25n2a05.pdf> access on 1 June 2020.

ROE, D. et al. Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) effectiveness: A quasi-experimental study. **J Clin Psychol.**, v. 70, n. 4, p. 303–312, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3954406/> access on 1 June 2020.

SEWARD, A.-L., HARRIS, K. Offline Versus Online Suicide-Related Help Seeking: Changing Domains, Changing Paradigms. **J Clin Psychol.**, v. 72, n. 6, p. 606–620, 2016. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.22282> access on 1 June 2020.

SILVA, L. Estigma e Discriminação entre Adultos com Transtornos Psiquiátricos **Tese de Mestrado**. [Universidade Presbiteriana Mackenzie], 2019. Available from: <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/4086> access on 1 June 2020.

SIQUEIRA, R., CARDOSO, H. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. **Imagonautas. Interdisciplinary Journal on Social Imaginaries**, vol. 1, n. 2, p. 92-113, 2011. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4781280>. access on 1 June 2020.

VAN SPIJKER, B. et al. The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-based Validation Study of a New Scale for the Measurement of Suicidal Ideation. **Suicide Life Threat Behav.**, v. 44, n. 4, p. 408–419, 2014. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sltb.12084> access on 1 June 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2019). **Mental Health: Fact sheet**. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en,%5Cnhttp://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en,%5Cnhttp://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en) access on 1 June 2020.

WRIGHT, J. et al. **Terapia Cognitivo-Comportamental para doenças mentais graves**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

# CAPÍTULO 3

## COMPORTAMENTO SUICIDA: FATORES DE RISCOS E DESAFIOS NA VIDA DE PASTORES E PASTORAS EVANGÉLICOS (AS)

*Data de aceite: 01/06/2021*

*Data de submissão: 08/03/2021*

### **Emanuel Messias de Freitas Queiroz**

Faculdade Evangélica do Piauí  
Teresina – PI

<http://lattes.cnpq.br/1554769141625871>

### **Layone Rachel Silva de Holanda**

Faculdade Evangélica do Piauí  
Teresina – PI

<http://lattes.cnpq.br/9857637863762351>

### **Rosimary de Carvalho Gomes Moura**

Universidade de Pernambuco – Upe  
Campus Petrolina  
Petrolina – PE

<http://lattes.cnpq.br/6988875509291249>

**RESUMO:** A pesquisa “Comportamento Suicida: fatores de riscos e desafios na vida de pastores e pastoras evangélicos (as)”, é complexa e discutível, diante dos preconceitos relacionados ao comportamento suicida. Nesse século é perceptível o aumento do número de casos suicidas, dentre os quais destacamos o de pastores e pastoras evangélicos (as). O suicídio é um fenômeno que acompanha a história da humanidade que leva o indivíduo a tentar contra a própria vida. Dessa forma, a pesquisa visa conhecer os fatores de riscos e desafios enfrentados por pastores e pastoras evangélicos (as) que tendem apresentar comportamento suicida ou defrontam com esse tipo de problema no seu dia a dia. Para tanto foi desenvolvida

uma revisão de literatura integrativa, reunindo informações de obras publicadas, a partir da base de dados: SciELO, SPELL, Web of Science e Google Acadêmico, como também revistas e livros. Scientific Electronic Library Online. Scientific Periodicals Electronic Library, onde foram selecionados os seguintes descritores: “Comportamento and suicida”, “Fatores de risco and suicida”, “Pastores evangélicos and suicida”. A pesquisa é de cunho quali quantitativa, realizada no período de agosto a dezembro de 2020, buscando informações sobre publicações produzidas no período de 2015 a 2020. Estas foram selecionadas por revisão aos pares com especificações determinadas de acordo com os descritores citados. Seguiram-se selecionadas por tópicos mais específicos sobre a temática refinando assim cada vez mais a pesquisa. Dessa forma foi perceptível a carência de obras relacionadas a temática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comportamento Suicida; Fatores de Riscos; suicídio e religiosidade; Pastores (as) e suicida.

### SUICIDE BEHAVIOR: FACTORES OF RISKS AND CHALLENGES IN THE LIFE OF SHEPHERDS AND EVANGELICAL SHEPHERDS (AS)

**ABSTRACT:** The research “Suicidal Behavior: risk factors and challenges in the lives of evangelical ministers” is very complex and debatable, given the prejudices related to suicidal behavior. In this century, the increasing number of suicides is noticeable, among which we highlight those which are related to evangelical ministers. Suicide is a phenomenon that coexists with the

history of mankind that leads the individual to attempt against his/her own life. Thus, the research aims to know the risk factors and challenges faced by ministers who tend to have suicidal behavior or face this type of problem in their daily lives. To this end, an integrative literature review was developed, gathering information from published works, from the database: SciELO, SPELL, Web of Science and Google Scholar, as well as magazines and books. Scientific Electronic Library Online. Scientific Periodicals Electronic Library, where the following descriptors were selected: “Behavior and suicidal”, “Risk factors and suicidal”, “Evangelical ministers and suicide”. The research is of qualitative and quantitative nature, carried out from August to December 2020, seeking information on publications produced in the period from 2015 to 2020. These were selected peer review in pairs with specifications determined according to the cited descriptors. Then, they were selected by more specific topics on the subject, refining the research more and more. Therefore, the lack of works related to the theme was noticeable.

**KEYWORDS:** Suicidal Behavior; Risk Factors; Suicide and Religiosity; Pastors and Suicide.

## 1 | INTRODUÇÃO

“O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo e de forma mais específica no Brasil. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade.” Botega, (2014, p.1)

Nesse cenário, o número de países com estratégias nacionais de prevenção ao suicídio aumentou nos cinco anos desde a publicação do primeiro relatório global da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o tema, quando o organismo se pronunciou às vésperas do Dia Mundial para Prevenção do Suicídio, 9 de setembro de 2019. No entanto, o número total de países com estratégias (38) ainda é baixo, e os governos precisam se comprometer a estabelecê-las, afirmou a Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPA/OMS.09/09/2019).

Dentro desse contexto, tem observado que no Brasil a preocupação com relação a alguns fatores de riscos que alertam para o comportamento suicida, tem aumentado trazendo para a sociedade o assunto até então oculto pelo medo e pela ignorância do desconhecimento desses fatores. Por conseguinte, é sabido que o suicídio é um importante problema de saúde pública no Brasil, por outro lado a constituição confirma e retrata: No Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Dentro desse aparato constitucional, o suicídio passa a ser também de responsabilidade do estado como tão bem designa a lei, desenvolvendo assim respaldo e segurança para todo o indivíduo que venha necessitar de cuidados básicos para a sua cura. Dessa maneira o comportamento suicida não é mais um representação mórbida, mas, sim sintomas que determinam identificando tal comportamento, dando assim a oportunidade a

todo aquele ou aquela que apresentam comportamento suicida a ter tratamento preventivo, observados através de fatores denominados de riscos.

Dentro desse esboço, todo e qualquer profissional pode apresentar e desenvolver comportamento suicida. Destacando àqueles que são expostos aos grandes desafios enfrentados no seu dia-a-dia, em ambientes estressores e constantes sofrimentos internos considerados dessa forma susceptíveis ao desenvolvimento de comportamento suicida, que podem fluir devido a alguns fatores de risco ocultos ou adquiridos em sua vida.

Outrossim, destacamos os pastores e pastoras evangélicos (as) como indivíduos que podem desenvolver comportamento suicida devido à atividade desempenhada por estes, bem como a apresentação de “falsos e enganosos discursos de que pastores são blindados e imunes a depressão e ao suicídio” Lacerda (2017, p.891), entretanto nos últimos anos tem se observado em algumas pesquisas, conforme diagnósticos trabalhado através das revisões bibliográficas, os índices de suicídios dentro dessa profissão tem aumentado.

Dessa forma a pesquisa objetivou conhecer os fatores de riscos e desafios enfrentados por pastores e pastoras evangélicos (as) que tendem apresentar comportamento suicida ou defrontam com esse tipo de problema no seu dia a dia. Assim a investigação foi realizada através de revisão integrativa, tendo os seus fundamentos sobre o comportamento suicida, mais fatores de risco e conhecendo esses reportórios na vida dos pastores evangélicos. Foi buscado também em bases científicas idôneas e conhecidas pela sua multidisciplinaridade de conteúdos atualizados.

Conseqüentemente foi observado a necessidades de estudos mais profundos e diversificados dentro do campo científico, por se tratar de uma temática complexa e levada ao campo da intolerância religiosa, dentro desse cenário percebeu-se a necessidade do cuidado maior e melhor para com a saúde mental como um todo, independente de qualquer tipo de discriminação que venham toldar o conhecimento que poderão contribuir com novas qualidades de vida evitando assim o trágico conflito humano que é o sofrimento.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Comportamento Suicida

Entende-se por comportamento suicida, suicídios consumados o ato intencional de causar dano a si mesmo, sendo o objetivo final dar cabo a própria vida, englobando ideias e desejos suicidas, condutas suicidas sem resultado de morte. Schlosser, Rosa, e More,(2014.). Ainda o comportamento suicida pode ser também definido, como a preocupação, desejo ou ato que busca, intencionalmente, causar dano a si mesmo. Identificam-se nesses quesitos as ideias e desejos suicidas, onde se caracterizam por ideação suicida, os comportamentos que pode se apresentar por condutas suicidas sem resultado de morte e/ ou os suicídios consumados. (BOTEGA; WERLANG; CAIS; MACEDO, 2006)..

Nessa conjuntura, observa-se que o comportamento suicida não é nada novo. Lacerda (2017, p.167) comenta:

O suicídio não é um fenômeno novo, porém, a compreensão do comportamento suicida continua sendo um fenômeno intrigante e extremamente complexo, dentro e fora da igreja, a sua complexidade se torna maior quando se trata de suicídio de pastores.

Nesse sentido o comportamento suicida, passa a ser também responsabilidade de toda a sociedade independente de qualquer tipo de religião, pois se percebe que nesse tipo de comportamento, onde entra a religiosidade, segundo Lacerda (2017) ainda existem preconceitos e conceitos resistentes ao perfil de profissionais nesse caso os pastores e pastoras evangélicos (as) que lidam diretamente com os sentimentos de pessoas.

Portanto, o comportamento suicida independente de qualquer um desses fatores tais como: sexos, idade, localizações geográficas entre outros e mais o contexto sociopolíticos associado a diferentes fatores de risco, sugerindo heterogeneidade etiológica. (TURECKI; BRENT, 2016).

Diante de todas essas informações, nota-se a importância da pesquisa em se tratando do comportamento suicida, pois vai muito além do problema físico ou mental, em razão do social, cultural e ambiental a eles ligado além de outros fatores internos e externos. Assim é possível formar uma rede de proteção através fatores ditos de proteção visando minimizar as tentativas de suicídio bem como a prevenção dentro do âmbito dos problemas citados acima.

### **3 | DESAFIOS DE PASTORES E PASTORAS DIANTE DE COMPORTAMENTOS SUICIDAS**

Pastores e pastoras evangélicos (as), são pessoas destinadas ou escolhidas através do ministério pastoral a desenvolver atividades relacionadas aos sentimentos da alma, a conduzir fiéis a presença de Deus, dessa forma são vistos como pessoas imunes das variações de sentimentos. Por outro lado estes também são discriminados diante de exageros e até mesmo fanatismos praticados por alguns ditos pastores ou pastoras.

Nesse cenário, e dentro da história do homem, desde a antiguidade, podemos ver que homens e mulheres citados na bíblia já apresentavam características de sofrimentos como a depressão, por exemplo: Elias, descrito no livro de I Reis versículos de 17 a 19, foi um grande homem que enfrentou momentos difíceis como esses que se vive no momento, a ponto de se esconder por puro medo durante três dias sem comer e sem beber, assim vários outros personagens se apresentam ao longo da história da humanidade.

Outros personagens bíblicos são mencionados com históricos de comportamento suicida e apresentando fatores de risco, conforme relato anterior. No jornal Ultimato Grzybowski e Fuchs (2016), relatam:

A Bíblia menciona homens e mulheres fiéis que ficaram neste estado e que

desejaram morrer — entre esses estão Rebeca, Jacó, Moisés e Jó. — Gn 25:22; 37:35; Nm 11.13-15; Jó 14.13. Especialmente Elias (1 Reis 19.4) – Elias teve um ministério de sucesso: previsão da seca; ressuscitou uma criança; enfrentou os profetas de Baal; etc.

#### Para Deus (2009, p. 121)

A relação entre sentimento religioso e depressão permaneceu basicamente inalterada ao longo da história do homem. Nessa relação, existe uma causalidade entre depressão e divindades, demônios, pecado ou falta de fé. Essas associações estão tão profundamente arraigadas no homem que ainda o influenciam.

Nessa conjuntura, percebe-se a necessidade urgente de conhecer, como os pastores e pastoras evangélicos (as) tem se comportado mediante as situações por eles desenvolvidas? que dificuldades encontram nos atendimentos? Quais desafios presentes no seu dia a dia diante desses conceitos e preconceitos? Como enfrentar os fatores de risco para o comportamento suicida na sua vida e na vida a quem se dá assistência?

Nesse cenário Deus (2009, p.199) cita um comentário sobre, as pesquisas da Universidade do Rio Grande do Sul UNISINO (2008)

O pastor, líder carismático, ungido, investido da imagem do "homem de Deus" na comunidade, tem que estar sempre pronto e disponível para as atividades pastorais. O assunto é bastante complexo, bem como as causalidades encontradas. Similarmente a outros líderes, os pastores precisam se mostrar sempre fortes, pois são modelos, e apresentam grande dificuldade em aceitarem-se doentes. Apresentam falta de informações adequadas sobre o que seja a doença depressiva, e as ideias a respeito da doença são fortemente influenciadas por interpretações de cunho religioso.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade urgente de estudar e verificar como o comportamento suicida se apresenta entre os pastores e pastoras evangélicos (as), pois, dados atuais têm demonstrado o aumento de número de pastores e pastoras com depressão.

#### Segundo Lacerda (2017, p.580):

Estudos realizados pelo Instituto de Desenvolvimento de Liderança da Igreja, cerca de 70% dos pastores lutam diariamente contra a depressão e 72% dizem que estudam a Bíblia somente para preparar sermões. Esse mesmo estudo demonstrou que 80% considera que o ministério pastoral afeta de maneira negativa as suas próprias famílias e 70% dizem que não tem um amigo próximo.

Este é o cenário visto nos dias atuais. Ainda segundo pesquisas interna, isto é, pesquisas realizadas dentro do meio evangélico, é que o número de casos de suicídios de pastores tem aumentado. Silva (2011, p. 1), pontua: “Algumas pesquisas entre o público evangélico têm demonstrado que o número de pastores com problemas psiquiátricos tem aumentado.”.

Portanto, os pastores e pastoras evangélicos (as) são desafiados (as) na sua

profissão a conviver diariamente com os fatores de risco e comportamento suicida, ignorando a sua exposição diante dos fatos registrados. Lacerda (2017, p.1) comenta:

Recentemente foi verificado que em um grupo amostral 26% eram pastores portadores de problemas psiquiátricos no caso, depressão. Segundo a pesquisa de Lotufo Neto, médico psiquiatra e professor de medicina do hospital das clínicas em São Paulo, foi encontrado maior incidência de doenças mentais entre ministros protestantes se comparados à população geral, e os transtornos depressivos responderam por 16,4% das doenças mentais encontradas nos ministros protestantes.

Nessa conjuntura, os pastores e pastoras são pessoas que necessitam ser visualizados nas suas vidas profissionais já que trabalham e vivem no seu dia a dia com os fatores de risco, podendo assim desenvolver comportamento suicida, uma vez que estes em sua grande maioria são estigmatizados e reconhecidos como pessoas isentas de qualquer tipo de problemas quer sejam biológicos emocionais, sociais ou culturais, dentro dessas discussões, estes são tido como super seres. Esse cenário foi e é vivido nos dias de hoje.

Por conseguinte, os pastores entram nas estatísticas dentre tantas outras pessoas como vulneráveis a esse tipo de doença. Destarte, para a camuflagem que se tem do perfil desse profissional quanto aos conceitos e preconceitos formados, bem como a sua posição dentro do ambiente interno e externo vivenciado, ainda mais quando não faz parte das estatísticas mediante a não divulgação no meio acadêmico.

## 4 | METODOLOGIA

A pesquisa aqui realizada foi desenvolvida através do método da revisão de literatura integrativa, onde foram reunidas as informações de obras publicadas, em livros, artigos, monografias, dissertações e teses. Neste tipo de pesquisa é possível analisar os conceitos, procedimentos adotados, resultados obtidos e as diversas opiniões acerca de um determinado assunto Gil, (2017).

Portanto, a revisão integrativa da literatura, é um dos recursos da prática baseada em evidências, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Assim a pesquisa foi elaborada com o objetivo de conhecer o comportamento suicida: fatores de riscos e desafios na vida de pastores e pastoras evangélicos (as).

Nesse contexto de investigação foram selecionados obras através dos seguintes descritores: “comportamento and suicida”, “fatores riscos and suicida”, “pastor(a) evangélico and suicida”. No que diz respeito à população considerada para este trabalho, foram compostos por artigos científicos, extraídos principalmente das seguintes bases de dados: SciELO , SPELL , Web of Science , como também revistas e livros. Scientific Electronic Library Online. Scientific Periodicals Electronic Library.

A busca foi realizada de forma refinada, para os anos de 2015 a 2020. Sua elaboração incluiu: definição do objetivo; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise, e discussão dos resultados.

Para tanto, formulou-se a seguinte questão: Que desafios os pastores e pastoras evangélicos (as) têm enfrentado diante do comportamento suicida e dos fatores de risco?

Nessa perspectiva foram encontradas com os descritores “Comportamento and suicida” 252 literaturas, quando refinados para a revisão aos pares ficaram 202; Ainda refinados com data de publicações no período de 2015 a 2020, foram encontrados 86 obras, revisados aos pares 65; Dessas ainda foram selecionados os escritos em português ficam em 64, refinados aos pares 54 obras.

Dando continuidade a revisão interativa com o descritor “Fatores and Risco”, foram encontradas 255, e com revisão aos pares 201; Refinando para o período de tempo ano de 2015 a 2020, passam par 106 obras, com revisão aos pares 91; refinando ainda mais par a língua portuguesa são encontradas 75 com revisão aos pares 69.

A busca por descritores “Pastor (a) evangélico (a) and suicida” foram encontradas três obras também com revisão aos pares. Portanto, dentro dessa revisão interativa foram levantados os dados de forma específicas a temática da pesquisa, ou seja, comportamento suicida e fatores de riscos e desafios na vida de pastores e pastoras evangélicos (as). Ficou assim distribuída de acordo tabela abaixo

Identificado na base de dados	Revisados por pares	Publicações 2015 a 2020	Revisados por pares	Publicados na língua Portuguesa
252	202	86	65	54

TABELA 1 PESQUISA “Comportamento and Suicida”

Identificado na base de dados	Revisados por pares	Publicações 2015 a 2020	Revisados por pares	Publicados na língua Portuguesa
255	201	106	91	69

TABELA 2 PESQUISA “ Fatores de risco and Suicida”

Identificado na base de dados	Revisados por pares	Publicações 2015 a 2020	Revisados por pares	Publicados na língua Portuguesa
3	3	0	0	0

TABELA 3 PESQUISA “Pastor (a) Evangélica and suicida”

Os dados aqui levantados serão discutidos no próximo ponto.

## 5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Pode-se perceber que os artigos estudados dentro das bases de pesquisas são de suma importância para se refletir o momento que vivemos e vivenciamos bem como um grande alerta para toda a sociedade que se mostra inerte e invisível diante dos fatos observados por pesquisadores e estudiosos sobre o comportamento suicida e fatores de riscos compreendidos e diagnosticados por profissionais da área.

Por outro lado também se descobriu que o quantitativo de artigos relacionados à temática é de grande complexidade mais ainda muito pouco explorada, dentro desse cenário de desequilíbrio biológico, psicológico, social e cultural tão real na sociedade.

Até então quando se trata de estudos sobre desafios de pastores e pastoras evangélicos (as), mergulhados no contexto do comportamento suicida e fatores de risco não foram encontrados artigos dessa natureza. Raras exceções artigos atuais pesquisados dentro de Instituições denominacionais protestantes o que deixa aberto a questionamentos.

Dentro das literaturas pesquisadas foi observado: e-book e artigos Internos como já foi citado anteriormente (divulgados dentro de instituições evangélicas), mais recentes destacando informações relevantes sobre a temática aqui abordada, que pastores e pastoras vêm sendo desafiados (as) a enfrentar tais comportamentos, ou seja, comportamento suicida, bem como os fatores de risco, isto relacionados à própria profissão, como do mesmo modo aos seus relacionamentos com indivíduos ligados a estes.

Nesse âmbito, procurou-se organizar também os resultados com alguns artigos encontrados e analisados dentro dos critérios estabelecidos. Assim, os títulos, objetivo principal de cada pesquisa, obtidos, através dos descritores, percebeu-se tratar de um assunto multifatorial, cheios de cuidados e que apesar da complexidade e do cuidado ainda é pouco investigado e pouco divulgado no meio acadêmico.

Assim, pôde-se também perceber que a pesquisa relacionada a temática é muito específica e tratada também de forma particularizada, dentro do cenário acadêmico, espiritual e evangélico. Em contra partida os conceitos relacionados a pastores são subjetivos, ou seja, ainda persiste o estereótipo de Pastores, estes são tidos como indivíduos isentos de situações perturbadoras e por muito tempo e até nos dias de hoje a imagem do pastor e pastora é vista como aquele ou aquela que pode suporta todo o desequilíbrio, quer biológico, emocional, social ou cultural. E isso foi percebido nas pesquisas realizadas em instituições evangélicas.

Lacerda (2017) reporta a pesquisa realizada pelo Instituto de Desenvolvimento de Liderança da Igreja, destacando que a maioria dos pastores e pastoras sofrem de depressão, estes reconhecem que o ministério pastoral afeta de forma negativa as suas famílias e ainda não tem amigos. Dessa maneira, observou-se que essas informações não são de ampla divulgação diante das rotulações criadas por lideranças tentando “proteger” esses líderes e também fica reservada para igrejas. Em contra partida, essas informações

indicam que pastores não são imunes a fatores de risco, pelo contrario são propensos a sofrerem os fatores de riscos já descritos anteriormente.

Por outro lado as literaturas e artigos relacionados ao tema no momento têm surgido diante da necessidade e urgência de combater esse tipo de doença mental que vem aumento entre pastores evangélicos.

Para Lotufo Neto (1977) a maior incidência de doenças mentais entre ministros protestantes e os transtornos depressivos se comparados à população geral, correspondeu a 16,4% das doenças mentais encontradas nos ministros protestantes. Segundo um estudo realizado por Deus, (2008) com 50 prontuários de pacientes cristãos portadores de depressão atendidos na psiquiatria num período de seis meses, 13 eram pastores e representaram 26% dos pacientes atendidos.

Um dado revelador e preocupante é que, dentre os pastores, cinco referiram como causa da depressão o estresse ligado à atividade pastoral. As explicações desse estresse pastoral foram relacionadas aos seguintes fatores: problemas com instâncias da Igreja falta de compreensão e apoio das referidas instâncias; problemas de relacionamento com as igrejas locais; uma queixa comum a todos foi a existência de problemas financeiros advindos da baixa remuneração profissional; problemas conjugais também foram significativos e mudanças constantes de campos de trabalho. Grzybowski e Fuchs (2016).

Convém ressaltar que a pesquisa aqui realizada como revisão, buscou encontrar artigos ou obras que focassem nesse caso o comportamento suicida, fatores de risco e os desafios dos pastores e pastoras evangélicas, foi surpreendente quando se percebeu que em nenhum dos descritores analisados tratasse algum ponto onde os desafios de pastores e pastoras estivessem presentes, conforme demonstram as tabelas 01, 02 e 03.

Portanto, há necessidade de desenvolver estratégias de amparo a esta população, tratando questões que lhes são preocupantes, como as que foram citadas acima por Grzybowski e Fuchs (2016), bem como um trabalho interdisciplinar entre instituições de ensino objetivando uma ampla divulgação dos trabalhos pesquisados.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que o objetivo dessa revisão era conhecer sobre o Comportamento Suicida: fatores de risco e os desafios de pastores e pastoras evangélicas, no período de 2015 a 2020, tal investigação, permitiu radificar os diversos fatores de risco que identificam o comportamento suicida, bem como a visualização da carência de material que discorresse a temática.

Contudo, dentro dessas observações, pode-se perceber que o tema é bastante polêmico, cheio de preconceitos, deixando dessa forma, indivíduos fora do contexto do comportamento suicida, esquivando assim, os conflitos socioculturais dentro do campo da religiosidade e espiritualidade, o que distancia bastante dos estudos acadêmicos.

No entanto, enfatiza-se que abordagem aqui realizada é de grande relevância para se construir novas oportunidades no que tange a quebra de paradigmas sobre a temática, pois mediante investigações foi possível trabalhar e ver que apesar da carência de pesquisas voltadas para essas questões, é possível desenvolver a interação entre a academia e os estudos interdisciplinares.

Vale ressaltar que os desafios de pastores e pastoras dentro do comportamento suicida e os fatores de risco sempre existiram, o diferencial nos dias de hoje é a existência da lei e a abertura para a sociedade que tem exigido e demonstrado interesse nesse problema de saúde pública.

Percebe-se também a importância da continuidade de novas investigações sobre o assunto, uma vez que se tornou notório o descaso e o rechaço quando se trata de pastores e pastoras evangélicas. Dessa forma cabe aqui refletir tais comportamentos e fatores de risco na perspectiva e produção de conhecimentos multifatorial como é o comportamento suicida.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M; LOTUFO, F. N; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 245-250, 2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000300018](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018) Acesso em: 27/02/2021.

ARAUJO, E.S. S. Estresse entre Líderes Religiosos Protestantes de Palmas – TO. **Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)** II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) 2019.

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio: informando para prevenir** / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**. Volume 25. Nº 3. 2014. Disponível em: [www.scielo.br/psup](http://www.scielo.br/psup)

BOTEGA, N. J; WERLANG, B. S.G; CAIS, C. F. S; MACEDO, M.M.K Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/rosim/Desktop/ARTIGO%20PR%20E%20LAYONE/Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20comportamento%20suicida.pdf> Acesso em 28/02/2021.

Constituição Federal Art. 196 .Atividade Legislativa Senado Federal. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_06.06.2017/art\\_196\\_.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp) Acesso em 12/02/2021.

DEUS, P.R.G. **Um Estudo da Depressão em Pastores Protestantes**. Ciências da Religião – História e Sociedade. Volume 7 • N. 1 • 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/rosim/Downloads/1134-Texto%20do%20artigo-3171-1-10 20090724.pdf> Acesso em: 01/03/2021.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. Editora Atlas 6 Ed. 2017.

GRZYBOWSKI, C; FUCHS, D.G. O caminho sombrio para o suicídio de pastores. **Ultimato**. 2016. Disponível em: <http://ultimato.com.br/sites/casamentoefamilia/2016/09/15/o-caminho-sombrio-para-o-suicidio-de-pastores/> Acesso em 28/02/2021.

LACERDA, A. P. E. **Suicídio de Pastores: Uma análise dos fatores de risco que contribuem para a consumação do suicídio**. 1ª ed.. Ebook. 2017.

LOTUFO, F. N. Psiquiatria e Religião - a Prevalência de Transtornos Mentais entre Ministros Religiosos. **Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo** para obtenção do título de Livre-docente junto ao Departamento de Psiquiatria. São Paulo 1997.

OLIVEIRA, M.R; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estud. psicol.** (Natal) vol.17 no.3 Natal Sept./Dec. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000300016](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300016)

OPA/OMS. **Uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos, afirma OMS**.2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839)

PEREIRA, A.S; WILLHELM, A. R; KOLLER; S. H; ALMEIDA, R. M. M. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2016. Disponível em file:///C:/Users/rosim/Desktop/TCC%20DO%20PASTOR/Fatores%20de%20risco%20para%20suicidio.pdf. Acesso em: 12/12/2020.

PERES, J.F. P; SIMÃO, M. J. P; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.34 suppl.1 São Paulo 2007. Disponível: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700017](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700017) Acesso em:26/02/2021.

SCHLÖSSER, A; ROSA, G. F. C; MORE, C. L. O. O. Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia** –Vol. 22, nº 133, 1-145. 2014.

SILVA, A. F. **Depressão em Pastores**. Artigoscompartilhe. Voltar liderança. 2011. Disponível em: <http://www.institutojetro.com/artigos/5/lideranca-pastoral/457/depressao-em-pastores>. Acesso em 18/01/2021.

WHITTEMORE, Robin; KNAF, Kathleen. The integrative review: updated methodology. First published: **Leading Nursing Research** Volume52, Issue5 December 2005.

## CORRELAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM BOMBEIROS

Data de aceite: 01/06/2021

### **Carlos Henrique da Fonseca Batista**

Centro Universitário de Anápolis-  
UniEVANGÉLICA, Curso de Educação Física-  
Anápolis- Goiás  
<https://orcid.org/0000-0002-5877-3001>

### **Cristina Gomes Oliveira Teixeira**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Goiás/Campus Anápolis. Goiás,  
Brasil  
<https://orcid.org/0000-0001-9057-3627>

### **Jairo Teixeira Junior**

Escola Superior de Educação Física do Estado  
de Goiás (Eseffego) – Goiânia-GO  
<https://orcid.org/0000-0001-9057-3627>

### **Patrícia Espíndola Mota Venâncio**

Centro Universitário de Anápolis-Go; Programa  
de Pós-Graduação Profissional em Ensino para  
a Educação Básica do Instituto Federal Goiano  
- Campus Urutaí.Go  
<https://orcid.org/0000-0001-5692-0568>

**RESUMO:** Objetivo: Identificar e correlacionar os níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida de bombeiros de uma unidade de Anápolis-Go. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de cunho descritiva, transversal e quantitativa, composta por 14 bombeiros com idade média (41,21). Como instrumento foi utilizado o Questionário de qualidade de vida no trabalho - QWLQ-Bref, para avaliar os níveis de ansiedade e depressão foram utilizados

os questionários Inventário de Ansiedade e depressão de Beck. Resultados: Os escores de ansiedade atingiram uma classificação de moderado (57,1%) e grave (42,9%), para a depressão (78,6%) com nenhum sintoma de depressão. Quanto a qualidade de vida (50,0%) satisfeito. Houve uma correlação negativa da ansiedade com (-,661" domínios pessoais /-,661" profissionais /-,585 qualidade de vida geral respectivamente) e quanto maior os níveis de depressão menor foram os níveis psicológicos (-,681"), pessoal (-,850"), profissional (-,748") e Q.V geral (-,755"). Conclusão: A maioria dos avaliados apresentaram com valores altos de ansiedade na classificação de moderado a alto. Para os sintomas de depressão a maioria dos bombeiros avaliados encontra-se sem nenhum sintoma e estão satisfeitos com sua qualidade de vida no trabalho. Ao correlacionar a ansiedade, depressão e qualidade de vida, conclui-se que quanto maior os escores de ansiedade e depressão menores foram os escores de qualidade de vida. E quanto maior os escores dos sintomas de ansiedade maior foram os escores dos sintomas de depressão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ansiedade, Depressão, Qualidade de vida.

### CORRELATION OF ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN FIRE FIGHTERS

**ABSTRACT:** Objective: To identify and correlate the levels of anxiety, depression and quality of life of firefighters at a unit in Anápolis-Go. Methodology: This is a descriptive, transversal and quantitative research, composed of

14 firefighters with average age (41,21). As an instrument, the Quality of Life at Work Questionnaire - QWLQ-Bref was used to assess the levels of anxiety and depression, the Beck Anxiety and Depression Inventory questionnaires were used. Results: Anxiety scores reached a classification of moderate (57.1%) and severe (42.9%), for depression (78.6%) with no symptoms of depression. As for the quality of life (50.0%) satisfied. There was a negative correlation of anxiety with (-, 661 \*\* personal domains / -, 661 \*\* professional / -, 585 general quality of life respectively) and the higher the levels of depression, the lower the psychological levels (-, 681 \*\* ), personal (-, 850 \*\*), professional (-, 748 \*\*) and general QOL (-, 755 \*\*). Conclusion: Most of the evaluated individuals presented with high levels of anxiety in the classification of moderate to high. For the symptoms of depression, most of the evaluated firefighters are without any symptoms and are satisfied with their quality of life at work. When correlating anxiety, depression and quality of life, it was concluded that the higher the anxiety and depression scores, the lower the quality of life scores were. And the higher the scores for anxiety symptoms, the higher the scores for symptoms of depression.

**KEYWORDS:** Anxiety, Depression, Quality of life.

## INTRODUÇÃO

A ansiedade pode ser entendida como sensações desagradáveis de medo ou preocupação podendo ser provenientes de situações de perigo que se inicia na infância e se for tratada no início pode evitar-se problemas mais graves, como o abandono de atividades escolares ou até mesmo a falta do comprometimento e assiduidade em tarefas e obrigações futuras, causado por possíveis problemas psicológicos ocasionado pelo transtorno de ansiedade (CASTILLO et al. 2000; D'ÁVILA, et al. 2020)

Crivelatti, Durman e Hofstatter, (2006) e Santos et al (2020) complementam que a depressão pode ser considerada perturbações que afetam o psicológico tanto de crianças e adolescentes quanto de adultos e idosos. Sabe-se que a depressão está associada a várias doenças, que em conformidade com a gravidade da situação pode acarretar à consequências gravíssimas, tal como o suicídio, principalmente na fase da adolescência (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017; CÁSSIA et al. 2020).

Além das patologias a depressão pode estar associada a hábitos de vida inadequados como o uso de tabaco e bebidas alcoólicas, alimentação inadequada e até mesmo a inatividade física (BARROS, et al; 2017). A combinação desses hábitos ligados com a qualidade do sono irregulares e situações de estresse pode aumentar ainda mais os escores de depressão (GALVÃO, et al; 2017).

A inserção em ambientes novos principalmente de estudos associados com a pressão da escolha da carreira profissional ou até mesmo a relação com novos grupos de amizades ou maiores responsabilidades, podem acarretar numa elevação dos níveis de ansiedade em estudantes, tendo uma maior prevalência em estudantes do sexo feminino (LANTYER, et al 2016).

Situações como mudanças repentinas de hábitos, exposição ao público, longas

horas de estudos, convivência com pessoas desconhecidas, saída da casa dos pais e a execução de atividades para sustentar-se pode levar o indivíduo a aumentar os níveis de transtornos de ansiedade (LELIS, et al; 2020).

Astrês, et al; (2018) complementam que outras causas que pode alterar esses transtornos são fatores relacionados ao psicológicos, a cultura, o biológico e até mesmo a desigualdade entre homens e mulheres. Inatividade física, baixas condições financeiras, conciliação da vida profissional com a vida acadêmica e até mesmo o estado civil também podem interferir negativamente nesse processo (MEDEIROS, BITTENCOURT; 2017).

A pratica de exercícios físicos com intensidade e carga moderada traz vários benefícios ao indivíduo, principalmente relacionado aos níveis de ansiedade (LAMEGO, et al; 2016). A atividade física melhora algumas habilidades referentes as capacidades físicas como, flexibilidade, coordenação motora e equilíbrio. Além de se mostrar eficaz no tratamento de pessoas que são diagnosticadas com transtornos de ansiedade e depressão (CALDERON, et al; 2015).

A qualidade de vida pode ser utilizada como parâmetros avaliativos de níveis de saúde, no qual os grupos mais prejudicados nesse aspecto são os idosos, pessoas com baixa renda, pertencente do sexo feminino e indivíduos com baixos níveis de escolaridade (BORTOLOTTI, MOLA, RODRIGUES; 2017).

A qualidade de vida das pessoas pode ser facilmente alterada, sendo o ambiente profissional o lugar mais favorável para que isso aconteça. Vários são os domínios que podem ser afetados, sendo o psicológico e físico os mais acometidos. Bons resultados nos aspectos físicos não significa uma boa qualidade de vida, pois o psicológico é o domínio que mais interfere na qualidade de vida das pessoas, principalmente de forma negativa. Quanto menores esses níveis, piores são as condições de qualidade de vida (ROCHA, et al 2017).

Diante do exposto foi estabelecido a seguinte pergunta, os níveis de ansiedade e depressão podem interferir na qualidade de vida em bombeiros?

Partindo da premissa de que os corpos de bombeiros são entidades de proteção civil, com evidência relevância para a segurança pública e que os mesmos estão expostos a situações adversas de perigo, ou eventos traumáticos que podem coloca-los em risco de vida, infere-se de que estudos relacionados à saúde dos membros dessa corporação são demasiadamente relevantes.

O estudo traz como objetivo geral identificar e correlacionar os níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida de bombeiros de uma unidade de Anápolis-Go.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa de cunho descritiva, transversal e quantitativa realizada em um batalhão de bombeiros na cidade de Anápolis-Go. Devido à pandemia provocada

pela Covid 19, a pesquisa foi realizada on-line. Para isso, foi feito o convite ao comandante do batalhão e explicado os objetivos e como iria acontecer a pesquisa. Os links dos instrumentos utilizados no decorrer da pesquisa foram disponibilizados para que os mesmos encaminhassem por e-mail e respondessem em seu tempo livre.

Da população do presente estudo apenas 22 responderam os três questionários, e teve uma perda amostral de 8 sujeitos por não responderam os questionários completos. Sendo assim, o estudo contou com uma amostra de 14 bombeiros.

Devido a pandemia do Novo Corona vírus e seguindo as normas para evitar o contato físico, foi aplicado 03 questionários on-line.

Os indivíduos responderam dois questionários: o Inventário de depressão de Beck (IDB) e Inventário de ansiedade de Beck (IAB).

IDB é um questionário de autorrelato desenvolvido por Beck *et al.* (1961) composto por 21 categorias (ANEXO A) voltadas para a sintomatologia da depressão nos âmbitos social, cognitivo e somático. A versão brasileira foi validada por Cunha (2001), no qual cada categoria possui quatro alternativas que varia entre 0 a 3, onde zero equivale a ausência de sintomas e três a presença de maior intensidade dos mesmos. A pontuação máxima a ser alcançada é de 0 a 63, e a intensidade da depressão está correlacionada com o maior escore obtido no teste. Já a interpretação dos escores é realizada de acordo com a padronização, no qual: escore de 0 a 11, ausente de depressão (depressão mínima); 12 a 19, depressão leve; 20 a 35, depressão moderada; 36 a 53, depressão severa.

IAB consiste em um questionário mensura intensidade dos sintomas da ansiedade através de 21 itens que carregam os principais sintomas dessa patologia. O instrumento foi criado por Beck *et al.* (1988) e validado para brasileiros por Cunha (2001). As respostas são obtidas através de uma escala do tipo *likert* de quatro pontos, variando entre 0 á 3 onde: 0) Absolutamente não; 1) Levemente: não me incomodou muito; 2) Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; 3) Gravemente: difícil de suportar. O escore final varia entre 0 e 63 pontos em que uma maior pontuação indica sintomas mais severos. Ainda de acordo com esta adaptação, a interpretação dos escores é realizada da seguinte forma: para resultados entre 0 a 10, o indivíduo se encontrará dentro do limite mínimo; 11-19, ansiedade leve; 20 a 30, ansiedade moderada; 31 a 63, ansiedade grave.

Com a intenção de avaliar a qualidade de vida foi utilizado o Questionário de vida no trabalho - QWLQ-Bref, composto por 20 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, pessoal e profissional. Para a análise dos resultados foi utilizada a escala de classificação da QVT, onde os índices inferiores a 22 são considerados muito insatisfatórios; situados entre 22 e 45 são considerados insatisfatórios; situados entre 45 e 55 são classificados neutros; entre 55 e 77, são satisfatórios; e superiores à 77 são considerados muito satisfatórios.

Para a análise dos dados foi feito o teste Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade dos dados, os resultados foram descritos como média, desvio-padrão, frequência e

porcentagens. Para correlacionar os escores de qualidade de vida e do questionário de estresse/depressão/ansiedade foi utilizada a correlação de Spearman e considerado o  $p < 0,05$ . Os dados foram analisados no software Statistical Package for Social Science (SPSS 20.0).

## RESULTADOS

A tabela 1 mostra as características descritivas da amostra. Em se tratando de Ansiedade e depressão a média dos níveis foram baixo com a classificação de (28,21%) e (8,78%) respectivamente e a qualidade de vida teve uma média de classificação (62,78%).

Variáveis	Média	dp	Mínimo	Máximo
Idade	41,21	4,00	35	49
Peso	92,64	21,69	60,00	140,00
Estatura	1,75	,067	1,65	1,85
IMC	29,87	6,02	21,77	41,50
Ansiedade	28,21	10,72	21,00	63,00
Depressão	8,78	11,43	,00	43,00
Qualidade de vida	62,78	15,28	36,00	86,00
Domínio Físico	3,46	,67835	2,50	4,50
Domínio Psicológico	3,30	1,00	2,00	4,67
Domínio Pessoal	3,92	,91162	2,00	5,00
Domínio Profissional	3,22	1,02	1,33	4,78

Tabela 1- Caracterização da Amostra

A tabela 2 refere-se à classificação da ansiedade, no qual 8 indivíduos; (57,1%) foram classificados como moderado e 6 (42,9%) foram classificados como grave.

	Frequência	Porcentagem (%)
Leve	---	---
Moderado	08	57,1
Grave	06	42,9
Total	14	100,0

Tabela 2- Classificação da Ansiedade

Os dados da classificação da depressão estão apresentados na tabela 3, que identificou uma prevalência na classificação de nenhuma depressão (78,6%), seguido de

depressão leve e depressão grave (14,3%) e (7,1%) respectivamente.

	Frequência	Porcentagem (%)
Nenhuma Depressão	11	78,6
Depressão Leve	02	14,3
Depressão Grave	01	07,1
Total	14	100,0

Tabela 3- Classificação da Depressão

A tabela 4 faz a análise da classificação da qualidade de vida, obtendo predominância nos resultados satisfatórios, o que corresponde a (50,0%). Os outros (50,0%) ficaram distribuídos em insatisfatório e muito satisfatório representando (21,4%), seguindo de neutros (7,1 %).

	Frequência	Porcentagem (%)
Insatisfatório	03	21,4
Neutros	01	07,1
Satisfatórios	07	50,0
Muito satisfatórios	03	21,4
Total	14	100,0

Tabela 4-Classificação da Qualidade de Vida

A tabela 5 fornece a descrição da correlação das variáveis ansiedade, depressão e dos domínios da qualidade de vida. Houve uma correlação positiva da ansiedade com a depressão, ou seja, uma vez que a ansiedade aumenta a depressão aumenta consequentemente. Já quando correlacionado a ansiedade com a qualidade de vida houve uma correlação negativa (-,661\*\* domínios pessoais /-,661\*\* profissionais /-,585 qualidade de vida geral respectivamente), quanto maior os níveis de depressão menor foram os níveis psicológicos (-,681\*\*), pessoal (-,850\*\*), profissional (-,748\*\*) e Q.V geral (-,755\*\*).

Variáveis	r	p
Ansiedade x Depressão	,922**	0,000
Ansiedade x Pessoal	-,661**	,010
Ansiedade x Profissional	-,661**	,016
Ansiedade x Q.V Geral	-,585	0,028
Depressão x Psicológico	-,681**	,007
Depressão x Pessoal	-,850**	,000

Depressão x Profissional	-,748**	,002
Depressão x Q.V Geral	-,755**	,002

Tabela 5-Correlação das Variáveis

## DISCUSSÃO

No presente estudo em relação aos escores de ansiedade obtivemos uma prevalência na classificação de moderado e grave. Resultados esses que refletem na correlação da ansiedade e depressão, no qual obtivemos resultados negativos. Quanto maior os escores de ansiedade, mais elevados foram os níveis de depressão e os níveis dos domínios da qualidade de vida foram diminuídos. Resultados esses que são contrários ao estudo realizado por Afonso, et al. (2019) que constataram que os bombeiros obtiveram resultados normais nas valências de ansiedade, depressão e estresse.

Barbosa, Santana e Macêdo (2020) ao verificar a relação de estresse e depressão e a qualidade de vida em bombeiros militares do interior de Pernambuco, confirmaram que situações de estresse e escores de depressão influenciam sim de forma negativa na qualidade de vida no trabalho. Resultados esses que se equivalem ao presente estudo, pois quando correlacionado a depressão com a qualidade de vida (domínios pessoais, profissional, psicológico e qualidade de vida geral) dos bombeiros, quanto mais elevados os escores de depressão menor os níveis desses domínios.

Ao contrário da depressão que teve interferência negativa na qualidade de vida dos bombeiros, no presente estudo, os domínios relacionados ao físico trouxeram melhores respostas. Quanto maior a presença de atividade física, melhores são as respostas nos domínios da vida pessoal, profissional, nos aspectos psicológicos e na qualidade de vida. Respostas essas que são contrárias do estudo realizado por Oliveira et al. (2017), que teve o intuito de avaliar a qualidade de vida de bombeiros de uma cidade do interior de Minas Gerais, eles constataram uma preponderância insatisfatória referente a qualidade de vida da amostra, tendo como classificação negativa nos domínios sociais, físicos e psicológicos.

Os domínios da qualidade de vida geral estão associados com os níveis de depressão, podendo ser evidenciados em um estudo realizado por Moura; Leite e Greco (2020) que trouxeram como objetivo avaliar a prevalência de sintomas da depressão relacionados aos fatores ocupacionais, sócio demográficos e o estilo de vida de agentes comunitários de saúde e puderam concluir que houve uma prevalência considerável nos escores, devido aos baixos níveis nos domínios profissionais, baixo apoio a classe social e econômica, aspectos físicos e psicológicos, todos pertencentes da qualidade de vida. Embora a população seja diferente, os resultados encontrados foram semelhantes, porém devido uma boa classificação nos domínios da qualidade de vida, os resultados foram contrários. No presente estudo os resultados da amostra referentes aos domínios. os que tiveram uma maior prevalência foram os níveis satisfatórios. Portanto ao correlacionar

esses parâmetros, quanto mais satisfatórios esses domínios, maior se torna a qualidade de vida e menores os níveis de depressão.

Os resultados encontrados por Santos et al. (2018), corroboram com os achados do presente estudo, pois ao analisar a qualidade de vida de bombeiros militares atuantes de áreas operacionais e administrativa identificaram nos escores uma classificação regular dos bombeiros. Sendo que o domínio mais afetado foi o psicológico. Isso se dá uma vez que os indivíduos da amostra possuíam uma demanda altíssima de trabalho semanal e uma redução no tempo de descanso e momento de lazer. No presente estudo são semelhantes, visto que os bombeiros tiveram resultado variados, encargo de algumas variáveis da qualidade de vida.

O presente estudo evidenciou diferenças nos resultados pertencentes à qualidade de vida dos bombeiros. Os achados de Marques, et al; (2020), corroboram com o presente estudo, em que a amostra estudada expressou resultados divergentes entre eles e apontaram com solução o incentivo de atividades que aumente os níveis de qualidade de vida no trabalho.

Ao analisar a correlação do domínio profissional com a qualidade de vida percebe-se que foi o domínio que apresentou maior impacto positivo na qualidade de vida. Esses resultados são similares aos encontrados por Lopes e Barbosa (2020), que buscaram avaliar a qualidade de vida profissional de bombeiros militares de Campina Grande (PR) e alcançaram uma prevalência satisfatória nos resultados. Essas respostas positivas tanto no presente estudo quanto na pesquisa de Lopes e Barbosa (2020), em referentes as relações profissionais podem ser explicadas pela boa convivência social no trabalho ou até mesmo pela vivencia de experiências positivas.

## CONCLUSÃO

A maioria dos avaliados apresentaram com valores altos de ansiedade na classificação de moderado a alto. Para os sintomas de depressão a maioria dos bombeiros avaliados encontra-se sem nenhum sintoma, embora uma porcentagem mínima da amostra revelou-se com sintomas leves de depressão. Quanto analisados a qualidade de vida, a maioria dos bombeiros estão satisfeitos com sua qualidade de vida no trabalho.

Ao correlacionar a ansiedade, depressão e qualidade de vida, conclui-se que quanto maior os escores de ansiedade e depressão menores foram os escores de qualidade de vida. E quanto maior os escores dos sintomas de ansiedade maiores foram os escores dos sintomas de depressão.

## REFERÊNCIAS

AFONSO N. et al. Felicidade, ansiedade, depressão e stress em bombeiros portugueses. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v.7, n.37, p.42, 2019.

ASTRÊS, F.M. et al. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.71, p.2344-2351, 2018.

BARBOSA, J.S.S.; SANTANA, M.G.R.; MACÊDO, S. Sintomas psicossomáticos e estresse no trabalho de bombeiros militares: tecendo relações. **Lumem**. v.29, n.1, p.9-26, 2020.

BARROS, M.B.A. et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros–PNS 2013. **Rev. de Saúde Pública**. v.51, p.1-8, 2017.

BECK, A.T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **American Psychological Association**. v.56, n.6, p.893-897, 1988.

BECK, T.A et al. An inventory for measuring depression. **American Psychological Association**. v.4, 1961.

BORTOLOTTI, C.C.; MOLA, C.L.; RODRIGUES, L. T. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**. v.52, n.1, p.45, 2018.

CALDERON, T.S.S. et al. Atuação da atividade física regular na ansiedade e depressão em idosos. **Universidade Estadual Paulista**. v.7, n.esp, p.25-31, 2015.

CASTILLO, A.R.G.L. et al. Transtorno de ansiedade. **Revista Brasileira de psiquiatria**. v.22, n.2, p.20, 2000.

CHEMETA, M. et al. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Rev. Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 03, n. 01, p. 01-15, 2011.

CRIVELATTI, M.M.B. et al. Sofrimento psíquico na adolescência. **Texto & Contexto-Enfermagem**. v.15, n.esp, p.64-70, 2006.

CUNHA, J.A . Manual da versão em português das escalas Beck. **São Paulo: Casa do psicólogo**. v.256, 2001.

D'ÁVILA, L.I. et al. Processo Patológico do transtorno de ansiedade segundo a literatura digital disponível em português – Revisão Integrativa. **Rev. Psicologia e Saúde**. v.12, n.2, p.155 – 168, 2020.

CASSIA, L.K.; BRITO, R.U.P.; PINHO, S.L. Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitário. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v.23, p.9-13, 2020.

SANTOS, L.N. et al. Qualidade de vida de bombeiros militares atuantes nos serviços operacional e administrativo. **Rev. de Enfermagem da UFSM**. v.8, n.4, p.674-687, 2018.

GALVÃO, A. et al. Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v.5, n.esp, p.8-12, 2017.

LAMEGO, M.K. et al. Aerobic exercise reduces anxiety symptoms and improves fitness in patients with panic disorder. **MedicalExpress**. v.3, n.3, p.1-6, 2016.

LANTYER, A.S. et al. Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. **Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. v.18, n.2, p.4-19, 2016.

LELIS, C.K. et al. Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitário. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v.23, p.9-13, 2020.

LOPES, H.L.; BARBOSA, S.C. Qualidade de Vida Profissional: o que mantém o bem-estar psíquico de bombeiros? **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**. v.20, n2, p.1002-1010, 2020.

MARQUES, C.S. et al. Qualidade de Vida no Trabalho: um estudo de caso em uma organização militar da região central do RS. **Rev. Interdisciplinar de Gestão Social**. v.9, n.1, p.39-64, 2020.

MEDEIROS, P.P; BITENCOURT, F.O. Fatores associados à Ansiedade em Estudantes de uma Faculdade Particular. **Rev. de Psicologia**. v.10, n.33, p.43-55, 2016.

MELO, A.K.; SIEBRA, A.J.; MOREIRA, V. Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. **Psicologia Ciência e Profissão**. v.37, n.1, p.18-34, 2017.

MOURA, D.C.A.; LEITE, I.C.G.; GRECO, R.M. Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 18, n.2, 2020.

OLIVEIRA, M.R. et al. Qualidade de vida de bombeiros de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Rev. Científica FAGOC-Saúde**. 2017; v.2, n.1, p.16-20, 2017.

ROCHA, R.E.R. et al. Sintomas osteomusculares e estresse não alteram a qualidade de vida de professores da educação básica. **Fisioterapia e Pesquisa**. 2017 Mai-Ago; v.24, n.3, p.259-266, 2017.

SANTOS, F.M. et al. O lazer e a arteterapia como coadjuvantes no tratamento da depressão em Belém – PA. **Rev do Programa de pós-graduação interdisciplinar em estados de lazer**. v.23, n.3, p.485 – 522, 2020.

# CAPÍTULO 5

## CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 06/04/2021

### **Iasmin Dutra de Almeida**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/4761064902687105>

### **Alyne Bayma dos Santos**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/0522741142973308>

### **Christian Sadik Romero Meija**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/4643023524825772>

### **Fabírcia Cristina da Cruz Sousa**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/5200601920382752>

### **Filipe Maia de Oliveira**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/4790086585222376>

### **Gabriella de Barros Gondim**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/4148805225289646>

### **Homero da Silva Pereira**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/8427293128191395>

### **João Pedro Silva Majewski**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/5478013231573795>

### **Marcelo Santos Lima Filho**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/7592127447221104>

### **Marina Gomes Cantanhede**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/1028901169103485>

### **Otávio Bruno Silva da Silva**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís – MA  
<http://lattes.cnpq.br/1957708961372735>

**RESUMO:** Os Cuidados Paliativos se apresentam como uma alternativa mais humanizada para o ato de cuidar de pacientes com diagnóstico de doenças sem cura e potencialmente letais, aliviando seu sofrimento e sua dor. Esta atenção prevê o funcionamento de uma equipe interdisciplinar, em que cada profissional, reconhecendo o limite da sua atuação, contribuirá para que o paciente terminal tenha dignidade na sua morte. Este trabalho examina essa questão dentro das vertentes epidemiológica, clínica e biopsicossocial. A metodologia consistiu na revisão bibliográfica, em dezembro de 2020, de artigos localizados nas bases de dados: Scielo, Google Acadêmico, BVS e PubMed; livros técnicos e revistas eletrônicas relacionados com o tema. A análise compilada apontou tanto

para uma carência na formação dos profissionais que atuam na área, quanto para a falta de informações atualizadas sobre a temática abordada, o que de forma prática significa: poucos serviços de cuidados paliativos na sociedade brasileira, e maiores barreiras levantadas para os pacientes que precisam desse serviço. Este estudo empenha-se em trazer luz para o assunto, ampliando a discussão acerca dos cuidados paliativos na perspectiva oncológica da saúde pública, principalmente para uma visão mais integrada à atenção básica, e, com isso, objetiva fornecer informações essenciais sobre a temática para os diversos níveis de necessidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Morte, Cuidado paliativo, Humanização da assistência, Neoplasias, Oncologia.

## PALLIATIVE CARE FOR CANCER PATIENTS IN BRAZIL: A LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** Palliative Care is a more humanized alternative to the act of caring for patients diagnosed with diseases without cure and potentially lethal, relieving their suffering and their pain. This attention provides for the functioning of an interdisciplinary team, in which each professional, recognizing the limit of their performance, will contribute to the terminal patient having dignity in his or her death. This paper examines this issue within the epidemiological, clinical and biopsychosocial aspects. The methodology consisted of the bibliographic review of articles, December 2020, located in the databases: Scielo, PubMed, Google Scholar and BVS, technical books and electronic magazines related to the topic. The compiled analysis pointed both to a lack of training of professionals working in the area, as well as to the lack of up-to-date information on the theme addressed, which in a practical way means: few palliative care services in Brazilian society, and greater barriers raised for patients who need this service. This study strives to bring light to the subject, broadening the discussion about palliative care from the oncological perspective of public health, mainly for a more integrated view of primary care, and with that, essential information on the theme for the various levels of needs.

**KEYWORDS:** Death, Palliative care, Humanization of assistance, Neoplasms, Medical Oncology.

## 1 | INTRODUÇÃO

O ato de morrer está intrinsecamente ligado à natureza humana, existindo doenças que aceleram esse processo natural, por isso os cuidados paliativos se tornam imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida desses pacientes em estado terminal (COMBINATO; QUEIROZ, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos são definidos como ações que consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar e que tem como foco melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (BORBA et al., 2020). Tais cuidados são essenciais quando analisados sobre uma doença que é a segunda maior causa de mortes no mundo, o câncer, acompanhado de mudança no perfil epidemiológico dessa doença no Brasil (OPAS, 2018).

Porém, ainda contando com 200 mil mortes por ano pelo câncer, o país possui dificuldade para diagnóstico e tratamento, possuindo 26 Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) ativos no território (INCA, 2019).

Além disso, por contar com uma equipe multidisciplinar, cada profissional tem uma função específica no cuidado paliativo para alcançar o objetivo final, melhorar a qualidade de vida do paciente. Contudo, devido a entraves na formação acadêmica, por exemplo, alguns profissionais se tornam incapazes de exercer sua função adequadamente, interferindo negativamente para o processo como um todo, como destaca Hermes e Lamarca (2013), a fragilidade do “poder de curar” do médico se confunde com sensação de fracasso profissional, e, conseqüentemente, o faz se distanciar do paciente ou retirar a humanização no tratamento.

A morte carrega consigo valores e significados do contexto cultural em que as pessoas vivem e no contexto brasileiro, é sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Concomitantemente, por se tratar de uma doença em estado terminal, os pacientes convivem com perdas diárias que proporcionam a vivência de um luto antecipatório, segundo Oliveira et al. (2019). Essa significação juntamente com essas perdas interfere na efetivação dos cuidados paliativos.

## **2 | LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DOS DIVERSOS TIPOS DE CÂNCER EM SEU ESTÁGIO TERMINAL**

De acordo com a Organização Pan-americana de saúde o câncer é a segunda principal causa de mortalidade no mundo e foi responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. A nível mundial, observa-se que uma em cada seis mortes está relacionada à doença (OPAS, 2018).

Quando se refere ao Brasil, a estimativa para cada ano, entre 2020-2022, propõe que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanocítico). A maior incidência será do câncer de pele não melanoma (177 mil), acompanhado pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). A reavaliação estatística para a subnotificação mundial, indica a ocorrência de 685 mil novos casos (INCA, 2020).

Ao avaliar a representação espacial do Câncer estimadas para 2020 no país, observou-se que as maiores taxas de incidência por 100 mil homens e por 100 mil mulheres encontram-se em estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste, enquanto que as menores taxas apresentam-se em estados do Norte e do Nordeste, como mostra a figura 1 (INCA, 2019).

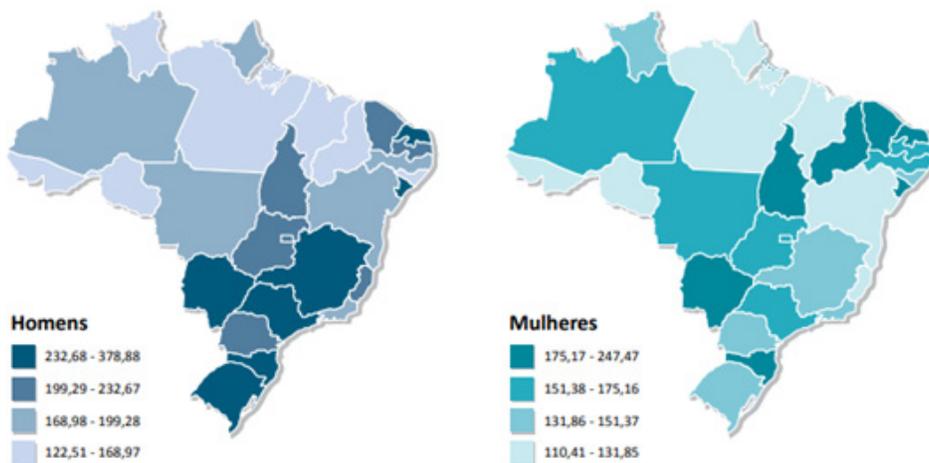


Figura 1 - Representação espacial das taxas ajustadas de incidência, por sexo, por 100 mil, estimadas para o ano de 2020, segundo Unidade da Federação (todas as neoplasias malignas, exceto as de pele não melanoma).

Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019.

Avalia-se que essa patologia seja responsável por mais de 200 mil mortes anuais no Brasil. Entretanto, embora tenha tido esforços e investimentos nos últimos anos, o país ainda possui deficiências importantes não somente no diagnóstico, mas também no tratamento de câncer, que afetam desde as chances de cura à qualidade de vida dos pacientes. Nesse viés, é notório que quanto maior a demora para o início do tratamento do câncer, mais a doença avança e maiores são as reverberações psicossociais e até mesmo financeiras associados a ela. Somado a isso, a dificuldade de tratamentos e as inadequações no acesso à rede assistencial, também intensificam a problemática (INTERFARMA, 2018).

Além disso, é cabível enfatizar a importância do registro de dados com o fito de identificar determinantes do processo de saúde-doença dos tipos de câncer no Brasil. Partindo desse princípio, é atuante a Área de Vigilância em Saúde Pública, acompanhando de maneira sistemática os eventos adversos à saúde na comunidade, com o objetivo de aprimorar cada vez mais medidas de controle. Essa vigilância é feita por meio de uma implantação e acompanhamento dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC). Os registros facilitam identificar os novos casos e realizar levantamentos estimativos de incidência do câncer, dados indispensáveis para o planejamento de ações de controle do câncer de acordo com a necessidade de cada região brasileira. Em outro aspecto, as informações produzidas pelo RCBP custeiam estudos epidemiológicos para identificação de populações de risco e permitem avaliar a eficácia de programas de prevenção e manejo do câncer. No Brasil existem atualmente 31 RCBP implantados, sendo 26 ativos (com pelo menos um ano consolidado) que coletam

dados de uma população específica (com diagnóstico de câncer) em uma área geográfica delimitada (INCA, 2019).

### 3 | ATUAÇÃO CLÍNICA INTERPROFISSIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA

A atuação de uma equipe multidisciplinar é indispensável para os cuidados paliativos visto o quão complexo é o cuidado na fase final da vida, sendo necessária para a assistência integral do paciente. A atuação dessa equipe objetiva uma abordagem centrada nesse paciente e em apoiar a família, dando enfoque a qualidade de vida, aspectos psicossociais, autonomia e direito dos pacientes (BORBA *et al.*, 2020).

O trabalho realizado por cada profissional, dentro da equipe, é reconhecido socialmente de modo diferente. O médico possui papel determinante no grupo e a sua principal atuação no cuidado paliativo seria coordenar a comunicação entre os profissionais e o paciente e sua família, onde esses esperam ouvir informações sobre o diagnóstico da doença e seu prognóstico. Assim, faz-se necessário que o médico estabeleça uma boa comunicação com a equipe e atue de modo conjunto com o paciente, orientando-o e mostrando-lhe as vantagens e desvantagens das alternativas terapêuticas, sem coagi-lo e de modo que seja compreendido. Ou seja, o médico deve ser um facilitador para toda a equipe, familiares e para que o paciente exerça sua autonomia (HERMES; LAMARCA, 2013).

O médico, ao tratar o paciente terminal, precisa lidar com a finitude da vida humana. Nessa situação, por vezes, a fragilidade do “poder de curar” se evidencia e se confunde com a sensação de fracasso profissional, o que faz muitos médicos se distanciam do paciente e até mesmo não o tratarem como uma pessoa, mas como um objeto que necessita de sua ajuda (HERMES; LAMARCA, 2013). A atual formação técnico-científica do médico, desde a graduação, concentrada na cura e pouco preocupada na formação humana, é responsável pelo despreparo desses profissionais para lidar com situações que estão além da técnica, como o cuidado paliativo, e pela frequente associação de morte com perda, derrota e frustração (FERNANDES *et al.*, 2020).

Já o enfoque do assistente social, atuante na equipe multidisciplinar, é a realização do acolhimento do paciente e seus familiares, além de fortalecer o vínculo entre esses e identificar redes de suporte e políticas públicas que contribuam para o tratamento do paciente em cuidado paliativo. Durante o acompanhamento, acolher e escutar possibilita a troca de informações e o conhecimento da situação que se encontra o paciente. O acolhimento propõe superar os modelos de assistência à saúde pautados em uma visão tecnocrática e hospitalocêntrica e como garantia e efetivação de direitos sociais na Política de Saúde do SUS (EVANGELISTA; REZENDE; LIPORACI, 2019).

Além disso, Monteiro *et al.* (2010) infere que a enfermagem está profundamente

envolvida nos cuidados paliativos, sendo o objetivo principal dessa prática assegurar a qualidade de vida possível aos pacientes e a sua família. O papel do enfermeiro e de toda a equipe de enfermagem é a avaliação da dor como essência da abordagem paliativista. Uma vez que o enfermeiro está 24 horas com os pacientes, ele pode, mais do que os outros profissionais, avaliar e acompanhar as alterações da dor e intervir quando necessário, abordando temas variados, como: decisões terapêuticas a pacientes internados em unidades de terapia intensiva, alimentação do paciente terminal, uso de ventilação mecânica não invasiva para melhorar dispneia e permitir que o paciente interaja mais com os familiares.

Quanto à abordagem psicológica dos cuidados paliativos, Oliveira (2019), conceitua-os como sendo uma “abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias”, além de prevenir e aliviar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual. O autor entende que o trabalho do psicólogo nesse cuidado articula-se através de um referencial teórico que permite ao profissional trabalhar com a assistência do paciente e da família em equipe multidisciplinar.

Oliveira (op. cit) ressalta ainda que os pacientes com adoecimento ameaçador da vida convivem com perdas diárias (saúde, corpo perfeito, papel social e até a perda de si) que proporcionam a vivência de um luto antecipatório e que trabalhar a dor resultante desse processo tem caráter preventivo importante nos programas de cuidados paliativos. Para o autor, o fato de ser portador de uma doença grave acarreta sofrimento que incide no psiquismo dos pacientes. Sofrimento, esse, permeado por componentes psíquicos e subjetivos decorrentes do “entrar em contato com a finitude, no real do corpo”, o que pode levar a um estado de desorganização psíquica que deve ser trabalhado. Dessa maneira, a escuta qualificada do psicólogo permite a ressignificação dos sentimentos do paciente em face do fim da vida, da reflexão inevitável sobre o falecimento que está acentuado em seu corpo.

## **4 | AS CONCEPÇÕES DE MORTE E ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS REVERBERAÇÕES PSICOSSOCIAIS**

O ato de morrer, conforme apontam Combinato e Queiroz (2006), é um fenômeno biológico natural e contém, intrinsecamente, uma dimensão simbólica, que está impregnada de valores e significados dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta. Segundo os autores, o homem ocidental moderno significou a morte como sinônimo de fracasso, impotência e vergonha, buscando vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada.

A percepção da morte pode conotar diferentes significações ao longo das fases do ciclo vital, conforme constataram Borges et al. (2006) em análise da percepção da morte pelos pacientes oncológicos ao longo do desenvolvimento. Os autores, ainda,

recapitularam, sob o aspecto psicológico, os estágios do processo de morrer em adultos enfermos formulados pela psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross na terceira edição de seu livro “Sobre a morte e o morrer”, em 1977: a) Negação: a tomada de consciência do fato de sua doença ser fatal pode ser negada explícita ou implicitamente, quando é mascarada de otimismo e planos futuros; b) Raiva: com a atenuação da negação, a pessoa pode experimentar raiva, que é dirigida aos profissionais de saúde, aos familiares, às divindades em que acreditam, etc.; c) Barganha: consiste no desejo do paciente em realizar pactos, promessas materiais e negociações com a morte, consigo mesmo ou com as divindades em que crê, buscando ter um pouco mais de tempo; d) Depressão: estágio em que o paciente sente culpa, sentimentos de aflição, entra em silêncio interior e se fecha, não vendo mais possibilidades e admitindo-se que “a vida acabou”; e) Aceitação: nesse momento, a pessoa já não tem mais medo ou angústia, ela se mostra capaz de entender sua situação com todas as suas conseqüências, buscando-se voltar-se para dentro de si, de maneira a relevar a necessidade de reviver suas experiências passadas, como forma de resumir o valor de sua vida e procurar o seu sentido mais profundo. Nem todos passam pelos estágios nessa ordem e nem todos completam o processo.

A família pode ser compreendida como um sistema cujas interferências internas ou externas afetam não só o todo, mas também cada componente familiar de forma individual. Ou seja, numa situação de doença ameaçadora à vida, a família age, reage e interage consigo mesma e com o contexto social no qual se insere para auxiliar, apoiar e garantir proteção ao membro enfermo, numa tentativa de retomar o seu equilíbrio por meio de seus papéis, padrões de enfrentamento ou mesmo regras de comunicação (FURTADO; LEITE, 2017; SILVA, ACKER, 2007).

Nesse contexto, enfatiza-se a importância da comunicação relativa aos cuidados paliativos. Para Silva e Acker (op. cit.), uma comunicação efetiva, harmoniosa e centrada nas necessidades do paciente pode gerar contribuições valiosas para o controle de desconfortos físicos, amenizando o sofrimento não só dos próprios pacientes, como também dos familiares. Ainda segundo os autores, os cuidados paliativos quando praticados em domicílio apresentam diversas dificuldades aos indivíduos do núcleo familiar. O medo do desconhecido, a desinformação, a condição financeira, o próprio adoecimento físico e emocional dos familiares são alguns aspectos a serem destacados. Isso se deve ao fato da convivência com o sofrimento do outro por vezes fazer com que os familiares sintam que devem esconder suas próprias dores e suas necessidades, desencadeando momentos de angústia e sentimento de culpa. A fim de superar essa dor de lidar com o ente querido em situação de terminalidade, os familiares buscam forças externas, visando sublimar os empecilhos cotidianos, notoriamente ao se sentirem cansados, tristes, enfraquecidos, ou quando dispõem de um curto período de tempo para se dedicar ao cuidado. Com o fito de minimizar essa condição, o profissional da saúde deve incluir toda a família no planejamento do cuidado domiciliar, atentando-se às

necessidades de aprendizado pertinentes a cada situação.

## 5 | METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura através de uma extensa coleta de dados e posterior análise de artigos encontrados em plataformas online como Scielo, Google Acadêmico, BVS e PubMed. Foram utilizados como descritores para filtragem de resultados as palavras-chaves: “cuidados paliativos”, “epidemiologia do câncer”, “panorama do cuidado paliativo”, “cuidados paliativos e família”, “fatores psicossociais”, “espiritualidade” e “multiprofissional”.

Em paralelo, foi feita uma busca na plataforma online do Ministério da Saúde por guias e relatórios com dados estatísticos sobre a incidência do câncer no Brasil, sendo encontrados dados de 2017 e estimativas para o ano de 2020.

## 6 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa evidenciou a relevância da equipe multiprofissional, visto que nenhum profissional possui os conhecimentos necessários para prestar um atendimento integral aos pacientes. Assim, destaca-se a importância da equipe no compartilhamento de saberes e na atuação junto ao paciente (EVANGELISTA; REZENDE; LIPORACI, 2019). No entanto, o cuidado paliativo exige não somente conhecimento técnico-científico, mas também o lado humano dos profissionais, que precisam saber escutar, acolher e oferecer um suporte que diminua o sofrimento e os temores do paciente e da família (SILVA JÚNIOR, 2019). Além disso, a comunicação, verbal e não verbal, adequada é essencial na promoção dos cuidados paliativos e permite que haja uma boa relação entre a equipe, o paciente e familiares.

Morrer é um aspecto inerente a todo ser que possui vida. As diferentes significações de mortes passam por diversos filtros, como características psicológicas, concepções socioculturais, históricas, espirituais e geracionais. Tendo em vista essa pluralidade do estudo da morte e do ato de morrer, objeto de estudo da Tanatologia, faz-se imprescindível que a medicina busque, conforme apontam Vidal et al. (2018), contemplar uma visão mais humanística e integral do cuidado, de forma que se gere maior satisfação não só nos pacientes terminais, mas também nos cuidadores e familiares. Cuidado paliativo em oncologia, muito além da “última opção”, é buscar dignidade e humanização no processo de morrer.

Destaca-se também, como apontado por Silva e Acker (2007) que enfrentar a situação de dor, de dependência e de sofrimento físico e psíquico do enfermo pode trazer diversas consequências a família, que tenta por amenizar a situação de angústia e demais emoções adjacentes pela obtenção de forças externas, com apego à religiosidade. Dessa forma, percebe-se o peso que a presença empática na dor do outro pode causar, ainda que

seja o núcleo familiar do enfermo. Isso se deve ao fato de que, por muitas vezes, a vontade de dar apoio leva os familiares a adotarem para si papéis antes nunca desempenhados, visando a atender às necessidades do paciente e melhorar sua qualidade de vida. Contudo, quando há apoio mútuo, o sofrimento de ambos pode ser amenizado, mesmo que emoções e sentimentos se intensifiquem nesse processo. Nesse contexto, como abordado por Furtado e Leite (2017), tem-se explícito o papel primordial da comunicação, entendida como uma habilidade capaz de minimizar a ansiedade dos atores envolvidos, sendo uma aptidão que pode ser desenvolvida e aperfeiçoada, bastando-se, para tanto, dispor do tempo para ouvir e permitir que o diálogo ocorra.

Sob outro prisma, percebe-se o quanto é importante dados epidemiológicos para promover desde medidas preventivas até proporcionar recursos para um determinado público alvo ou região. Uma vez que ajudará a entender o cenário atual e a montar programas estratégicos. Além disso, Nota-se ainda uma carência de dados que evidenciem a magnitude da incidência de câncer no Brasil, devido a lentidão que os casos são coletados.

Desse modo, segundo o Instituto Nacional de Câncer - INCA (2019) a melhor forma de evitar a prevalência dos casos de câncer continua sendo a prevenção. Assim, essa instituição cita como exemplo os casos de câncer de pulmão que tiveram uma redução significativa após as políticas públicas atuarem de maneira a incentivar o não tabagismo. A partir disso, entende-se a importância de debates acerca de propostas e melhorias na atenção oncológica no Brasil. Visto que, para que haja um verdadeiro aperfeiçoamento do sistema de saúde, nesse quesito, só se dará por meio de uma atuação abrangente e continuada de todos os agentes envolvidos (governo, profissionais de saúde, pacientes, gestores, pesquisadores, indústrias, entre outros).

## 7 | CONCLUSÃO

Sob um viés epidemiológico, vale destacar a importância dos dados estatísticos como forma de mapear, prevenir e direcionar esforços para o tratamento precoce dos tipos de câncer. Com apenas 31 RCBP, sendo 26 ativos em todo o Brasil, o mapeamento do câncer torna-se uma tarefa difícil. Com isso, etapas que precedem os cuidados paliativos, não só aumentando a probabilidade de cura, como também diminuindo o impacto psicossocial de uma possível terminalidade da vida, são impossibilitadas.

Além disso, a especificidade dos trabalhos realizados pela equipe dos cuidados paliativos esbarra nos problemas de formação daquele profissional. Pouco tempo atrás, prezava-se por uma educação mecanicista, na qual o sujeito que estava no processo de atendimento era dissociado de sua essência humana e os esforços profissionais se voltavam apenas a tratar a doença, algo que é impensável quando se trata de cuidados paliativos. Sendo assim, é necessário um maior enfoque à qualidade do processo de formação, com uma visão cada vez mais humanizada para que o objetivo dos cuidados

paliativos seja alcançado pela equipe que os promove.

Já no viés psicossocial, a cultura em que o paciente está inserido impacta diretamente no modo de ver e pensar do indivíduo, que se encontra passivo nesse processo. A relação com a morte não é diferente, há um problema quando algo inerente ao ser humano é visto na forma do fracasso individual. Essa visão cultural acaba por impactar nos pacientes oncológicos terminais, prejudicando a realização dos cuidados paliativos, já que a função de melhorar a qualidade de vida do paciente é impossibilitada frente à negação à terminalidade da vida.

## REFERÊNCIAS

BORBA, J. C. Q. et al. Pacientes sob Cuidados Paliativos em Fase Final de Vida: Vivência de uma Equipe Multiprofissional. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, p. 1227-1232, jan./dez. 2020. Disponível em: <[http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/9453/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/9453/pdf_1)>. Acesso em: 02 dez. 2020.

BORGES, A. D. V. S. et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago. 2006. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722006000200015&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722006000200015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 nov. 2020.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos em Psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, ago. 2006. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000200010&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000200010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 nov. 2020.

EVANGELISTA, G. R.N.; REZENDE, R. M.; LIPORACI, B. P. C. **Cuidados paliativos: aproximações acerca do trabalho do assistente social**. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 16., 2019, Brasília. Anais eletrônicos. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/521/509>>. Acesso em: 02 dez. 2020.

FERNANDES, M. P. et al. Autoavaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos por Médicos Residentes de um Hospital Universitário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, p. 716-722, jan./dez. 2020. Disponível em: <[http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/9490/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/9490/pdf_1)>. Acesso em: 02 dez. 2020.

FURTADO, M. E. M. F.; LEITE, D. M. C. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 21, n. 63, p. 969-980, fev. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160582.pdf>>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0582>. Acesso em: 30 nov. 2020.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p.2577-2588, 2013. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012)>. Acesso em: 02 dez. 2020.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, p. 32-38, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-6-edicao-2020.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde. **Registro de câncer no Brasil**. Maio. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

INTERFARMA. **Câncer no Brasil: a jornada do paciente no sistema de saúde e seus impactos sociais e financeiros**. 2018, p. 11-19. Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/cancer-no-brasil-n-a-jornada-do-paciente-no-sistema-de-saude-e-seus-impactos-sociais-e-financeiros-interfarma.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MONTEIRO, F. F.; OLIVEIRA, M.; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 242-248, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1470.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2020.

OLIVEIRA, D. S. A.; CAVALCANTE, L. S. B.; CARVALHO, R. T. Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 39, e176879, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932019000100105&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100105&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2020.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Folha informativa**. Set. 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094#:~:text=mama%20\(2%2C09%20milh%C3%B5es%20de,1%2C04%20milh%C3%A3o%20de%20casos](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094#:~:text=mama%20(2%2C09%20milh%C3%B5es%20de,1%2C04%20milh%C3%A3o%20de%20casos)>. Acesso em: 30 nov. 2020.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. Associação Brasileira de Enfermagem. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 150-154, abr. 2007. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019613005.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

SILVA JÚNIOR, A. R. Conforto nos momentos finais da vida: a percepção da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45135/33098>>. Acesso em: 02 dez. 2020.

VIDAL, A. L. P. et al. **Espiritualidade e cuidados paliativos no tratamento de pacientes oncológicos**. III CIPEEX – Ciência para a redução das desigualdades, v. 2, XV Mostra de Saúde, 2018. Disponível em: <<http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2861/1383>>. Acesso em: 28 nov. 2020.

# CAPÍTULO 6

## CUIDADOS PALIATIVOS: CONFLITOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 02/05/021

### **Monise Santos Souza**

Instituto de Ensino Superior Franciscano  
Paço do Lumiar – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/3262492364297445>

### **Josiel Ribeiro Machado Maciel**

Instituto de Ensino Superior Franciscano  
Paço do Lumiar – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/6880012211075173>

### **Josilene de Sousa Bastos**

Instituto de Ensino Superior Franciscano  
Paço do Lumiar – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/5491102449488524>

### **Antônia Maria Santos do Lago**

Instituto de Ensino Superior Franciscano  
Paço do Lumiar – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/3466499345106226>

### **Maria de Jesus da Silva Vilar Campos**

Instituto de Ensino Superior Franciscano  
Paço do Lumiar – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/2789575383747407>

### **Rafael Mondego Fontenele**

Universidade Ceuma  
São Luís – Maranhão  
<http://lattes.cnpq.br/1922989035411602>

**RESUMO:** Os Cuidados Paliativo são direcionados ao enfermo e não mais sua enfermidade, é uma série de tratamentos que

proporciona bem-estar para o cliente. Nesse sentido, é primordial a atuação da equipe de enfermagem como integrante da equipe interdisciplinar. O presente estudo tem como objetivo, analisar os conflitos vivenciados pela equipe de enfermagem que atuam em unidades de terapia intensiva sobre os cuidados paliativos. Este estudo fundamenta-se em uma pesquisa integrativa da literatura, realizada mediante a bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2015-2020. Conclui-se, que os profissionais da enfermagem são vistos como peças fundamentais nas tomadas de decisões frente a finitude, tendo em vista, que a oferta de uma morte digna é prioridade na assistência ao paciente na fase terminal, visto que, a redução do sofrimento do ente e da família é essencial na atuação da equipe.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados paliativos. Cuidados de enfermagem. Unidades de terapia intensiva.

### PALLIATIVE CARE: CONFLICTS EXPERIENCED BY THE NURSING TEAM IN THE INTENSIVE CARE UNIT

**ABSTRACT:** Palliative Care is directed to the sick and no longer their illness, it is a series of treatments that provides well-being for the client. In this sense, the nursing team's role as a member of the interdisciplinary team is paramount. The present study aims to analyze the conflicts

experienced by the nursing team working in intensive care units on palliative care. This study is based on an integrative literature research, carried out through the Databases Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). The inclusion criteria were: articles published in Portuguese with the abstracts available in the selected databases, in the period between 2015-2020. It is concluded that nursing professionals are seen as fundamental pieces in decision-making in the face of finitude, considering that the offer of a dignified death is a priority in the care of the patient in the terminal phase, since the reduction of the suffering of the person and the family is essential in the performance of the team.

**KEYWORDS:** Palliative Care. Nursing Care. Intensive Care Units.

## INTRODUÇÃO

O progresso tecnológico no atendimento à saúde em unidades de terapia intensiva (UTI) tem ampliado a capacidade da ciência de adiar a vida, substituindo o funcionamento das atividades vitais do paciente por tecnologia. Isso aumentou mérito à prática profissional, mas modificou o modo como a enfermidade e a morte são compreendidas (BAENA ÁLVAREZ, 2015 e GÓMEZ-SANCHO et al., 2015). Atualmente é complicado identificar e admitir a finitude, até mesmo para equipe de enfermagem, que frequentemente buscam critérios desconformes para evitar o término da existência, estendendo o sofrimento. Esse processo refere-se a relutância terapêutica, que busca realizar medidas não indicadas (GÓMEZ-SANCHO et al., 2015).

Dessa forma, aparecem então os Cuidados Paliativos como um novo método de tratamento traçado em princípios bioéticos e na sustentação do conforto do cliente, tanto como viável, em circunstância de enfermidades incuráveis que diminuem o seguimento da vida (WHO, 2019).

Os Cuidados Paliativos (CP) são direcionados ao enfermo e não mais sua enfermidade, é uma série de tratamentos que proporciona bem-estar para o cliente. Contemplando suas necessidades e sintomas, não só fisiológico, como também emocional, social e espiritual. Essa assistência estende-se, no âmbito familiar e é direcionado aos cuidados no decorrer do tratamento, bem como a prestação de apoio após a morte, durante o luto (ANDRADE et al., 2019).

Nesse sentido, as difíceis escolhas pertinentes aos cuidados paliativos na finitude humana no ambiente da UTI conduzem para a falta de determinar preferências em meio a esse cenário crítico, faz-se necessário a observação em relação ao tratamento paliativo no momento de resolver delimitar o suporte da vida. Deste modo, fica notório que os cuidados paliativos precisam ser agregados com sabedoria, da mesma maneira que envolve toda a hospitalização do paciente na UTI (BARROS et al., 2017).

No que diz respeito aos cuidados paliativos, é primordial a atuação da equipe de enfermagem como integrante da equipe interdisciplinar, visto que esses profissionais desempenham assistência constante ao cliente desde o reconhecimento da afecção

ameaçadora à vida até o momento final da vida. Além de proporcionar suporte aos familiares durante o confronto da doença do seu ente querido (SILVA et al., 2019).

Evidencia-se, que o cliente em estado terminal deve ser visto em sua particularidade e integralidade, no entanto, os profissionais da saúde ao proporcionarem assistência paliativa devem priorizar o diálogo produtivo, o acompanhamento genuíno e conversa verdadeira. Desse modo, os enfermeiros precisam estar capacitados para conduzir de forma compreensiva que beneficie o cliente e sua família a uma melhor adequação no processo de finitude e modificação familiar (DA SILVA et al., 2019).

No que se refere a assistência, entende-se que deve haver conhecimento dos enfermeiros sobre a morte como um processo oriundo da vida do ser humano, é fundamental que o exício humano seja entendido pelos profissionais no desempenho da sua profissão, tendo em vista, a convivência diária com cada paciente, além de presenciar todos os tipos de morte, pois a falta de assimilação pode ocasionar possíveis dilemas éticos, exemplos destes podemos citar a eutanásia, a distanásia e ortotanásia (FERREIRA et al., 2015).

Diante do exposto, considerando as difíceis escolhas dos profissionais de enfermagem acerca do dilema entre morte e morrer, e a importância do tratamento paliativo aos pacientes terminais para que haja uma melhoria na sua qualidade de vida e de seus familiares, o presente estudo tem como objetivo, analisar os conflitos vivenciados pela equipe de enfermagem que atuam em unidades de terapia intensiva sobre os cuidados paliativos.

## **METODOLOGIA**

Este estudo fundamenta-se em uma pesquisa integrativa da literatura, realizada mediante a exploração de materiais bibliográficos eletrônicos. A revisão integrativa indica o conhecimento existente a respeito de um determinado tema específico, já que é direcionada para identificar, analisar e sintetizar resultados de pesquisas sobre a mesma temática (SOUZA et al., 2010).

Diante disso, para desenvolver a presente revisão integrativa, foram aplicadas as seguintes etapas: identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos; identificação dos estudos pré-selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para servir de orientação da revisão integrativa, elaborou-se a seguinte questão: qual a percepção da equipe de enfermagem acerca dos cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva?

Após isso, buscou-se a seleção dos artigos por meio das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) com os descritores: cuidados paliativos AND cuidados de enfermagem

AND unidades de terapia intensiva.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para a presente revisão integrativa foram: artigos publicados em português com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2015-2020, e que de fato se relacionavam com o assunto da pesquisa literária.

Foram excluídos desse estudo integrativo resumos publicados em anais de eventos, cartas de editor, relatos de caso ou experiência, teses de doutorado e dissertações de mestrado, estudos de revisões integrativas assim como artigos duplicados nas bases de dados.

Foram encontrados no total de 50 artigos indexados nas bases de dados examinadas, sendo: 36 no LILACS, 14 na SCIELO. Após se aplicar os critérios de inclusão e exclusão definidos anteriormente, restaram 29, depois da leitura dos títulos e resumos, estabeleceu-se 13 artigos que atenderam aos critérios de inclusão, sendo 4 no LILACS e 9 da Biblioteca SCIELO, conforme fluxograma.

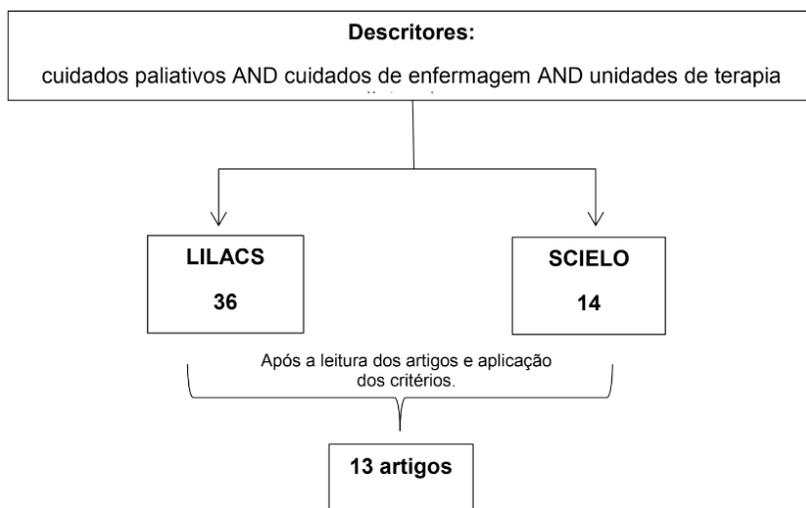


Figura 1. Fluxograma de construção do *corpus* do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo de revisão integrativa, foram analisados 13 artigos que em sua maioria pertenciam a jornais e revistas brasileiras que estavam distribuídos em nove periódicos, a saber: Revista Ciência, Cuidado e Saúde (1/13), Revista Ciência Plural (1/13), Revista o Mundo da Saúde (1/13), Revista Escola Anna Nery (2/13), Revista Brasileira da Enfermagem (REBEN) (2/13), Revista Acta Paulista da Enfermagem (2/13) e Revista Bioética (2/13), Revista Cuidarte (1/13) e Revista da Escola de Enfermagem da USP (1/13).

Em relação ao ano de publicação, o ano de 2016 (4/13) e 2017 (4/13) foram mais

frequentes, seguido por 2020 (2/13), 2019 (1/13), 2018 (1/13) e por último o ano de 2015 (1/13). Ao que se refere o tipo de estudo, mais frequente foi exploratório-descritivo-qualitativo (5/13), em seguida descritivo-qualitativo (3/13), qualitativo (2/13), qualitativo-descritivo (1/13), estudo correlacional descritivo-transversal-quantitativa (1/13) e qualitativo fenomenológico (1/13).

O quadro 1 caracteriza os estudos incluídos nessa revisão integrativa, totalizando 13 estudos contemplativos do tema em questão, sendo organizados em ordem crescente de acordo com o ano de publicação.

Da análise do conteúdo das publicações, emergiram 3 categorias temáticas: 1) Cuidados paliativos e o enfrentamento da equipe de enfermagem acerca da terminalidade; 2) Sentimentos dos enfermeiros diante do paciente fora da possibilidade de cura; 3) Dilemas bioéticos sobre a distanásia e ortotanásia no prolongamento da vida.

Nº	Base de Dados	Título do Artigo	Autores e Ano	Contribuições para o estudo
01	SCIELO	Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista.	Silva; Pereira; Mussi, 2015.	Cuidar para uma boa morte significa promover conforto associado a práticas de cuidar em saúde, assegurando a dignidade do paciente e sua família.
02	LILACS	Ortotanásia e Distanásia: Percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva	Santos et al, 2016.	Embora a oferta de uma morte digna seja prioritária no cuidado ao paciente em final de vida, ainda percebe-se um o desconhecimento dos conceitos éticos acerca da ortotanásia e da distanásia.
03	LILACS	Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem	D'Arco et al, 2016.	Identificou-se que o desconhecimento das Enfermeiras as coloca em situação de suscetibilidade e tornam-se vulneráveis diante da situação de obstinação terapêutica.
04	SCIELO	Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam	Silveira et al, 2016.	Os sentimentos podem ser construídos e reconstruídos durante a carreira, equipe, instituição e tempo de atuação.
05	SCIELO	Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital região sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia.	Silva et al, 2016.	Embora as enfermeiras compreendessem os conceitos, não foi possível entender que os princípios da ortotanásia estejam presentes.

06	LILACS	Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos.	Silva et al, 2017.	A falta de diálogo com a equipe médica impossibilita expressar a opinião nas decisões de final de vida.
07	SCIELO	Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica	Santos et al, 2017.	Embora os enfermeiros tenham conhecimento do cuidado paliativo, observa-se que não uma preocupação em oferecer cuidados após a alta.
08	SCIELO	Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros.	Santana et al, 2017	A necessidade de proporcionar dignidade ao paciente terminal e a ortotanásia surgem como processo voltado à morte e ao morrer com dignidade.
09	SCIELO	A equipe da Unidade de Terapia Intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo	Gulini et al, 2017.	A equipe da UTI tem o entendimento de que o cuidado paliativo é apropriado na fase terminal da vida, proporcionando cuidado de conforto ao paciente e a seus familiares.
10	SCIELO	Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros	Cavalcanti et al, 2018.	A participação dos enfermeiros nas decisões e a melhor comunicação entre a equipe facilitam a adesão aos princípios dos cuidados paliativos.
11	SCIELO	Percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos neonatais.	Silva; Silva; Silva, 2019.	Os profissionais de saúde sentem dificuldade nas e decisões de fim-de-vida e situações de divergência de opiniões e definição de protocolos.
12	LILACS	Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude.	Lopes et al, 2020.	A tristeza é um sentimento predominante entre os profissionais atuantes na UTI, este sentimento associado a outros fatores desgastantes pode levar o profissional ao adoecimento, principalmente a depressão.
13	SCIELO	Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional	Pires et al, 2020.	A equipe de enfermagem foi a que mais se aproximou do conforto holístico. O conforto proporcionado por meio do alívio da dor e de sintomas físicos foi o mais citado pelos profissionais.

Quadro 1. Distribuição dos artigos, bases de dados, título, autores, ano de publicação e principal contribuição para a presente pesquisa.

## Cuidados paliativos e o enfrentamento da equipe de enfermagem acerca da terminalidade

Os cuidados paliativos são desenvolvidos a partir da admissão até casos onde o processo de cura não se aplica em pacientes graves, objetivando-se garantir qualidade de vida na fase terminal, seja qual for o setor de internação. A adoção desses cuidados viabiliza uma morte digna ao paciente, no entanto, é necessário o envolvimento da equipe multidisciplinar da UTI, destacando a participação da enfermagem no seu cuidado para com o paciente e família, pois com um olhar humanizado poderá identificar a conduta adequada e evitar os procedimentos desnecessários (LOPES et al., 2020).

Entretanto, os cuidados paliativos são um conjunto de cuidados que visam aliviar os sintomas de pessoas que sofrem com uma doença incurável, com intuito de cessar o sofrimento, além de promover uma comunicação eficaz sobre metas de cuidado e direcionamento de suporte aos familiares. Ressalta-se, que cuidados paliativos são para paciente em fim de vida, esses cuidados são indicados para qualquer coisa que ameaça a vida, independente da fase ou prognóstico (GULINI et al., 2017).

Habitualmente nas unidades intensivas precisa-se propor um plano de intervenção em relação aos procedimentos adotados para o suporte de vida. Todavia, torna-se complicado determinar se utiliza como terapêutica a abordagem paliativa ou curativa, já que ambos promovem os cuidados de conforto. Quando se presta o conforto ao paciente, se interliga tanto a dimensão física individualizada e coletiva, quanto o lado psicológico, social e espiritual. Comumente, dentro dos cuidados intensivos adota-se o seguinte lema: curar às vezes, aliviar frequentemente e confortar sempre (GULINI et al., 2017).

Diante da inviabilidade da recuperação, a equipe de enfermagem preza pela qualidade de vida do paciente a partir do momento em que o defende nesse momento de fragilidade, tendo em vista que, os cuidados paliativos se iniciam quando as possibilidades de cura deixam de ser primordiais. As abordagens sem o propósito curativo diminuem a dor e promove o bem-estar do paciente, ressaltando-se a importância de se prestar uma atenção valorizando os princípios dogmáticos dos indivíduos, resguardando seu amor próprio, bem como adotar uma conduta ética e empática, atentando-se em priorizar o cuidado ao invés dos procedimentos técnicos (SILVEIRA et al., 2016).

Os profissionais de enfermagem são de suma importância na promoção da prática dos cuidados paliativos, pois estes atuam mais próximo do paciente e familiares, tornando-se a ponte de ligação com a equipe multidisciplinar. Portanto, é fundamental que a equipe tenha conhecimento das ações paliativas, assim como a aplicação destas no ambiente da terapia intensiva (LOPES et al., 2020). Diante desse contexto, a enfermagem tem uma visão mais abrangente do paciente, pois sua prioridade está em promover o cuidado, considerando todos os aspectos, sejam eles físicos ou emocionais. Quando o conforto do paciente não está adequado, cabe ao enfermeiro identificar e implementar estratégias que

favoreçam o bem-estar, tendo em vista que, o foco da enfermagem é promover o cuidado (PIRES et al., 2020).

Durante o processo de finitude da vida, o indivíduo poderá apresentar mudanças, inquietações e desconfortos físicos, emocionais e sociais, por isso, os profissionais devem proporcionar intervenções capazes de se estabelecer uma boa morte, onde possam aplacar as dificuldades sentidas e propiciar um apoio diante dos transtornos consigo mesmo, com a família e a equipe. Tornando-se essencial estar prestando uma assistência que possibilite o alívio das dores (SILVA et al., 2015).

### **Sentimentos dos enfermeiros diante ao paciente fora da possibilidade de cura**

O cuidado da enfermagem para com o paciente em estado terminal, gera sentimentos negativos capazes de desencadear o desgaste emocional, tendo vista que, ao desempenhar a atenção, o profissional se envolve emocionalmente com o paciente e seus familiares. Diante de um prognóstico que impossibilite a cura, a equipe pode apresentar comportamentos evidenciados por sensações, como a compaixão, mas o sentimento mais marcante é a tristeza, sentimento esse que pode levar a frustração e insatisfação (LOPES et al., 2020).

A tristeza surge mediante a circunstâncias de perda, decepções e desapontamentos. A equipe de enfermagem corriqueiramente precisa lidar com pacientes em estado terminal, tornando a tristeza uma comoção bem presente entre os profissionais que prestam o cuidado na unidade intensiva. Além disso, a tristeza contribui para a depressão, no entanto, para se considerar um quadro depressivo, este sentimento deve se apresentar constantemente. Para se distanciar de uma situação persistente que ocasiona a tristeza, é necessário se desprender do agente causador, ou aprender estratégias para enfrenta-la. Entretanto, a enfermagem não pode se afastar dos pacientes e deixar de se relacionar afetivamente (LOPES et al., 2020).

Diante da atuação em uma unidade intensiva neonatal, a angústia, preocupação e pesar são sentimentos presentes entre os profissionais. O tempo de atuação e os falecimentos das crianças, retrata o elo criado com os pacientes e familiares. O desejo de não se envolver, surge como um modo de se blindar de circunstâncias recorrentes, onde o término da vida requer um confronto contínuo pela equipe de enfermagem. A disposição e o emocional dos atuantes na UTI passam por alterações e adaptações mediante o esgotamento do setor, repercutindo na forma de se prestar a assistência (SILVA et al., 2017).

É visto que a equipe de enfermagem enfrenta constantemente emoções e apuros, devido a situação de impossibilidade de melhora dos recém-nascidos. Essas emoções ocorrem devido o aparecimento de meios tecnológicos e o desejo de usa-los, mesmo sabendo que vai prorrogar a vida de um RN em estado terminal sem expectativa de sobrevivida. Isso se dá, devido a vivencia dos profissionais com os familiares, onde é visto

diariamente o enfrentamento da luta e esperança dos pais, contudo, surge os sentimentos de empatia e afinidade, o que dificulta executar os cuidados de conforto (SILVA et al., 2019).

O dilema entre morte e morrer, mesmo sendo visto constantemente pela equipe de enfermagem, ainda provoca opressão, visto que, uma parte dos enfermeiros não estão prontos para esse seguimento. Entretanto, para esses enfermeiros, o meio mais conveniente e considerável em enfrentar esse método de final de vida é conceitua-lo como biológico e natural, sendo determinado a todos os indivíduos (SILVEIRA et al., 2016).

### **Dilemas bioéticas sobre a distanásia e ortotanásia no prolongamento da vida**

Diante da complexidade dos procedimentos realizados na UTI, o diálogo é uma ferramenta essencial para a conduta da assistência, visto que, por causa da ambiguidade no que se refere ao tratamento, interfere na deliberação da atenção ocasionando fadiga não só na equipe envolvida, mas também aos pacientes e familiares. No mais, surgem obstáculos referentes aos princípios éticos, já que o avanço tecnológico e alternativas de terapêutica, são pautas de discussão. Por isso, a comunicação entre a equipe deve ser eficaz, pois os cuidados aplicados a pacientes terminais exigem tomada de decisão em conjunto (LOPES et al., 2020).

O desenvolvimento da assistência aos pacientes terminais envolve múltiplas variáveis, envolvendo objeções, negatividade e atenção sem o olhar humanizado. O processo de morte abrange sentimentos de confronto, já que as questões éticas e modelos existentes defendam sanar a existência da patologia e privilegia a restauração por completo da saúde do paciente (SANTOS et al., 2017).

Observa-se que o Código de Ética de Enfermagem, preconiza que a profissão deve ser exercida valorizando a vida, proporcionando ao paciente dignidade e o cumprimento dos direitos inerentes ao indivíduo de modo holístico. Nesse ponto de vista, valoriza-se a aplicação da ortotanásia e proíbe-se a eutanásia. Diante do processo de morte, as convicções éticas devem ser consideradas, tendo em vista que, no exercício do cuidado, a ortotanásia e a distanásia são vivenciadas diariamente. Ressaltando-se a importância de se discutir os princípios que valorizem uma morte digna, pois durante a finitude da vida as decisões dos profissionais tornam-se dilemas devido à complexidade da morte (SANTOS et al., 2016).

O entendimento dos conceitos e aplicação da ortotanásia e a distanásia para a equipe ainda apresenta modulações, pois envolve questões éticas e vivência profissional, pois mesmo com o crescimento tecnológico no âmbito da saúde, valoriza-se a dignidade do indivíduo no fim de seus dias. Embora exista a possibilidade da distanásia, deve-se considerar os sentimentos da família, destacando a importância de os profissionais conhecerem e discutirem as abordagens terapêuticas tanto da distanásia quanto da ortotanásia para identificarem a melhor forma de proporcionar uma assistência de qualidade no término da vida (SANTOS et al., 2016).

O conceito de distanásia apresenta opiniões correlacionadas que apontam ser uma medida que promova intervenções classificadas como irrelevantes e desnecessárias, com o propósito de estender os dias de pacientes sem prognóstico de cura, proporcionando padecimento e tortura (SILVA et al., 2016). Percebe-se que a distanásia não concede melhorias na finitude dos dias, uma vez que permite o sofrimento físico, e despesas sem necessidade (SANTOS et al., 2016).

Por outro lado, a ortotanásia é atribuído a valorização de uma morte sem prolongamentos ou métodos que reduzam os dias, porém visa a adoção de estratégias de proporcionem bem-estar, respeitando o tempo e prezando pela naturalidade do processo (SILVA et al., 2016).

A família exerce um papel fundamental para a escolha da terapêutica. Por vezes, os familiares não sabem lidar com a perda do ente, optando por métodos que prolonguem a vida do paciente, caracterizando a distanásia. Entretanto, os profissionais devem criar um elo de cumplicidade e esclarecer que caso não haja possibilidade de cura, a melhor opção é a ortotanásia, visando promover uma atenção adequada no fim da vida, tendo em vista que, a família que define a terapêutica a ser aplicada. Além disso, a equipe multidisciplinar deve proporcionar um apoio psicossocial, garantindo a humanização da assistência tanto para os pacientes quanto para a família (SANTANA et al., 2017).

Diante desse contexto, ressalta-se a importância de se estabelecer discussões sobre a temática com a equipe de enfermagem atuante na UTI, visto que, estes profissionais são os que estão mais em contato com a família e o paciente. Por isso, a reflexão da obstinação terapêutica, torna-se essencial para desenvolver uma assistência que visem promover qualidade e bem-estar ao paciente, assim como envolver a família durante este processo. Destaca-se que os profissionais da enfermagem devem fortalecer a comunicação, bem como a tomada de decisão, proporcionando amparo imprescindível para a adoção de estratégias paliativas acolhedoras (ARCO et al., 2016 e CAVALCANTI).

## CONCLUSÃO

Esse estudo evidenciou conflitos e desafios na prática dos cuidados paliativos vivenciados pela equipe de enfermagem na UTI. Os profissionais da enfermagem são vistos como peças fundamentais nas tomadas de decisões frente a finitude, tendo em vista, que a oferta de uma morte digna é prioridade na assistência ao paciente na fase terminal, visto que, a redução do sofrimento do ente e da família é essencial na atuação da equipe. Com isso, a equipe de enfermagem expressa diariamente sentimentos diante a vivência com pacientes em cuidados paliativos, sendo inevitável o envolvimento emocional, onde demonstram tristeza e frustração em relação à morte, mas, contentamento ao sucederem sua assistência com êxito.

No entanto, identificou-se um entendimento fragilizado diante a equipe de

enfermagem a respeito da ortotanásia e distanásia, isso pode afetar de forma negativa na qualidade da assistência, principalmente referente a aplicação dos princípios bioéticos. Nesse sentido, é importante sinalizar a necessidade do aprofundamento nas discussões sobre as questões bioéticas, principalmente em relação a ortotanásia e a distanásia, tendo em vista, que esses conceitos fazem parte do cotidiano dos profissionais na UTI.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. B. et al. Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 713-717, 2019.

ARCO, C.; FERRARI, C.M.M; CARVALHO, L.V.B; PRIEL, M.R; PEREIRA, L.L. Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2016;40(3):382-389. DOI: 10.15343/0104-7809.20164003382389.

BAENA ÁLVAREZ, C. Limitação do esforço terapêutico: quando menos é mais. **Colombia Médica**, v. 46, n. 1, pág. 1-2, 2015.

BARROS, J. H. M. et al. A equipe da unidade de terapia intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03221, 2017.

CAVALCANTI, Í.M.C; OLIVEIRA, L.O; MACÊDO, L.C; LEAL, M.H.C; MORIMURA, M.C.R; GOMES, E.T. Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros. **Rev Cuid.** 2019; 10(1): e555. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.555>

DA SILVA, S. M. G. et al. A influência da espiritualidade no cuidado oncológico. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 490-498, 2019.

FERREIRA, C. C. L. et al. Percepção dos enfermeiros acerca da Distanásia em uma instituição privada de saúde. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 1, n. 4, p. 1580-1592, 2015.

GÓMEZ-SANCHO, M. et al. Assistência médica no final da vida: conceitos e definições. **Bilbao Medical Gazette**, v. 112, n. 4, 2015.

GULINI, J.E.H.M.B; NASCIMENTO, E.R.P; MORITZ, R.D; ROSA, L.M; SILVEIRA, N.R e VARGAS, M.A.O. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. **Rev Esc Enferm USP**. 2017;51:e03221. DOI: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03221.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03221.pdf).

LOPES, M. F. G; MELO, Y. S. T; SANTOS, M. W. C; OLIVEIRA, D. A. L; MACIEL, A. M. S. B. Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude. **Revista Ciência Plural**. 2020; 6(2):82-100. DOI: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1100313>.

PIRES, I.B; MENEZES, T.M; CERQUEIRA, B.B; ALBUQUERQUE, R.S; MOURA, H.C; FREITAS RA, et al. Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. **Acta Paul Enferm**. 2020; eAPE20190148. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20190148>.

SANTANA, J.C.B; DUTRA, B.S; CARLOS JMM, BARROS, J.K.A. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. **Rev. bioét.** (Impr.). 2017; 25 (1): 158-67. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n1/1983-8042-bioet-25-01-0158>.

SANTOS, D.C; SILVA, M.M; MOREIRA, M.C; ZEPEDA, K.G e GASPAR, R.B. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. **Acta Paul Enferm.** 2017; 30(3):295-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700045>

SANTOS, F.P.P.G; COMASSETTO, I; PORCIÚNCULA, A.I.C; SANTOS, R.M; FERREIRA, F.A.Z; MAGALHÃES, A.P.N. Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude** 2016 Abr/Jun; 15(2): 288-296. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.26017

SILVA, B.E.M; SILVA, M.J.M; SILVA, D.M. Perception of health professionals about neonatal palliative care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1707-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0842>

SILVA, I.N; SALIM, N.R; SZYLIT, R; SAMPAIO, P.S.S; ICHIKAWA, C.R.F; SANTOS, M.R. Knowing nursing team care practices in relation to newborns in end-of-life situations. **Esc Anna Nery** 2017;21(4):e20160369. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0369>

SILVA, M. G. M. et al. Assistência ao Paciente em Cuidados Paliativos na Fase Final de Vida: Estudo com Profissionais de Enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 1397-1403, 2019.

SOUZA, M.T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SILVA, R.S; PEREIRA, Á e MUSSI FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 19(1) Jan-Mar 2015. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0040>.

SILVA, R.S; EVANGELISTA, C.L.S; SANTOS, R.D; PAIXÃO, G.P.N; MARINHO, C.L.A; LIRA, G.G. Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. **Rev. bioét.** (Impr.). 2016; 24 (3): 579-89. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n3/1983-8042-bioet-24-03-0579>.

SILVEIRA, N.R; NASCIMENTO, E.R.P; ROSA, L.M; JUNG, W; MARTINS, S.R e FONTES, M.S. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(6):1012-9. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1074>.

World Health Organization (WHO). Palliative Care Fact Sheet. 2018 [acesso em 12 ago 2019]; Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

*Data de aceite:* 01/06/2021

*Data de submissão:* 05/03/2021

### **Aryane Leinne Oliveira Matioli**

Centro Universitário FAG

Cascavel-PR

<http://lattes.cnpq.br/3484872911364958>

### **Paulo José da Costa**

Universidade Estadual de Maringá, Programa  
de Pós-graduação em Psicologia

Maringá-PR

<http://lattes.cnpq.br/9274325679573119>

<https://orcid.org/0000-0001-6147-7791>

Artigo derivado da dissertação de Mestrado da primeira autora, orientada pelo segundo autor, defendida em 2020, no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.

**RESUMO:** Nosso objetivo é caracterizar os Cuidados Paliativos como uma prática de cuidados em saúde, que visa a proteção contra o sofrimento proveniente de uma doença que ameaça a continuidade da vida. Para tanto, são apresentados o conceito de Cuidados Paliativos e um breve resgate histórico para situar seu surgimento no mundo e em nosso país. São apresentados aspectos inerentes a esta prática, os seus princípios, a atuação em equipe e a função de cada profissional participante, finalizando com uma discussão acerca do processo de luto como algo que permeia as vivências de todos os

envolvidos em Cuidados Paliativos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados paliativos, doenças terminais, morte, serviços de saúde, profissionais da saúde.

### **PALLIATIVE CARE: A CHARACTERIZATION**

**ABSTRACT:** The goal is to characterize the palliative care as a healthcare practice, which aims the protection against the suffering from a disease that threatens the continuity of life. For this purpose, the concept of Palliative Care and a brief historical overview are presented to show its appearance in the world and in our country. There are presented inherent aspects to this practice, its principles, the team performance and the activities of each professional, concluding with a discussion about the grief proceedings as something that permeates the life experiences of all the involved ones in Palliative Care.

**KEYWORDS:** Palliative care, terminally ill, death, health care services, health professionals.

## **1 | INTRODUÇÃO**

Nosso objetivo é caracterizar os Cuidados Paliativos, partindo do pressuposto de que trata-se de uma prática de cuidados em saúde, sendo sua proposta “[...] oferecer conforto, calor e proteção, favorecendo uma sensação de segurança. A palavra-chave é cuidado.” (KOVÁCS, 2003, p. 127).

Na definição elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS),

“Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de seus pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais” (OMS, 2017, n. p.).

Ou seja, o principal objetivo dos Cuidados Paliativos é a proteção contra o sofrimento proveniente de uma doença que ameaça a continuidade da vida. Essa proteção deve ser realizada de forma holística, incluindo o cuidado com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além do físico. É um cuidado voltado também para a família, garantindo maior qualidade de vida e humanização. A equipe de saúde conhecedora dessa prática proporcionará ao paciente e aos seus familiares, por meio de um trabalho interdisciplinar, o controle e o alívio dos sintomas que trazem sofrimento.

## 2 | OS CUIDADOS PALIATIVOS: BREVE RESGATE HISTÓRICO

A história dos Cuidados Paliativos tem sua origem na Idade Média, onde a prática de saúde não objetivava a cura, mas o cuidado com a pessoa doente. Nesse período, existiam instituições, chamadas de *hospices*, que abrigavam peregrinos e enfermos que se locomoviam em percursos como, por exemplo, o Caminho de Santiago de Compostela (MACIEL, 2009), onde pessoas morriam recebendo cuidados de leigos, por caridade. Conforme Matsumoto (2012, p. 24), “*Hospices* eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes, cujo relato mais antigo remonta ao século V [...]”.

Durante o século XVII, surgiram na Europa instituições de caridade, católicas e protestantes, constituindo-se em abrigos que acolhiam os pobres, os doentes e os órfãos. A partir do século XIX essas instituições apresentaram um aspecto que as caracterizaria como hospital, por construírem alas específicas para os doentes. A prática realizada nelas era leiga e envolvia a espiritualidade, com tentativas de controle da dor. (MACIEL, 2009; MATSUMOTO, 2012).

Em sentido estrito, não se pode afirmar que no período acima mencionado já houvesse a realização efetiva da prática de Cuidados Paliativos, em função de que os cuidados ofertados nos *hospices* e nas demais instituições ocorriam dentro do que era possível, devido ao conhecimento incipiente e a falta de tecnologia médica que favorecessem efetivamente o tratamento e a cura das enfermidades. Entretanto, a preocupação em aliviar o sofrimento da pessoa diante da doença e da morte, oferecendo os cuidados possíveis, torna-se um elemento precursor da mentalidade que culminará nos Cuidados Paliativos.

Num salto no tempo, abreviando o percurso histórico, somente a partir da década de 1960 que a prática dos Cuidados Paliativos começou a se desenvolver e a inglesa Cicely Saunders (1918-2005) foi a responsável por difundir-la (CLARK, 2005). Nesse processo de cuidados possíveis, atenta às necessidades dos pacientes, em 1948 ela teve a experiência

de cuidar de uma pessoa que estava prestes a morrer e, conforme Clark (2002, p. 7), “Foi um breve, mas extremamente intenso relacionamento em que eles ainda discutiram juntos a ideia de que ela poderia um dia fundar uma casa onde outros como ele poderiam encontrar a paz em seus últimos dias”. A partir dessa experiência, Cicely Saunders decidiu buscar conhecimentos sobre o assunto, e iniciou um trabalho voluntário numa casa para moribundos (CLARK, 2005).

Em 1958, tendo se graduado médica e aprendido como tratar a dor dos pacientes diagnosticados com doenças graves, Cicely Saunders compreendeu que “[...] a dor podia ser controlada com drogas apropriadas, e não se deveria esperar que os pacientes gritassem de dor para receber medicação, ou seja, era importante que não sentissem dor, recebendo medicação contínua” (KOVÁCS, 2003, p. 124). A partir disso,

“[...] ela estabeleceu os princípios básicos dos cuidados paliativos modernos, desenvolvendo uma abordagem sistemática para o controle da dor em pacientes terminais; dando atenção às suas necessidades sociais, emocionais e espirituais; e ensinando o que ela sabia para outras pessoas.” (CLARK, 2005, p. 8).

Ao final dos anos 50, com Cicely Saunders iniciou o movimento social que transformou o pensamento em todo o mundo, no que se refere aos cuidados daqueles que estão morrendo. Segundo Clark (2005), além do atendimento aos pacientes, ela promoveu pesquisas sobre o controle da dor e a eficácia da sua prática, bem como criou um centro de educação especializada. O trabalho dela tinha uma base humanitária, se comprometendo aliviar o sofrimento em várias esferas (KOVÁCS, 2003). Por seus feitos, Cicely Saunders tornou-se a grande pioneira dos Cuidados Paliativos.

Nesse período, nos Estados Unidos, Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) inaugurou um trabalho com pacientes que vivenciavam o fim de suas vidas, divulgado no seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* (KÜBLER-ROSS, 2008), publicado em 1969. Ainda na infância, na Suíça, ela teve experiências marcantes relacionadas à morte, que contribuíram para a sua visão humanizada e o seu trabalho futuro com pessoas em cuidados de fim de vida. De acordo com Worth (2005), Elizabeth percebeu que:

“Muitos pacientes pareciam ser tratados principalmente com drogas que foram projetadas para mantê-los em silêncio, em vez de fornecer-lhes ajuda a longo prazo. Kübler-Ross começou a dar aconselhamento individual aos pacientes e pôde ajudá-los melhorar e sair do hospital. Ela também ajudou a iniciar programas de voluntários da comunidade que iam ao hospital visitar os pacientes, dando-lhes mais contato com o mundo exterior” (WORTH, 2005, p. 21).

Durante a sua prática, ela observou que muitos médicos evitavam falar sobre a morte, que os pacientes vivenciando o fim da vida eram maltratados, desrespeitados e deixados de lado. Então, inaugurou um trabalho, no qual ficava mais próxima aos pacientes, com gestos de afeto e de sinceridade (KÜBLER-ROSS, 1998), iniciando a esboçar o seu

trabalho sobre a morte e o morrer, pois percebeu ser esse assunto tabu nos hospitais (KOVÁCS, 2003).

Saunders e Kübler-Ross muito contribuíram para o desenvolvimento do movimento *Hospice*, assim como para a conscientização, no meio médico e leigo, sobre as necessidades dos pacientes em cuidados de fim de vida, deixando, ambas, um importante legado para a atual prática dos Cuidados Paliativos. Foi do trabalho das duas e de outros colaboradores, que o movimento *Hospice* cresceu muito nos Estados Unidos, a partir da década de 1970 (MATSUMOTO, 2012), e se expandiu para o mundo por meio dos inúmeros profissionais estrangeiros que vivenciaram períodos de experiência em um dos primeiros *hospices* inaugurado em Londres.

“A palavra '*hospice*' em francês significa o lugar derradeiro para abrigar os doentes pobres e os desvalidos. Por esse motivo, Balfour Mount cunhou a expressão 'cuidados paliativos' como sinônimo de '*hospice*', mais aceitável tanto para a língua inglesa quanto para a francesa” (OHIO HEALTH HOSPICE, 2015, p. 26).

Atualmente, o termo *hospice* é utilizado como nomenclatura de instituições de média complexidade, especializadas na prática dos Cuidados Paliativos, por uma equipe multiprofissional, visando assistir as necessidades de pacientes diagnosticados com doenças terminais (MACIEL, 2012).

No Brasil, na década de 1970 aconteceram iniciativas isoladas sobre os Cuidados Paliativos e só nos anos de 1990 surgiram os primeiros serviços organizados, ainda incipientes (INSTITUTO PALIAR, n. d.). Matsumoto (2012), por sua vez, indica que tal prática, em nosso país, teve início na década de 1980, com maior crescimento a partir dos anos 2000, quando os serviços já existentes foram consolidados e novos foram criados.

Em nosso país, a prática dos Cuidados Paliativos contou com o pioneirismo do Prof. Marco T. A. Figueiredo, que criou, na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, os primeiros cursos e atendimentos pautados na filosofia paliativista. Outro serviço pioneiro no país foi do Instituto Nacional do Câncer, que em 1998 inaugurou uma unidade dedicada a essa prática, mas que, desde 1986, atendimentos a pacientes diagnosticados com doenças ameaçadoras da vida já aconteciam. A fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) ocorreu em 1997, resultante das tentativas da psicóloga Ana G. Melo de congregar os profissionais paliativistas brasileiros (INSTITUTO PALIAR, n. d.).

Sob o comando da Dra. Maria G. S. Maciel, em 2002 foi inaugurada a enfermaria de Cuidados Paliativos no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, onde tal prática já existia dois anos antes. Outro serviço pioneiro iniciou em 2001 e foi inaugurado em 2004, no Hospital do Servidor Público Municipal, em São Paulo, sob responsabilidade da Dra. Dalva Y. Matsumoto. Em 2005, um grupo de médicos fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que foi a responsável pela regularização profissional na área,

estabelecendo critérios de qualidade para os serviços e elaboradas definições precisas sobre o que são os Cuidados Paliativos, gerando discussões levadas aos Ministérios da Saúde e da Educação, ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB). (INSTITUTO PALIAR, n. d.).

Em 2009, pela primeira vez na história da medicina brasileira, o CFM acrescentou em seu Código de Ética Médica a prática dos Cuidados Paliativos como princípio fundamental. Mas, somente em 2010 a Medicina Paliativa foi reconhecida pelo CFM e pela AMB como área de atuação médica (INSTITUTO PALIAR, n. d.). Em 2012, a ANCP se tornou parceira oficial do Dia Mundial de Cuidados Paliativos, celebrado todos os anos, e lançou a segunda edição do Manual de Cuidados Paliativos. As primeiras vagas de residência médica em Medicina Paliativa foram ofertadas em 2013, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, no Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. (INSTITUTO PALIAR, n. d.).

Segundo Matsumoto (2012), no Brasil, a cada dia surgem novas iniciativas relacionadas à prática dos Cuidados Paliativos. No entanto, alerta que ainda há muito o que desenvolver em nosso país, em função das necessidades em relação à prática.

Até 2017 não existia uma política de Cuidados Paliativos integrada e a única lei que existia era a de nº 10.241/1999, lei estadual de São Paulo, a qual garante ao paciente o direito de recusar os tratamentos extraordinários e dolorosos que tentam prolongar a vida (FÁBIO; RONCOLATO, 2017). Somente em 2018, a ANCP divulgou um comunicado, informando “[...] que a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS foi oficialmente aprovada [...], conforme aponta Forte (2018, n. p.). Também em 2018, a Resolução nº 41 foi publicada no Diário Oficial da União, dispondo sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos no SUS (INSTITUTO PALIAR, n. d.), sendo encarada como uma importante conquista para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivenciam a terminalidade.

### **3 | A PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Como mencionado anteriormente, a prática dos Cuidados Paliativos tem como principal objetivo o alívio do sofrimento desencadeado por uma doença ameaçadora da vida; não é centrado na cura da enfermidade, mas sim no bem-estar da pessoa doente. Nessa perspectiva, o trabalho é obrigatoriamente interdisciplinar, uma vez que deve ser realizado o controle dos sintomas em todas as esferas, levando em consideração os princípios dessa prática.

Nessa perspectiva, o conceito de “dor total” norteia essa prática de cuidado integral e, segundo Clark (1999), foi descrito pela primeira vez por Cicely Saunders em 1964. Trata do entendimento de que a dor não é apenas proveniente do sintoma físico, mas inclui também o sofrimento psíquico, o social e o espiritual. O autor assinala que tal conceito foi

desenvolvido a partir de duas dimensões: a busca por maior entendimento em relação à dor do paciente diagnosticado com uma doença terminal, a fim de transformar o manejo da dor; e a promoção do movimento *hospice* moderno, o qual combinava cuidado, educação e pesquisa (CLARK, 1999).

Além do conceito de “dor total”, tem-se os princípios que norteiam a prática dos Cuidados Paliativos e devem ser seguidos por toda a equipe, a fim de conduzir um trabalho que alcance os objetivos de promover o bem-estar, alívio e controle dos sintomas e cuidado com os familiares, que abordaremos a seguir.

## 4 | OS PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A ação em Cuidados Paliativos é baseada em conhecimento científico referente a várias especialidades e formas de intervenções clínicas e terapêuticas, sendo uma prática regida por princípios claros que norteiam as atividades da equipe interdisciplinar (MACIEL, 2008). Em 1986 a OMS publicou os princípios que regem a prática dos Cuidados Paliativos, os quais foram reformulados em 2002 (MACIEL, 2008; MATSUMOTO, 2012), apresentados a seguir.

- a) Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- b) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- c) Não acelerar nem adiar a morte;
- d) Integrar os aspectos psicossociais e espirituais no cuidado ao paciente;
- e) Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte;
- f) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- g) Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- h) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- i) Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

É possível identificar, nos princípios mencionados acima, características que remetem ao conceito de “dor total”, anteriormente comentado, uma vez que leva a prática para o cuidado com o paciente e seus familiares em todas as esferas. Diante desta proposta de ação global nos Cuidados Paliativos, evidencia-se a necessidade e a obrigatoriedade do trabalho realizado por uma equipe multiprofissional.

## 5.1 A ATUAÇÃO EM EQUIPE E O PAPEL DE CADA MEMBRO

Os Cuidados Paliativos estão em consonância com a prática atual em saúde, condizente com o modelo biopsicossocial, que contraria a visão mecanicista, biologicista, muitas vezes predominante nos serviços de saúde. Por essa perspectiva, os Cuidados Paliativos evidenciam a necessidade da realização do trabalho multiprofissional, numa prática focada nessa concepção biopsicossocial. Nesse sentido, Taquemori e Sera (2008) propõem a seguinte definição de Cuidados Paliativos: “[...] um conjunto de **atos multiprofissionais** que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima” (p. 55; negritos das autoras). Assim compreendemos que o principal objetivo dos profissionais, membros da equipe, é o controle e alívio dos sintomas que causam sofrimento ao paciente e seus familiares. Para Haugen, Nauck e Caraceni (2015), a formação de uma equipe possibilita um trabalho em conjunto, num contexto em que os pacientes têm necessidades extensas e complexas.

O termo multiprofissional significa que a equipe é composta por profissionais de diferentes áreas e, por isso, uma equipe multiprofissional pode ser multidisciplinar ou interdisciplinar. Apesar de que esses termos são muitas vezes considerados sinônimos na área da saúde mental, conforme comenta Campos (1992), neste trabalho adotamos o termo equipe interdisciplinar, pois, de modo mais específico, ele remete à prática realizada com cooperação e troca entre os profissionais das diferentes áreas. O termo equipe multidisciplinar, ao contrário, se refere ao trabalho realizado por profissionais diferentes de forma individual e isolada (FERREIRA, 1993).

“A equipe interdisciplinar deve tentar alcançar os seguintes objetivos: avaliação precisa e rápida; tratamentos eficazes e integrados; comunicação eficiente com o paciente e a família, com outros profissionais e instituições, e dentro da própria equipe; auditoria das atividades e resultados da equipe” (HAUGEN; NAUCK; CARACENI, 2015, p. 139).

As equipes interdisciplinares na saúde geralmente são compostas pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente espiritual, odontólogo e fonoaudiólogo. Entretanto, nem todos os serviços possuem o quadro completo da equipe e, por esse motivo, é possível a realização da prática pela ação de uma equipe mínima “[...] composta por um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e pelo menos um profissional da área da reabilitação (a ser definido conforme a necessidade do paciente)” (INSTITUTO PALIAR, n. d.).

### 5.1 O papel do médico na equipe

A formação acadêmica do médico possui ênfase na realização de diagnósticos e tratamentos de doenças. Segundo Consolim (2012), quando esse profissional se depara

com um paciente em Cuidados Paliativos, precisa deixar de lado o foco na doença e na busca pela cura, para compreender o doente como um ser que necessita de cuidado em outras dimensões, além do corpo físico. Para isso, o médico precisa rever os seus conceitos e aprender a atuar em equipe interdisciplinar, pois, “[...] sozinho não conseguirá suprir todas as necessidades que o cuidado integral de um paciente exige” (CONSOLIM, 2012, p. 333).

Cabe ao médico paliativista realizar os diagnósticos clínicos, além de estar ciente da história da doença, dos tratamentos que já foram realizados e compreender acerca do prognóstico. É sua competência propor tratamentos, farmacológicos ou não, compatíveis com o momento enfrentado pelo paciente, garantindo não só o controle e o alívio dos sintomas, mas também a dignidade até o último momento de vida do paciente. Somente após a dor e os sintomas físicos serem controlados e aliviados, é que o paciente poderá refletir sobre o sentido da vida (ARANTES, 2016).

Para Consolim (2012), pode ser que a principal tarefa do médico seja a de coordenar a comunicação entre a equipe, o paciente e seus familiares, uma vez que eles esperam ouvir dele informações sobre o diagnóstico e evolução da doença. É fundamental que o médico, além do paciente e sua família, também converse com a equipe sobre essa questão para que todos falem uma linguagem comum, possibilitando a construção do planejamento terapêutico em conjunto, com a participação ativa do paciente e seus familiares.

## 5.2 O papel do enfermeiro na equipe

A formação em enfermagem é voltada para o cuidado em todas as áreas assistenciais que demandam suas ações. Nesse sentido, realizar Cuidados Paliativos é inerente à prática cotidiana da enfermagem e, por isso, o enfermeiro é fundamental para otimizar esse cuidado (SILVA; ARAÚJO; FIRMINO, 2008).

Cabe a esse profissional realizar curativos nas lesões malignas cutâneas, ter habilidades de comunicação, possuir domínio da técnica de hipodermóclise (uma forma de acesso subcutâneo para a administração de medicamentos que traz o mínimo de dor ao paciente), além de realizar outras práticas como proporcionar medidas de higiene, de conforto e realizar o gerenciamento da equipe de enfermagem (FIRMINO, 2012). Os enfermeiros especializados em Cuidados Paliativos “[...] devem ter o preparo educacional apropriado para assumir a responsabilidade pelas decisões de cuidados de saúde e são reconhecidos, muitas vezes, como líderes da equipe de cuidados paliativos” (SHERMAN; FREE, 2015, p. 157). Segundo Firmino (2012), as habilidades do enfermeiro devem se direcionar para a avaliação sistemática dos sintomas, o que auxilia a equipe na decisão das prioridades para cada caso.

Como a prática de enfermagem demanda importante proximidade com o paciente e seus familiares, é papel do enfermeiro a realização de cuidados sensíveis e afetivos. Desse modo, a competência relacional desse profissional ganha destaque dentro da equipe

(FIRMINO, 2012), pois consegue identificar e compreender as demandas e os desejos individuais de cada doente, o que proporciona melhor planejamento e implementação de ações que possibilitam o exercício da autonomia do paciente e o controle sobre sua vida e doença.

### 5.3 O papel do psicólogo na equipe

A atuação do psicólogo como membro da equipe interdisciplinar se dá de acordo com a abordagem psicológica de preferência do profissional, pois esta não é determinante para o sucesso ou insucesso da condução do caso. Entretanto, daremos ênfase aos conteúdos provenientes da teoria psicanalítica, uma vez que é sob essa perspectiva que nos norteamos profissionalmente.

Segundo Nunes (2012), psicanaliticamente se compreende que a interpretação que o paciente tem sobre sua doença vai ao encontro de seu sistema de afetos e de crenças, tanto conscientes quanto inconscientes. Nesse sentido, o psicólogo oferece a sua escuta como forma de favorecer a elaboração dos elementos e vivências associadas ao adoecimento. Contudo, conforme Arantes (2016), somente teremos acesso aos conteúdos psíquicos após o alívio dos sintomas físicos, tais como a dor e a falta de ar, por exemplo. Na compreensão freudiana, “[...] uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento” (FREUD, 2006a, p. 89). Diante disso, Nunes (2012) aponta ser indicado que o acompanhamento realizado pelo psicólogo se inicie o mais precocemente possível, uma vez que a ação em Cuidados Paliativos deve ocorrer desde o diagnóstico de uma doença grave e não somente no momento da terminalidade da vida.

No caso da atuação do psicólogo, há maior ênfase em que o paciente e seus familiares são uma unidade de cuidados, pois a família apresenta diversos fatores psicológicos que precisam ser trabalhados. Além disso, o psicólogo também direciona sua ação para a equipe interdisciplinar, “[...] uma vez que esta necessita manter a homeostase nas suas relações e encontrar vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes” (FRANCO, 2008, p. 74). Por isso, a psicologia é compreendida como um elo entre os profissionais da equipe e a unidade de cuidado paciente-família, auxiliando no sucesso da comunicação (FRANCO, 2008).

De acordo com Mehnert (2015), durante a evolução de uma doença que ameaça a continuidade da vida, os pacientes e familiares são confrontados com uma variedade de aspectos que causam sofrimento psicossocial. Nesse sentido, as intervenções realizadas pelo psicólogo objetivam a redução do risco psicossocial para auxiliar na manutenção da qualidade de vida do paciente e seus cuidadores. Essas intervenções ajudam o paciente e sua família a lidar com o medo da morte, a controlar a ansiedade e reduzir os sentimentos de isolamento, tristeza, desespero e solidão. Tais afetos interagem com os sintomas físicos e acompanham a evolução da doença. As intervenções psicológicas se dão também em

relação a outros problemas, como os associados às mudanças nas relações e nos papéis sociais.

Em relação ao trabalho voltado especificamente à família, além do acolhimento e escuta ativa, é papel do psicólogo se atentar para a conspiração do silêncio; ou seja, ao fato de que os familiares, com a intenção de poupar o doente de mais sofrimento, o privam das informações acerca da evolução de sua enfermidade. Entretanto, essa privação pode gerar mais angústia e tirar a autonomia do paciente. Portanto, cabe ao psicólogo estimular o paciente e a família a falarem aberta e francamente sobre a situação, de modo que possibilite a legitimação do sofrimento, a elaboração da experiência em relação ao adoecimento, ao processo de morte e ao luto (NUNES, 2012).

#### **5.4 O papel do assistente social na equipe**

O trabalho realizado pelo profissional do serviço social possui enfoque nas demandas sociais do paciente e seus familiares. Direciona sua atenção para a rede de suporte social. Ou seja, além de cuidar dos aspectos sociais durante a internação do paciente em Cuidados Paliativos, esse profissional busca realizar conexão com entidades, ou pessoas como parentes, amigos e vizinhos, que poderão auxiliar o paciente e seus familiares em casos de necessidade. As redes de suporte serão mais eficientes na medida em que oferecerem segurança ao paciente e seus familiares, cuja efetividade está relacionada com o vínculo que foi estabelecido e fortalecido com o passar do tempo (ANDRADE, 2012).

O trabalho realizado pelo assistente social da equipe de Cuidados Paliativos, envolve a avaliação de um perfil socioeconômico que contenha as informações necessárias para a condução de cada caso. Diante disso, Andrade (2012) pontua a importância do profissional reconhecer a família como ela é, a família real, sem se deixar levar pela idealização da família ideal, considerando que:

“Nem sempre os vínculos foram formados de maneira satisfatória, nem sempre aquele que está morrendo ‘é amado por todos’, nem sempre a família tem condições adequadas de cuidar (financeiras, emocionais e/ou organizacionais) e nem sempre o paciente quer ser cuidado da forma como avaliamos como necessária e ideal.” (Andrade, 2012, p. 341).

Portanto, conhecer a família e compreender sua dinâmica, seus limites e suas potencialidades é crucial para desenvolver um trabalho adequado. Para a realização da avaliação socioeconômica, o assistente social deve buscar por informações acerca da composição familiar, o local de moradia, a renda familiar, a religião, a profissão e situação empregatícia do paciente, pois tais dados embasarão o seu trabalho, uma vez que dão parâmetros para a compreensão das necessidades existentes (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012).

## 5.5 O papel do fisioterapeuta na equipe

Como membro da equipe de Cuidados Paliativos, o fisioterapeuta terá sua atuação com enfoque na promoção, aperfeiçoamento e adaptação das condições físicas do paciente relacionadas ao movimento humano (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012). Deve realizar uma avaliação fisioterapêutica e estabelecer um programa de tratamento que objetiva uma ação interdisciplinar para o alívio e controle dos sintomas (SERA; IZZO, 2008), sendo elaborado levando em consideração o grau de dependência e a progressão da doença (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012). A atuação com pacientes totalmente dependentes objetiva a manutenção da amplitude do movimento, a adaptação de posturas que tragam conforto e favoreçam a respiração, além de prevenir as úlceras por pressão, edema e dor. O trabalho realizado com pessoas dependentes, mas que ainda possuem capacidade de deambular, visa a manutenção da locomoção, no autocuidado e na funcionalidade. Por fim, com pacientes que são independentes, porém apresentam alguma vulnerabilidade, a atuação do fisioterapeuta deve centrar-se na manutenção e/ou melhora da capacidade funcional (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012).

No contexto dos Cuidados Paliativos, o trabalho da fisioterapia refere-se à reabilitação do paciente, possui enfoque no auxílio às pessoas para aumentar o potencial e a qualidade de vida. Esse profissional atua ainda com medidas não farmacológicas para o alívio de sintomas respiratórios, neurológicos, dor, perda do apetite e edemas crônicos (ENGLISH, 2015). De acordo com Sera e Izzo (2008), é papel do fisioterapeuta realizar orientações aos familiares sobre autocuidado, tendo em vista que há um importante número de cuidadores que se desgastam física e emocionalmente.

## 5.6 O papel do nutricionista na equipe

Segundo Fernandes (2012), o alimento possui um importante papel na vida das pessoas, relacionando-se ao prazer, aos momentos agradáveis da vida, tendo significados muito particulares para cada indivíduo e família, pois depende de diversos fatores que vão além da sua função energética para o organismo. Diante da presença de uma doença grave, esse papel essencial do alimento não se altera e, na condição de impossibilidade de nutrir o paciente, o alimento é percebido pela sua ausência e dificuldade de ingestão, gerando angústia e sofrimento, principalmente nos familiares.

No contexto dos Cuidados Paliativos é muito comum que os pacientes apresentem falta de apetite. Também “[...] é sabido que terapias nutricionais agressivas não são efetivas e podem tornar o tratamento mais oneroso e estressante” (FERNANDES, 2012, p. 347). Por isso é fundamental que o nutricionista, junto com a equipe interdisciplinar, realize uma avaliação assertiva para que não faça uso de medidas de nutrição que se tornem fúteis, que intervenha de acordo com o prognóstico, com o potencial de reversibilidade da desnutrição e do sofrimento proveniente do tratamento. Para tanto, deve realizar avaliação nutricional,

compreender o impacto psicossocial da desnutrição para o paciente e seus familiares, avaliar os riscos e os benefícios da terapia nutricional, discutir com a equipe acerca da melhor via de tratamento nutricional (MELO, 2008). O tratamento pode proporcionar

“[...] meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, retardando a síndrome anorexia-caquexia e ressignificando o alimento. Em adição, auxilia no controle de sintomas, procura manter hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporal” (FERNANDES, 2012, p. 346).

Dessa forma, o nutricionista auxilia na evolução favorável do paciente. Para tanto, deve possuir habilidades de comunicação com o paciente e os familiares, pois a autonomia do doente deve sempre ser preservada, sendo comum que ele, no momento final da vida, opte por não receber alimento.

Richardson e Davidson (2015) ressaltam que a prática de nutrição mudou significativamente e os pacientes não são mais vistos como meros receptores passivos de intervenção da equipe. Pelo contrário, são compreendidos como parceiros, que trabalham em conjunto com o nutricionista no que se refere à participação ativa na tomada de decisões e estabelecimento de metas para a alimentação.

## **5.7 O papel do fonoaudiólogo na equipe**

A ação da fonoaudiologia, no contexto dos Cuidados Paliativos, busca contribuir para a melhora da qualidade de vida da pessoa que está gravemente enferma, visto que muitos paciente nessa condição apresentam alterações orais que trazem desconforto, tais como dificuldade de deglutição, desidratação, anorexia, entre outros, que estão intimamente relacionados à fonoaudiologia (PINTO, 2012). Cabe ao fonoaudiólogo avaliar o processo de deglutição desde a região oral até o nível da faringe, realizar a manutenção da deglutição segura por via oral, garantir a consistência adequada dos alimentos, se preocupar com a apresentação e o tamanho do prato para minimizar a sensação de fracasso diante da dificuldade de comer (PINTO, 2012; TAQUEMORI, 2008).

Igualmente devem ser foco de atenção desse profissional os aspectos relativos à comunicação (PINTO, 2012), buscando alternativas para um processo comunicacional mais efetivo entre o paciente e a família, podendo contar com o apoio de instrumentos como pranchas com letras e figuras, gestos ou observação de ações corporais do paciente. De acordo com Taquemori (2008), o cuidado com os distúrbios de comunicação é essencial porque prejudicam o entendimento do paciente em relação às suas próprias escolhas e possibilidades de tratamento; pode, inclusive, limitá-lo quando apresentar suas opiniões e decisões, comprometendo suas relações sociais.

## **5.8 O papel do terapeuta ocupacional na equipe**

A atuação do terapeuta ocupacional tem como objetivo primordial desenvolver a emancipação e a autonomia das pessoas que possuem limitações nas ações funcionais

e/ou apresentam dificuldades de se inserirem socialmente (COOPER; KITE, 2015), sendo consoante com os pressupostos da prática em Cuidados Paliativos, na qual “[...] deve-se prover um sistema de apoio e ajuda para que o paciente viva tão ativamente quanto possível até sua morte” (OTHERO, 2012, p. 361). Nesse contexto, o terapeuta ocupacional busca criar formas que ampliem a autonomia da pessoa gravemente enferma, estando o trabalho voltado para a permanência das atividades significativas no cotidiano do paciente e seus familiares (OTHERO, 2012). De acordo com Queiroz (2008), esse profissional possibilita a maximização da independência durante a realização das atividades básicas da vida diária, como se alimentar, se vestir, realizar a higiene pessoal, se locomover, se comunicar; além de outras atividades, como o trabalho e o lazer, com capacidade de controle sobre si mesmo, sobre a situação e o ambiente.

Segundo Othero (2012), em relação aos familiares, cabe ao terapeuta ocupacional realizar orientações sobre estímulos positivos ao paciente e treinar os cuidadores para que sejam facilitadores da independência do doente durante as atividades cotidianas. Já na fase final de vida, muda-se o foco de ação para a diminuição de estímulos, visando proporcionar maior conforto ao paciente, e para o auxílio aos familiares na realização de despedidas, na expressão de sentimentos por meio de atividades. Cabe ainda ao terapeuta ocupacional, juntamente com outros membros da equipe, atuar após o óbito através de visitas de luto, ou telefonemas.

## 5.9 O papel do odontólogo na equipe

No contexto dos Cuidados Paliativos, as dores orofaciais são muito frequentes, comumente relacionadas à tensão emocional e ao estresse (JORGE; RAMOS; JORGE, 2008), assim como os problemas relacionados com a cavidade bucal devem ser uma preocupação a equipe interdisciplinar. Por tais motivos, o odontólogo, particularmente o cirurgião dentista, segundo Davies (2015), é um membro fundamental da equipe.

“O cirurgião dentista contribui fornecendo intervenções próprias de sua área de atuação profissional, além de cuidados de suporte que assegurem uma boca mais saudável, livre de infecção e dor. As complicações das doenças e dos seus tratamentos já são bem conhecidas, entretanto em pacientes em Cuidados Paliativos elas podem tomar dimensões exageradas” (JALES; SIQUEIRA, 2012, p. 368).

Além dos cuidados mais complexos que envolvem a odontologia, Jorge, Ramos e Jorge (2008) ressaltam que os procedimentos mais simples como manutenção da higiene oral por meio da escovação de dentes e língua, ou higienização da mucosa oral quando não há dentes, proporciona ao paciente sensação de conforto que o leva ao sentimento de bem-estar, aumento da autoestima e conseqüentemente alívio do sofrimento. “[...] com esses cuidados básicos – inclusive, a utilização de próteses bem adaptadas – é possível desenvolver a auto-estima do paciente, mesmo em fase de morte” (JORGE; RAMOS; JORGE, 2008, p. 85).

## 5.10 O papel do assistente espiritual na equipe

Aspectos relacionados com a espiritualidade estão presentes na vida de muitas pessoas, como algo fundamental que lhes dá sentido. Por conseguinte, no contexto dos Cuidados Paliativos, em que o paciente e seus familiares devem ser assistidos em sua totalidade, a presença do assistente espiritual na equipe se faz necessário.

Geralmente o profissional responsável pela assistência espiritual é o capelão. De acordo com Aitken (2008), o seu papel é atender aos pacientes e familiares, independente da crença, servindo de elo entre o doente e seu ministro de culto religioso, podendo solicitar a presença dele diante do pedido do paciente ou familiares. Dentre suas funções, estão: apoio por meio da escuta de questões relacionadas ao sentido da vida; auxílio para a humanização do atendimento hospitalar, para que o paciente viva ativamente o seu momento; auxílio em relação ao acerto de contas; apoio sobre o medo da morte e preparação para o futuro imediato, lidando com questões como a dúvida de para onde irá após a morte. O assistente espiritual também oferece apoio aos familiares e à equipe de saúde, quando requisitado.

Para muitos pacientes, os cuidados com a espiritualidade os auxiliam em relação as suas questões existenciais (SAPORETI, 2008), e em situação de Cuidados Paliativos, a equipe paliativista estará atenta às necessidades espirituais da pessoa enferma, sempre respeitando a crença e a fé de cada indivíduo. Esse respeito se estende também aos pacientes que, por convicção pessoal, não queiram os serviços desse membro da equipe.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo apresentado acima o conceito de Cuidados Paliativos, um breve resgate histórico para situar seu surgimento no mundo e em nosso país, bem como elementos sobre a sua prática, os seus princípios e a atuação em equipe, com o intuito de tecer uma caracterização, torna-se necessário apresentar algumas considerações finais em torno do cuidado no processo de luto como algo inerente às vivências dos envolvidos nessa ação em saúde e que atinge não somente o paciente e seus familiares, mas toda a equipe.

Diante do diagnóstico de uma doença que ameaça a continuidade da vida e que evolui anunciando a possível morte da pessoa enferma, o paciente e seus familiares se encontram em um cenário de rupturas, limitações e privações. Ocorre a alteração da rotina, que passa a compreender os exames, as consultas médicas e os procedimentos, além de hospitalizações e tratamento (GENEZINI, 2012). Nesse sentido, o luto é algo a ser constantemente monitorado pela equipe paliativista, cabendo principalmente ao psicólogo e ao assistente espiritual acompanhar o processo de luto do paciente e seus familiares, uma vez que este se inicia quando recebe o diagnóstico de uma doença incurável e potencialmente mortal. A partir desse momento, o doente e sua família se enlutam em relação a vários aspectos, especialmente em relação à pessoa saudável que era antes e

que nunca mais será, dado que “[...] não perdemos só a saúde e a ilusão de imortalidade/onipotência mas também papéis anteriormente exercidos nos contextos profissional, social, afetivo e econômico” (GENEZINI, 2012, p. 570).

Esse processo de luto que se inicia com o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, e acontece antes da morte do paciente, é denominado luto antecipatório. Segundo Franco (2012, p. 15), “É dito antecipatório porque ocorre anteriormente ao marco objetivo da data da morte, mas não é menos importante por se dar nessas condições”. Lindemann (1944) cunhou esse termo pela primeira vez, ao lidar com familiares de soldados que foram para a guerra, quando identificou que as reações do luto aconteciam pela separação e possibilidade de morte. Vale ressaltar que, antes de Lindemann (1944), Freud (2006b) já mencionou sobre a antecipação do luto, embora não se referindo à iminência da morte de um ente querido, mas diante de outros tipos de perdas, comentando que a certeza da transitoriedade provoca uma antecipação do processo de luto.

Kübler-Ross (2008) muito contribuiu para a realização do cuidado com o luto antecipatório do paciente, identificando que as pessoas, ao vivenciarem a iminência do fim da vida, também experimentam o processo de luto, auxiliando-as a resolver pendências, realizar despedidas e, quando possível, aceitar a condição de que a morte está muito próxima.

Em relação aos familiares, o cuidado com o luto antecipatório é fundamental na medida em que os prepara para a vivência do luto após a morte. Segundo Fonseca (2012), quando a família reconhece que um de seus membros está doente e vivenciando o fim da vida, terá a oportunidade de se reorganizar e encontrar recursos que auxiliem no enfrentamento da perda iminente. Fonseca (2012, p. 75) ressalta “[...] que este processo não elimina o impacto causado pela morte no exato momento que ela ocorre. Genezini (2012) salienta que os profissionais, ao assistir o paciente e seus familiares durante o período de luto antecipatório, devem levar em consideração a intensidade dos laços afetivos, pois isso auxilia na compreensão das reações psíquicas e comportamentos de cada membro, além de entender que cada pessoa expressa singularmente o modo com que lida com a situação de perda iminente. Destaca ainda que os profissionais da equipe também vivenciam esse luto e devem ser assistidos.

Após a morte do paciente gravemente enfermo, em Cuidados Paliativos a prática não se finda, direcionando o trabalho ao acolhimento dos enlutados. Segundo Genezini (2012), é fundamental que os profissionais conheçam a definição de luto e suas reações, pois esse evento causa muitas mudanças nos comportamentos das pessoas que o vivenciam. Na realização deste trabalho de acolhimento ao enlutado, o profissional deve favorecer que os familiares expressem seus sentimentos e evitem o uso de medicações, porque medicar não é o mais recomendado nesse momento (GENEZINI, 2012).

Para Freud (2006c), o enlutamento não é um quadro patológico. Nesse sentido, é fundamental compreender que as reações perante a morte de um ente querido são muito

singulares e permitir a expressão delas, sem inibi-las com medicação, é necessário para a elaboração da perda de forma saudável, prevenindo o luto complicado, que segundo Kovács (2003), está se tornando um problema de saúde pública.

Nesse momento após a morte, também cabe à equipe encorajar os familiares a realizarem os rituais memoriais, como velórios, momentos de despedidas e visitas ao túmulo do falecido. O trabalho da equipe visa o acolhimento ao luto, que pode acontecer por meio de um telefonema aos familiares, ou envio de uma carta de condolências. Além disso, é oferecido um acompanhamento durante certo período, de modo individual ou grupal, domiciliar ou ambulatorial. Genezini (2012) comenta que, para os familiares, essa ação favorece o fechamento de um ciclo que demandou intensa energia psíquica. Assim, um ritual de passagem para o retorno à vida social, pode ser necessário. Vale ressaltar que o tempo de duração da prestação desse serviço ao enlutado varia muito, pois leva-se em consideração a disponibilidade da equipe, bem como a demanda particular de cada familiar. Quando não se faz possível o acompanhamento a longo prazo, encaminhamentos a serviços especializados são realizados.

## REFERÊNCIAS

AITKEN, E. V. P. Assistência espiritual. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 87-90. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 12 mar 2019.

AITKEN, E. V. P. O papel do assistente espiritual na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. p. 357-365.

ANDRADE, L. O papel do assistente social na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. p. 341-344.

ANDRADE, B. A.; SERA, C. T. N.; YASUKAWA, S. A. O papel do fisioterapeuta na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. p. 353-357.

ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 41, n. 6, p. 256-257, 1992.

CLARK, D. Total pain: disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science e Medicine*, v. 49, p. 727-736, 1999. doi: [doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)

CLARK, D. *Cicely Saunders: Founder of the hospice movement selected letters 1959-1999*. New York: Oxford University Press, 2002.

CLARK, D. Fareword. In: SAUNDERS, C. *Whatch with me: inspiration for a life in hospice care*. Lancaster: Lancaster University, 2005. p. 7-12.

COOPER, J.; KITE, N. Occupational therapy in palliative care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S.; PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 177-183.

CONSOLIM, L. O. O papel do médico na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 333-336.

DAVIES, A. N. Oral care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 447-456.

ENGLISH, A. M. (2015). Physiotherapy in palliative care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 197-201.

FÁBIO, A. C.; RONCOLATO, M. Se não há cura, como morrer melhor: a questão dos cuidados paliativos. *Nexo Journal [On-line]*, 2017. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/reportagem/2017/03/13/Se-n%C3%A3o-h%C3%A1-cura-como-morrer-melhor-a-quest%C3%A3o-dos-cuidados-paliativos>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

FERNANDES, E. A. O papel do nutricionista na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 345-352.

FERREIRA, M. E. M. P. Ciência e interdisciplinaridade. In: FAZENDA, I. *Práticas interdisciplinares na escola*. 2a. ed. São Paulo: Cortez; 1993. p. 19-22.

FIRMINO, F. O papel do enfermeiro na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 335-336

FONSECA, J. P. *Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. São Paulo: PoloBooks, 2012.

FRANCO, M. H. P. Psicologia. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 74-76. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 12 mar 2019.

FRANCO, M. H. P. Prefácio. In: FONSECA, J. P. *Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. São Paulo: PoloBooks, 2012. p. 13-15.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, p. 77-110). Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006a.

FREUD, S. Sobre a transitoriedade. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, p. 313-319). Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro, 2006b.

FREUD, S. Luto e melancolia. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, p. 243-263). Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006c.

GENEZINI, D. Assistência ao luto. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 569-582.

HAUGEN, D. F.; NAUCK, F.; CARACENI, A. The core team and the extended team. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S.; PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 139-145.

INSTITUTO PALIAR. *Cuidados Paliativos [On-line]*. n. d., n. p. Disponível em: <[www.paliar.com.br/cuidados-paliativos](http://www.paliar.com.br/cuidados-paliativos)>. Acesso em: 05 fev. 2019.

JALES, S. M. C. P.; SIQUEIRA, J. T. T. O papel do dentista na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 366-372.

JORGE, M. D.; RAMOS, D. L.; JORGE, W. A. Odontologia. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 83-86. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2019.

KOVÁCS, M. J. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. *A Roda da vida*. Tradução de M. L. N. Silveira. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

KÜBLER-ROSS, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*. 9a. ed. Tradução de P. Menezes. São Paulo: WFM Martins Fontes, 2008.

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, v. 101, p. 141-148, 1944. doi: 10.1176/ajp.101.2.141

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 15-32. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2019.

MACIEL, M. G. S. Cuidados paliativos: princípios gerais. In: ONOFRE, A. N.; COSTA, C. M. C.; SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA e cols., M. J. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 133-140.

MACIEL, M. G. S. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 94-110.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 23-30.

MEHNERT, A. Clinical psychology in palliative care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 221-227).

MELO, D. A. Nutrição. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 81-82. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2019.

NUNES, L. V. O papel do psicólogo na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 337-340.

OHIO HEALTH HOSPICE. *Vamos falar de cuidados paliativos*. Tradução da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2019.

OMS – World Health Organization. *Palliative Care*. 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>>. Acesso em: 08 ago. 2019.

OTHERO, M. B. O papel do terapeuta ocupacional na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 361-363.

PINTO, A. C. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 358-360.

QUEIROZ, M. E. G. Terapia ocupacional. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 67-68. Recuperado de: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2019.).

RICHARDSON, R.; DAVIDSON, I. The contribution of the dietitian and nutritionist to palliative medicine. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 191-196).

SAPORETI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 521-531. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2019.

SERA, C. T. N.; IZZO, H. Fisioterapia. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 58-60. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2019.

SHERMAN, D. W.; FREE, D. C. Nursing and palliative care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 154-163.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. T.; FIRMINO, F. Enfermagem. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 61-63. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2019.

TAQUEMORI, L. Y. Fonoaudiologia. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 64-66. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2019.

TAQUEMORI, L. Y.; SERA, C. T. N. Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 55-57. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 30 mar 2019.

Worth, R. *Elisabeth Kübler-Ross: encountering death and dying*. Philadelphia: Chelsea House Publishers, 2005.

## ESQUIZOFRENIA E SUAS REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 07/04/2021

### Júlia Bettarello dos Santos

Aluno do curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN  
Franca - SP

### João Gabriel de Melo Cury

Aluno do curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN  
Franca - SP

### Laís Ribeiro Braga

Aluno do curso de Medicina da Universidade de Franca - UNIFRAN  
Franca - SP

### Andrea de Oliveira Cecchi

Docente Universidade de Franca - UNIFRAN  
Franca - SP

**RESUMO: Objetivo** Relatar um caso clínico de um paciente psiquiátrico esquizofrênico, que sofreu abandono familiar, e a influência em sua vida. **Detalhamento do caso** Paciente, 41 anos, solteiro, nascido em 20/01/1997, aposentado, diagnosticado com esquizofrenia. Em consulta de rotina comparece com queixas nos pés e vômitos após uso de medicação anti-retroviral, devido à infecção pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência adquirida – AIDS). O que chamou atenção neste estudo é o fato do paciente ter recebido alta da instituição há 4 anos e a família não ter comparecido para buscá-lo. O

paciente não tem conhecimento que já está alta e continua aguardando. **Considerações finais** O abandono familiar em casos de transtornos psiquiátricos é frequente devido às dificuldade de lidar com os momentos de crise e de mantê-los em convívio com a sociedade. Sendo assim, é necessário o auxílio de hospitais-dia e outros mecanismos que possibilitem o controle dos transtornos destes pacientes, o que pode evitar o abandono familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Esquizofrenia; Qualidade de Vida; Transtornos Mentais.

### SCHIZOPHRENIA AND ITS REPERCUSSIONS ON THE PATIENT'S QUALITY OF LIFE

**ABSTRACT: Objective** To report a clinical case of a psychiatric patient, schizophrenic, who suffered family abandonment and the influence on his life. **Details of the case** Patient, 41 years old, single, born on 01/20/1997, retired, diagnosed with schizophrenia. On a routine visit, he comes in with complaints about his feet and vomiting after using antiretroviral medication due to infection with the AIDS virus. What drew attention in this study is the fact that the patient was discharged from the institution 4 years ago and the family does not come to pick him up, the patient does not know that he is already discharged and continues to wait. **Final considerations** Family abandonment in cases of psychiatric disorders is frequent due to difficulties in dealing with moments of crisis and keeping them in contact with society. Therefore, the assistance of day hospitals and other mechanisms that allow the control of these patients is necessary, not leading to the need for

family abandonment.

**KEYWORDS:** Schizophrenia; Quality of life; Mental Disorders.

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental no qual o doente perde (total ou parcialmente) o contato com a realidade objetiva. Os pacientes com esta desordem psíquica costumam ver, ouvir e sentir sensações que não existem na realidade (Moreira, C.S., 2008).

O psiquiatra Bleuler (1857-1939) criou o termo “esquizofrenia” (esquizo = divisão, phrenia = mente) que substituiu o termo demência precoce na literatura. Ele conceitualizou o termo para indicar a presença de um cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados. Para explicar melhor sua teoria relativa aos cismas mentais internos nesses pacientes, Bleuler descreveu sintomas fundamentais (ou primários) específicos da esquizofrenia que se tornaram conhecidos como os quatro “As”: associação frouxa de ideias, ambivalência, autismo e alterações de afeto. Além disso, também descreveu os sintomas acessórios, (ou secundários), que incluíam alucinações e delírios (Ey, Bernard, e Brisset, 1985).

A causa da esquizofrenia ainda é desconhecida, porém o sistema límbico é o foco de grande parte das comprovações de hipóteses (Moreira, C.S., 2008). E hoje se conhecem subtipos dessa doença: Paranóide, desorganizado, catatônico indiferenciado e residual (Moreira, C.S., 2008).

Existem alguns fatores de risco estudados que podem influenciar ou precipitar o quadro desse transtorno. A herdabilidade para esquizofrenia é estimada em 0,83, uma das mais altas taxas entre todas as doenças psiquiátricas (Cannon *et al.*, 1998).

As complicações obstétricas têm sido reportadas com certa frequência nos relatórios médicos em até 20% dos casos envolvendo pacientes esquizofrênicos (Cannon, 1997), verificando-se mais comuns nos portadores da doença do que em controles (Geddes *et al.*, 1999).

Entre indivíduos do sexo masculino que apresentaram retardo no crescimento uterino, foi relatado um risco três vezes maior de desenvolver esquizofrenia (Hultman *et al.*, 1999). Por outro lado, 97% dos indivíduos que sofreram complicações no parto não desenvolveram esquizofrenia (Buka *et al.*, 1993).

Estudos prospectivos têm fornecido informações que dão maior suporte a uma relação causal ao demonstrar que o uso de maconha, normalmente, precede o surgimento da doença e está relacionado a um maior risco de desenvolvê-la, mesmo quando o uso de outras drogas seja controlado (Verdoux *et al.*, 2005). Uma meta-análise desses estudos confirma a maconha como um fator de risco, com seu uso aumentando em cerca de três vezes a chance de desenvolver esquizofrenia ou transtorno esquizofreniforme (Semple *et al.*, 2005).

Estes pacientes não sabem distinguir suas fantasias, manias e fixações da realidade que os cerca. É uma doença que não tem cura, mas que pode ser controlada através de medicamentos e acompanhamentos psicoterápicos permitindo ao indivíduo levar uma vida mais equilibrada (Moreira, C.S., 2008).

A esquizofrenia é diagnosticada pela presença de vários sintomas e sinais que, geralmente, começam no fim da adolescência ou início da adultícia e, usualmente, continuam durante toda a vida. Muitos pacientes têm história de disfunção comportamental e dificuldades de aprendizado (Freedman R. 2003).

O surto psicótico pode vir precedido de isolamento ou comportamento bizarro, o paciente pode apresentar dificuldade em processar seus pensamentos ou queixar-se de um excesso de estímulos internos e externos percebidos ao mesmo tempo desordenadamente. Inabilidade para prestar atenção, anedonia, perda de vontade, desorganização, empobrecimento dos pensamentos e da fala, rebaixamento afetivo e prejuízo social podem ocorrer em intensidades diferentes, assim como alucinações e delírios (Ramos, M. R. C; Hübner, C. V. K, 2004).

Uma das maiores dificuldades da esquizofrenia reside em sua cronicidade (sintomas negativos) e na recorrência dos sintomas agudos (sintomas positivos). A apresentação desses dois tipos de sintomas é responsável pelas consequências pessoais do convívio com a esquizofrenia que são refletidas na vida afetiva, social, familiar e financeira, com destruição de sonhos, desconsideração do portador como ser humano, sentimentos de menos valia e sentimento de não ser compreendido pelos familiares e amigos (Oliveira, R.M., 2012).

## **DETALHAMENTO DO CASO**

Paciente, 41 anos, solteiro, nascido em 20/01/1997, natural e procedente de um município, interior de São Paulo, é aposentado, mas antes trabalhava como servente de pedreiro, capinava terrenos e colhia amendoim, atualmente trabalha na oficina do Hospital Allan Kardec, estudou até a segunda série do fundamental (Segundo Informações Colhidas-SIC).

Em consulta de rotina, o paciente refere que apresenta dores nos pés com prurido sem melhora com uso de uma medicação tópica, que não soube referir o nome. Também não soube informar há quanto tempo vem apresentando essas dores. Referiu vômitos todos os dias após tomar a medicação contra HIV, apresentando dores na região do estômago. Ao exame físico, foi identificado um quadro de hiperkeratose, especialmente no pé esquerdo.

Apresenta diagnóstico de AIDS que, segundo o paciente, a contraiu durante a prática de relações sexuais. Relata ser homossexual, e disse ter tentado o suicídio duas vezes quando descobriu que estava com a doença: na primeira vez ele se jogou na frente de um caminhão e em outro momento ingeriu uma mistura de sabão em pó, cloro, detergente e

pinho sol. Atualmente faz uso da terapia antirretroviral - TARV.

Diz que não pode passar raiva que sente vontade de bater nos outros, o que parece justificar sua segunda internação judicial que ocorreu no dia 09/06/2015, pois nesse dia havia brigado com a família e vizinhos. Anteriormente a isso, já havia sido internado por funcionários da oficina da instituição onde trabalha, mas fugiu.

Refere ter a mãe viva e mais 6 irmãos e seu irmão mais velho, segundo relato do paciente, também está internado na instituição. Não recebe muitas visitas; apenas da sua mãe, e relata que sua irmã tem medo de ir visitá-lo.

Paciente recebeu alta médica no dia 07/12/2015 e aguarda até hoje a família ir buscar (10/2019).

Refere que fazia uso de maconha, crack, bebida alcoólica (pinga), e que faz uso de cigarro até os dias de hoje na instituição, um no período da manhã e outro à tarde, sempre após as refeições.

Faz uso diariamente de Dramin e omeprazol em jejum para as dores epigástricas. Também faz uso de tenofovir, atazanavir, ritonavir e ranitidina para o tratamento contra AIDS, e de suplemento polivitamínico, óleo mineral e dieta rica em fibras para controle das hemorroidas.

Ao exame psíquico, refere ter ansiedade para ir embora da instituição, mas de ter medo de morrer "lá fora". Se apresentou vigil com abertura ocular espontânea, estado de alerta e responsivo sem a necessidade de estímulos. Estava orientado no espaço, relatando corretamente onde ele estava no momento e soube dizer qual era o endereço exato que morava com sua família, incluindo o número da sua residência. Ainda assim, sua memória parecia esta um pouco prejudicada: não soube relatar qual era a data de aniversário, mas pediu a caneta e escreveu 20/01/1997 em sua própria mão: errou a data mas tinha coerência visto que o correto era 20/11/1977, estando próximo da realidade. A sua inteligência também encontrava-se com certo comprometimento, pois ao referir o nome dos irmãos, repetia várias vezes o mesmo nome, e contava de maneira errada, não soube dizer quantos irmãos tinha, mas pelos nomes referidos, contabilizou-se 6, apresentando dificuldades em fazer contas. Em outro aspecto da consulta, referiu apresentar alucinações visuais e auditivas, no quesito de sensopercepção. Também mostrou apresentar juízo crítico adequado pois relatava que sabia da sua condição, diferenciando bem a realidade dentro da instituição e fora dela. O pensamento tinha coerência, fazia perguntas de acordo com o contexto e respondia o que era perguntado, saindo poucas vezes do assunto em questão. A linguagem apresentava-se rápida, de alto volume, era prolixo e dava gargalhadas fora de contexto durante a entrevista. Sua psicomotricidade estava em certo grau de agitação, gesticulando ao falar e sempre rindo, apresentava certa labilidade emocional pois ao mesmo tempo que perguntava se a entrevista já estava terminando, dizia que não queria ir embora que queria ficar conversando com os entrevistadores para sempre, dando vários beijos em suas mãos.

## DISCUSSÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento sociopolítico ocorrendo no âmbito da saúde pública que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, consubstancia-se em uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. O Brasil é aderente a essa Declaração, e a ela se articula com um longo e conturbado movimento de trabalhadores de saúde mental que resultou na Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999 (Berlinck, M T, et al, 2008).

Tal lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais (Berlinck, M T, et al, 2008).

O interesse na qualidade de vida de indivíduos com esquizofrenia começou como uma extensão da crescente preocupação com o retorno de doentes mentais crônicos à comunidade, em decorrência do movimento de desinstitucionalização ocorrido nos países desenvolvidos ocidentais nos anos 60 e 70. Questões como segurança pessoal, pobreza e isolamento social tornaram-se preocupações pessoais dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, bem como de seus familiares, profissionais de saúde e gestores de saúde. (Awad AG, et al, 1997)

À medida que as hospitalizações se tornarem mais breves, os tratamentos se direcionam para o atendimento ambulatorial e comunitário. Pacientes com esquizofrenia podem se beneficiar de programas de hospital-dia ou hospitalização parcial, especialmente aqueles com sintomas que não responderam de forma adequada à medicação. Esses programas devem ter atendimento durante a semana, integrando a intervenção farmacológica às intervenções psicossociais, incluindo terapia ocupacional, psicoterapia individual ou grupal, grupos operativos, oficinas protegidas, treinamento de habilidades sociais e terapia familiar (Pita, J C N, 2009).

A terapia familiar, combinada às intervenções diretamente direcionadas ao paciente, já demonstrou reduzir as taxas de recaídas na esquizofrenia, obtendo, conseqüentemente, um melhor prognóstico (Pita, J C N, 2009).

A esquizofrenia determina impacto não somente sobre as histórias de vida dos acometidos, mas sobre as respectivas famílias e a sociedade em geral, tendo sua maior incidência em uma parcela importante da população economicamente ativa (principalmente jovem), sendo extremamente onerosa para a sociedade (Katschnig H, 1997).

A entrada de familiares e amigos na luta por um tratamento decente para as pessoas com doenças mentais, faz com que suas vidas também acabem sofrendo mudanças significativas. A atenção, preocupação e carinho alteram o dia a dia constantemente, refletindo no estilo de vida que a família levava. Devido a isso é necessário verificar o

nível de conhecimento – em relação ao transtorno mental e as possíveis formas de cuidado à saúde – das pessoas mais próximas ao sujeito em tratamento. É de extrema importância verificar se a família tem alguma experiência e também oferecer possíveis formas de interação para lidar com a doença, desde o tratamento em si até as dificuldades na aceitação e no enfrentamento (Alves, A C, et al, 2017).

Como visto neste estudo de caso, o paciente estava esperançoso do dia que teria alta para poder voltar a conviver com a família, que dizia sentir muita falta, porém já havia recebido alta há 4 anos, e a família não havia comparecido até o momento para buscá-lo. Antes das internações, ocorreram episódios de brigas intensas entre o paciente e a família, o que pode ter estremecido as relações. Estudos com mães de pacientes psiquiátricos aponta o descompasso temporal como categoria principal da pesquisa, por retratar o desânimo e a desesperança ante as possibilidades de reabilitação dessa doença. Segundo os estudos as “coisas mundanas” parecem paralisar-se no tempo quando se trata de uma perspectiva de futuro para o doente mental, e nesse ínterim o ambiente familiar fica mais suscetível e vulnerável e capaz de gerar constantes conflitos (Pereira MAO, Pereira JRA, 2003).

É comum o encontro com familiares pessimistas quanto à possibilidade de melhora do familiar doente mental, pois são tantos os fracassos, recaídas, abandonos de tratamento, que com o passar do tempo essas complicações e conflitos trazem a desmotivação, resistência e temores em relação a qualquer proposta de mudança (Colvero LA, et al, 2004).

Nesses momentos cabe à família promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes e lidar com as situações de crise, decidindo quando é possível o manejo em casa e quando buscar ajuda emergencial e, junto com o profissional de saúde envolvido, fornecer informações que contribuam para uma convivência menos dolorosa (Trajano EMA, 2008).

## REFERÊNCIAS

1. Alves, A C, et al. **Abandono familiar de pacientes com transtornos psiquiátricos ainda é alto.** Jornalismo especializado Unesp, 2017.
2. Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. **Measuring quality of life in patients with schizophrenia.** Pharmacoeconomics. 1997;11(1):32-47
3. Berlinck, M T, et al. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas.** Rev. latinoam. psicopatol. fundam. vol.11 no.1 São Paulo Mar. 2008.
4. Buka, S.L.; Tsuang, M.T.; Torrey, E.F.; Klebanoff, M.A.; Bernstein, D.; Yolken, R.H. - **Maternal infections and subsequent psychosis among offsprings.** Arch Gen Psychiatry 58:1032-1037, 1993

5. Cannon, T.D. - **On the nature and mechanisms of obstetric influences in schizophrenia: a review and synthesis of epidemiologic studies.** *Int Rev Psychiatry* 9: 387-397, 1997.
6. Cannon, T.D.; Kaprio, J.; Lonqvist, J.; Huttunen, M.; Koskenvuo, M. - **The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish Twin Cohort.** *Arch Gen Psychiatry* 55: 67-74, 1998.
7. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença.** *Rev Esc Enferm USP* 2004;38(2):197-205.
8. Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1985). **As psicoses esquizofrênicas.** In *Manual de psiquiatria* (pp. 535-615). Rio de Janeiro: Masson.
9. Freedman R. **Drug therapy: schizophrenia.** *New Engl J Med* 2003; 349(18):1738-49.
10. Geddes, J.R.; Verdoux, H.; Takei, N.; Lawrie, S.M.; Murray, R.M. - **Individual patient data meta-analysis of the association between schizophrenia and abnormalities of pregnancy and labour.** *Schizophr Bull* 25: 113-123, 1999.
11. Hultman, C.M.; Sparen, P.; Takei, N.; Murray, R.M; Cnattingius, S. **Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis and reactive psychosis.** *Br Med J* 310: 421-425, 1999.
12. Katschnig H. **How useful is the concept of quality of life in psychiatry?** *Curr Opin Psychiatry*. 1997;10(5):337-45
13. Marcos R. C. Ramos<sup>1</sup>, Carlos von Krakauer Hübner, *Rev.Fac.Ciênc.Méd. Sorocaba*,v.6,n.1,p.1-4,2004.
14. Moreira, C.S. **Esquizofrenia paranoide: relato de caso e revisão da leitura.** revista científica da FMC. 2008; 3(2).
15. Oliveira, R.M. **A realidade do viver com esquizofrenia.** *Rev. Brasileira de enfermagem*. 2012; 65(2): p. 309-316.
16. Pereira MAO, Pereira JRA. **Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família.** *Rev Esc Enferm USP* 2003;37(4):92-100.
17. Pita, J C N, **Especialização em saúde da família**, Una-SUS, 2009.
18. Semple, D.M.; Mcintosh A.M.; Lawrie, S.M. - **Cannabis as a risk factor for psychosis systematic review.** *J Psychopharmacol* 19(2): 187-194, 2005.
19. Trajano EMA. **Avaliação da concepção familiar sobre a esquizofrenia.** *Rev. Espaço Acadêmico* 2008;85(6):1-5.
20. Verdoux, H.; Tournier, M.; Cougnard, A. - **Impact of substance use on the onset of early psychosis.** *Schizophr Res* 79: 69-75, 2005.

## DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 14/04/2021

### Lara Morial Martins

Universidade de Franca  
Franca – São Paulo  
ID Lattes: 1238331231463493

### Mariany Corrêa Alves Lima

Universidade de Franca  
Franca – São Paulo  
ID Lattes: 9574638741845814

### Nathália Corsi Monfardini

Universidade de Franca  
Franca – São Paulo  
ID Lattes: 4810612198917885

### Maria Isabel de Melo Vieira Le Grazie

Professora do Curso de Medicina da  
Universidade de Franca  
ID Lattes: 4719608531792280

**RESUMO: OBJETIVO:** Objetiva-se nesta revisão, reunir conhecimentos e realizar uma atualização a respeito dos Transtornos Psíquicos no período pós-parto. Serão analisados e caracterizados os principais diagnósticos diferenciais nesse período. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:** O pós-parto é um período de muitas mudanças físicas, hormonais e psicossociais para as puérperas, tornando-as vulneráveis ao aparecimento ou agravamento de doenças. Dentre elas, os principais Distúrbios Psíquicos Puerperais que possuem elevada prevalência nesse momento

da vida da mulher são: Disforia do pós-parto, Depressão Pós-parto e Psicose Puerperal. Tais psicoses expõem as fragilidades maternas já pré-existentes, agravam as objeções de uma boa relação mãe-filho, e levam as puérperas à quadros clínicos severos psíquicos. Portanto, é essencial o conhecimento e entendimento acerca do tema para que haja a detecção precoce dessas doenças e das mulheres mais propensas a desenvolvê-las. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Entende-se, portanto, que o estudo acerca dos sinais e sintomas dos Transtornos Psíquicos puerperais, além de diagnóstico precoce, também é uma forma de reduzir seus danos no binômio mãe-filho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão Pós-parto, Período Pós-parto, Transtornos Psicóticos.

### POST-PARTUM DEPRESSION AND ITS DIFFERENTIAL DIAGNOSIS: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

**ABSTRACT: OBJECTIVE:** Objective in this review, gather knowledge and perform an update on the Psychic Disorder during the postpartum period. They will be analyzed and characterized the main differential diagnosis in this period. **BIBLIOGRÁFIC REVIEW:** The postpartum is a period of many physical changes, hormones and psychosocial for the puerperas, making them vulnerable to appearance or aggravating disease. Among them, the main Puerperal Psychic Disturbs that have high prevalence at this time of woman's life are the dysphoria of postpartum, postpartum depression and Puerperal Psycho and Psycho Puerperal Psycho. Such psychosis

exposes the pre-existing maternal frailties, aggravated the objections of a good mother-son relationship, and they bring the puerperas to severe psychic paintings. Therefore, it is essential the knowledge and understanding of the theme so that there is the premature detection of these diseases and the most prone to develop them. **FINAL CONSIDERATIONS:** It is understandable, therefore that the study of signs and symptoms of the Puerperal Psychic Disorder, also a way to reduce its damage to mother-son binomium.

**KEYWORDS:** Depression, Postpartum Period, Psychotic Disorders.

## 1 | INTRODUÇÃO

O período puerperal é marcado por grandes alterações nos aspectos hormonal, físico, psicológico, familiar e social, tornando a puérpera mais vulnerável ao aparecimento ou agravo de distúrbios psiquiátricos nesse estágio de sua vida (PITTA, 2012).

Segundo SILVA ET, BOTTI NCP (2005), dentre as alterações no aspecto hormonal, temos: mudanças repentinas no nível dos hormônios gonadais, no nível de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que possuem relação direta com o sistema de neurotransmissores (SILVA et al, 2017). No aspecto físico é necessária uma nova estruturação de seu corpo, que não se encaixa no padrão gravídico e nem no pré-gravídico, bem como de sua sexualidade. Já no aspecto psicossocial existe a mudança no padrão comportamental da mulher, que passa de filha para mãe, aumentando assim, suas responsabilidades diante de uma nova vida que depende completamente da sua (HARTMANN et al, 2017).

Outro aspecto que favorece o aparecimento de distúrbios psíquicos é a idealização da maternidade que é feita pela sociedade (SILVA et al, 2017). Porém, na prática, tal idealização nem sempre é alcançada visto que algumas mulheres passam por situações desconfortáveis, tais como trabalho de parto e a amamentação dolorosos, e as expectativas que lhes foram criadas, são seguidas de frustrações (SCHWENGBER DDS, PICCININI CA, 2003). Esse contexto faz com que elas tenham uma instabilidade emocional, migrando do estado eufórico para depressivo (CANTILINO et al, 2010).

De acordo com CAMACHO et al, em estudos recentes, os principais distúrbios mentais do puerpério são: disforia do pós-parto (*puerperal blues/ baby blues*), depressão pós-parto (DPP) e psicose puerperal. Entre outros menos prevalentes, estão: transtorno bipolar, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo e preocupação materna primária.

A disforia do pós-parto (*blues puerperal*) prevalece em 50 a 80% das puérperas, porém esse número não condiz com a realidade, uma vez que esse distúrbio é subdiagnosticado. É um estado benigno de início após uma semana de puerpério e autolimitado. O que a diferencia da DPP é que esta tem menor prevalência (10 a 20%), e tem início em torno da quarta semana do puerpério, tendo seu pico máximo de sintomas nos primeiros seis meses (HARTMANN et al, 2017). Embora a DPP seja menos prevalente que a *blues*, sua

morbimortalidade é maior.

De acordo com IACONELLI, a psicose puerperal acomete 2 em cada 100 puérperas. Surge após duas semanas pós-parto, sendo um quadro súbito e grave, necessitando alertar os parentes devido ao risco de vida para a mãe e para o filho. Como citado anteriormente, existem outras psicoses que possuem uma prevalência menor, tais como: o transtorno bipolar que é descrito por episódios recorrentes de depressão maior que variam com episódios de mania e hipomania; o transtorno de ansiedade é caracterizado por ataques de pânico recorrentes vinculados aos medos de ataques futuros; o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é composto por pensamentos agressivos e comportamentos compulsivos para amenizar os pensamentos agressivos e por fim, a preocupação materna primária que dura do final da gestação até o primeiro mês de vida, na qual a mãe apresenta uma hipersensibilidade às demandas de seu filho (MORAIS et al, 2017).

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo agregar conhecimentos e realizar uma atualização a respeito dos Transtornos Psíquicos no período puerperal. Caracterizando, dentre eles a disforia do pós-parto (*baby blues*), depressão pós-parto (DPP), psicose puerperal, transtorno bipolar, transtorno de ansiedade, transtornos obsessivo compulsivo e preocupação materna primária.

## 2 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Disforia do Pós-Parto (*puerperal blues/ baby blues*)

A disforia do pós-parto é classificada como um estado depressivo não patológico, leve e transitório que acomete cerca de 50 a 80% das puérperas. Normalmente, ela se inicia no primeiro dia de puerpério, atingindo seu pico de sintomas máximos entre quarto e quinto dia e tem duração de aproximadamente uma semana a dez dias, sendo no geral com regressão espontânea (SILVA et al, 2017).

Entre os fatores de risco para o aparecimento deste distúrbio, encontram-se a fadiga por insônia, o esgotamento emocional da mãe, a angústia presenciada durante a gestação, a mudança visual do corpo, o baixo nível socioeconômico, a falta de suporte familiar e por fim, mudanças hormonais pelas quais a mulher passa (HARTMANN et al, 2017). Em contrapartida, histórico familiar de transtorno de humor e histórico pessoal de transtornos de humor não são fatores de risco associados a esta patologia.

O *puerperal blues* é uma condição benigna e seu quadro se caracteriza por choro fácil, instabilidade afetiva, irritabilidade, indisposição/fadiga, sensação de incapacidade perante os cuidados com o bebê, dificuldade de concentração. Na literatura atual, ainda não existe consenso a respeito da possibilidade ou não de um humor deprimido (PITTA, 2012).

Por não se tratar de um quadro muito agressivo, ausência de pensamentos suicida e

de agressão ao bebê, a disforia do pós-parto não necessita de intervenção farmacológica, sendo necessário somente o tratamento com psicoterapia (SILVA ET, BOTTI NCP 2005). Tal abordagem visa auxiliar no suporte emocional adequado, compreensão e ajuda nos cuidados com o recém-nascido.

### **Depressão Pós-Parto (DPP)**

A depressão pós-parto é caracterizada como um transtorno psíquico que seus sintomas variam de moderado a severo e possui um início insidioso, de semanas a meses após o parto. Sua prevalência é de aproximadamente 10 a 15%, porém por ser um quadro mais grave, sua morbimortalidade é maior em relação à Disforia do pós-parto (IACONELLI, 2005).

Os fatores de risco para DPP são histórico pessoal de depressão e ansiedade antes ou durante a gestação, relacionamento conjugal e familiar conflituosos, histórico familiar de transtornos psiquiátricos, complicações obstétricas, parto prematuro, história de abuso sexual e relação, gravidez não desejada, mãe solteira, mães que perderam filhos anteriores ou crianças que apresentaram anomalias congênitas (CANTILINO et al, 2010).

O quadro clínico da depressão nesse estágio da vida é marcado por humor deprimido, tristeza, choro fácil, anorexia, labilidade emocional, distúrbios do sono (caracterizados principalmente por insônia inicial e pesadelos), ideias suicidas, perda do interesse sexual e baixa interação entre mãe e bebê (IACONELLI, 2005).

Por se tratar de um quadro severo e agudo, a maioria das pacientes necessita de acompanhamento psicológico, com terapia cognitivo-comportamental (TCC), e psiquiátrico (CAMACHO et al, 2006). Além de, em alguns casos, uso de medicações antidepressivas e eletroconvulsoterapia.

### **Psicose Puerperal**

A psicose do pós-parto constitui-se de um distúrbio de humor psicótico marcado por perturbações mentais graves. Sua prevalência é muito baixa, variando de 0,1 a 0,2% das puérperas (PITTA, 2012). Este quadro possui um início repentino, que surge em duas a três semanas pós-parto.

Entre os fatores de risco para psicose puerperal, estão principalmente, primíparas, complicações obstétricas, e histórico prévio, pessoal ou familiar, de transtornos psiquiátricos, principalmente outros transtornos psicóticos.

Os sintomas iniciais são confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas. É comum também, a perda do senso de realidade, delírios e alucinações visuais e auditivas, sendo uma situação de risco para ocorrência de infanticídio (MORAIS et al, 2017). Em geral, nos momentos de surto, o bebê não existe para a mãe. A psicose causa uma angústia repulsiva, gerando rituais obsessivos e pensamentos desconexos.

Normalmente, o bom prognóstico desse distúrbio depende de uma identificação precoce do quadro e das intervenções que são aplicadas à paciente. Dentre essas intervenções estão uma adequada psicoterapia, eletroconvulsoterapia e, em casos especiais, internações (maior risco à vida) (IACONELLI, 2005).

### **Transtorno Bipolar**

O transtorno bipolar é marcado por episódios recorrentes de depressão maior, que mesclam com episódios de mania ou hipomania. O quadro clínico da mania ou hipomania é caracterizado por um humor alegre ou irritado, autoestima aumentada, planos aumentados com dificuldade de concentração (CANTILINO et al, 2010). Geralmente, esses episódios estão vinculados a uma diminuição de julgamento e a uma quebra de relacionamentos. Os fatores de piora desse distúrbio são: uso de antidepressivos, abuso de álcool, alucinações e início prematuro do aparecimento do primeiro episódio depressivo (SILVA ET, BOTTI NCP 2005).

### **Transtorno de Ansiedade**

Esse transtorno geralmente é agravado nos primeiros meses após o parto e sua incidência é maior nesse período da vida comparado aos outros. Ele é marcado por eventos de medo e incômodos, com duração de cinco a quinze minutos, associados a crises adrenérgicas (palpitações, sudorese e dispneia), bem como náuseas, desconforto abdominal, ondas de calor e receio de perder o controle da situação (HARTMANN et al, 2017). É comum que essas pacientes tenham medo de novos ataques futuros e isso traz um forte prejuízo a suas atividades habituais, uma vez que algumas desenvolvem um quadro de agorafobia (evitam lugares e circunstâncias que lhes tragam medo) (SILVA et al, 2017).

### **Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)**

Literaturas recentes comprovam que as modificações hormonais e psicossociais da gravidez são responsáveis diretas pelo aparecimento ou agravamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Sua prevalência gira em torno de 3% das puérperas (MORAIS et al, 2017). Seu quadro geralmente dura mais de uma hora e gera um prejuízo nas atividades diárias dos pais. As obsessões e compulsões abrangem o recém-nascido e são caracterizadas por medos de situações danosas ou prejudiciais ao bebê, levando os pais a um pensamento hostil relacionado à contaminação e situações ofensivas ao bebê fazendo com que eles sejam compulsivos em limpar, lavar e checar as condições de vida do recém-nascido (PITTA, 2012). Deve-se enfatizar que esse distúrbio não se correlaciona com o comportamento infanticida.

### **Preocupação Materna Primária**

Tal período se inicia ao final da gestação e vai até o primeiro mês de vida do bebê. Nesse intervalo, a mulher encontra-se hipersensível diante das carências do filho, sendo

comparado com a esquizóide fora do período gravídico e puerperal (CAMACHO et al, 2006). É comum que essas mães estejam em constante agitação e isso prejudica a sua relação com seus filhos, uma vez que elas não interpretam adequadamente as demandas do recém-nascido e o mantém em constante situação de alerta.

### 3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto acima, conclui-se que as psicoses puerperais são distúrbios de alta prevalência na prática médica. Diante do exposto acima, conclui-se que as psicoses puerperais são distúrbios de alta prevalência na prática médica. Muitas vezes, as patologias descritas nesta revisão são subdiagnosticadas ou diagnosticadas tardiamente, uma vez que os sintomas são muito semelhantes, implicando em um prejuízo na relação do binômio mãe-bebê. Dessa forma, torna-se imprescindível o estudo e o entendimento desse tema, para que possa ser realizada a detecção precoce e o manejo correto desses distúrbios nas mulheres com maior propensão ao desenvolvimento dessas patologias.

### REFERÊNCIAS

CAMACHO RS, et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento.** Rev. Psiq. Clín. 2006; 33(2): 92-102.

CANTILINO A, et al. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto.** Rev. Psiq. Clín. 2010; 37(6): 278-84.

HARTMANN JM, et al. **Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados.** Caderno de Saúde Pública, 2017; 33(9): 1-8.

IACONELLI V. **Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna.** Revista Pediatria Moderna, 2005; 41(4): 17.

MORAIS AODS, et al. **Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais.** Caderno de Saúde Pública, 2017; 33(6): 1-13.

PITTA JCN. **Fundamentação teórica: Depressão no puerpério.** UNA-SUS, 2012; 6(1): 22-28.

SCHWENGBER DDS, PICCININI CA. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.** Estudos de Psicologia 2003; 8(3): 403-411.

SILVA MAP, et al. **Tristeza maternal em puérperas e fatores associados.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2017; (18): 08-13.

SILVA ET, BOTTI NCP. **Depressão puerperal – uma revisão da literatura.** Revista eletrônica de enfermagem, 2005; 2(7): 231-238.

## FATORES PREDITORES DE DELIRIUM NO DOENTE ADULTO INTERNADO NUMA UCI: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 06/05/2021

### Ana Rita Pascoal

Centro Hospital Universitário de Coimbra  
Coimbra, Portugal

### Cristiana Filipa de Pinho Oliveira

Fundação Cónego Filipe de Figueiredo  
Estarreja, Portugal

### Débora Raquel Albuquerque Pereira

Vitalia Residência Sénior  
Vila Nova de Gaia, Portugal

### Ricardo Filipe da Silva Andrade

Centro Médico de Estarreja  
Estarreja, Portugal

### Sara Catarina Ramos Gonçalves

Kettering General Hospital  
Kettering, Inglaterra

### João Filipe Fernandes Lindo Simões

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de Aveiro (iBiMED)  
Aveiro, Portugal  
ORCID: 0000-0002-4989-2252

**RESUMO:** O *Delirium* é uma disfunção neurológica aguda frequente em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos. Apesar da sua grande prevalência, estudos recentes indicam que é constantemente subdiagnosticado, pelo que é essencial o conhecimento dos seus

fatores preditores, possibilitando a redução da morbidade e mortalidade associadas. Com este estudo, pretende-se identificar os sinais e sintomas que prognosticam o *Delirium* e determinar as características dos doentes que revelam risco de o vir a desenvolver, assim como as respetivas intervenções de enfermagem. Foi realizada uma Revisão integrativa da Literatura em que se procedeu a uma pesquisa de estudos científicos publicados em bases de dados disponíveis através dos MeSH Terms identificados e à aplicação de critérios de inclusão, exclusão e aplicação de uma escala para avaliação da qualidade dos artigos, resultando numa amostra final de 4 artigos. Verificou-se que a incidência do *Delirium* varia entre 26,1% e 80,0%, com vários fatores de risco associados: idade avançada, história de consumo de álcool, tempo de internamento prolongado, necessidade de Ventilação Mecânica, presença de sedação ou analgesia, dispositivos invasivos e défices sensoriais. A incidência de *Delirium* nas Unidades de Cuidados Intensivos é elevada, atingindo valores muito significativos, sendo que os fatores associados estão bem identificados na literatura da especialidade, sendo importante que os Profissionais de Saúde os tenham em consideração para adequarem as suas intervenções, a fim de favorecer a diminuição da incidência desta disfunção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Críticos; *Delirium*; Unidades de Cuidados Intensivos; Cuidados de Enfermagem; Transtornos Neurocognitivos.

## PREDICTIVE FACTORS OF DELIRIUM IN HOSPITALIZED ADULT PATIENTS IN ICU: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** Delirium is considered a common acute neurological dysfunction in hospitalized patients in Intensive Care Units. Despite of its high prevalence, recent studies indicates that delirium is constantly underdiagnosed, for that reason is essential to know its predictive factors to reduce its morbidity and mortality. It is intended with this study acknowledge the signs and symptoms that predict delirium, to determine the clinical features of patients at risk of developing delirium and the required nursing interventions. An Integrative literature review was carried out searching for scientific studies published in the databases available, we used the previous identified MeSH Terms and we applied some inclusion and exclusion criteria that we considered pertinent. After that, a scale to determine the quality of each remaining article was used and resulted in a final sample of 4 articles. It was concluded that the delirium's incidence varies between 26,1% and 80,0%, with multiple associated factors: advanced age; history of alcohol consumption; prolonged hospital stays; sensory deficits; use of mechanical ventilation, sedation, analgesia and invasive therapy. The incidence of delirium in Intensive Care Units is high, reaching very significant levels, the associated factors are well identified in the speciality literature and for that reason it is crucial that healthcare professionals take them into account and adapt their interventions to reduce the incidence of this dysfunction.

**KEYWORDS:** Critical Care; Delirium; Intensive care units; Nursing Care; Neurocognitive Disorders.

### 1 | INTRODUÇÃO

O *delirium* é uma alteração cognitiva, definida por início agudo e curso flutuante, caracterizando-se por alterações no discurso associado a perturbação da consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento (DELVO-FAVRE, 2016). Segundo FARIA et al. (2003), é a forma mais comum de disfunção do sistema nervoso central em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e afeta até 80% dos doentes, estando associado a um aumento significativo da morbidade e da mortalidade do doente crítico.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), os critérios fulcrais para o diagnóstico de *delirium* são os seguintes: (1) constituir-se uma perturbação da consciência (por exemplo, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com redução da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção; (2) manifestar-se por alteração na cognição (tal como défice de memória, desorientação e perturbação da linguagem) ou desenvolvimento de perturbação da percepção, que não é mais bem explicada por demência preexistente, estabelecida ou em evolução; (3) desenvolver-se ao longo de um curto período de tempo (habitualmente de horas a dias) e com tendência a flutuações no decorrer do dia, e por fim (4) existir a evidência, a partir de história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é devida a causas fisiológicas diretas de uma condição médica geral.

Apesar de ser verificada uma alta taxa de prevalência e de ter um impacto negativo relevante, o *delirium* é frequentemente desvalorizado e não reconhecido da mesma forma que outra disfunção de órgão. A atenção prestada ao *delirium* em ambiente de cuidados intensivos é recente e, por isso, os dados são ainda escassos. Sabe-se que esses doentes têm um maior número de fatores de risco, o que deve ser tomado em consideração para uma abordagem multifatorial.

O ambiente típico de uma UCI representa um fator de risco em si mesmo, nomeadamente pela ausência de iluminação natural, ausência de relógios, perturbação dos padrões de sono e vigília, e pelo isolamento do doente. Desta forma, este tema é de extrema importância na prática dos enfermeiros pois além de ser um preditor de intercorrências como autoextubação, remoção de cateteres, tempo de internamento hospitalar prolongado, aumento dos custos, mortalidade aos 6 meses e 1 ano e compromisso cognitivo a longo prazo, aumenta a carga de trabalho destes e a pressão para lidar com o utente com *delirium* (HENAO-CASTAÑO & AMAYA-REY, 2013).

Baseado no que foi acima descrito, pareceu-nos importante o estudo desta temática, definindo-se como questão de investigação “Quais os fatores preditores de *delirium* e respetivas intervenções de enfermagem nos doentes adultos internados numa UCI?”. Assim esta questão foi formulada com o intuito de obter respostas e ampliar conhecimentos, que contribuam para a clarificação e compreensão de um problema sobre o qual, devido a esses fatores, tem crescido progressivamente o interesse, a investigação e os conhecimentos nos últimos anos.

Para responder à questão de investigação pretende-se, através de um processo de pesquisa, seleção, organização e síntese de estudos primários sobre o fenómeno, e a partir do conhecimento deles extraído, identificar os sinais e sintomas do *delirium*, as escalas de avaliação mais utilizadas e eficazes na identificação da presença desta síndrome, bem como as intervenções que devem ser adotadas pelos enfermeiros no sentido de evitar o seu surgimento. Deste modo, o presente documento segue uma estrutura definida, apresentando inicialmente o enquadramento teórico, depois a metodologia, seguido da apresentação dos resultados e por último a discussão.

## 2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida para responder à questão de investigação: Quais os fatores preditores de *Delirium* e respetivas intervenções de enfermagem nos doentes adultos internados numa UCI? Assim, inicialmente foi realizado o levantamento bibliográfico dos artigos indexados, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Medline, Medclatina, Pubmed e Scielo, utilizando chaves de pesquisa que incluíram os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados Críticos, Cuidados

de Enfermagem, Delírio, Transtornos Neurocognitivos e Unidades de Terapia Intensiva. Obtiveram-se no total 160 artigos, aos quais foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: a disponibilização integral do documento; data de publicação do artigo posterior a 2008; artigos escritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos os artigos que não responderam à questão de investigação, os duplicados, os que não tinham como objeto de estudo os doentes adultos internados na UCI e as revisões integrativas/sistemáticas da literatura. O procedimento de aplicação dos critérios de inclusão e exclusão encontra-se sistematizado na Figura 1.

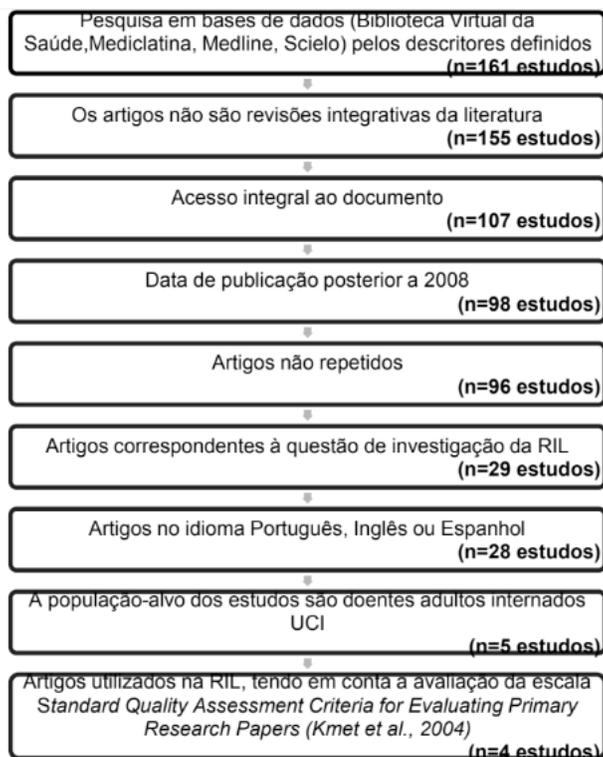


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção

Após este processo e da avaliação da qualidade por 2 avaliadores independentes, através da *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers* (KMET, LEE & COOK, 2004), resultou uma amostra final de 4 artigos. A Tabela 1 apresenta o score final obtido de cada um dos artigos segundo a escala de avaliação referida.

	<b>Avaliador 1</b>	<b>Avaliador 2</b>	<b>Média</b>
<b>ARTIGO 1:</b> (SOSA et al.,2017)	0,727	0,545	0,636
<b>ARTIGO 2:</b> (MESA et al., 2017)	0,818	0,818	0,818
<b>ARTIGO 3:</b> (KANOVA et al. 2017)	0,773	0,727	0,75
<b>ARTIGO 4:</b> (MORI et al., 2016)	0,909	0,636	0,772
<b>ARTIGO 5</b> (PEREIRA et al., 2016)	0,955	0,727	0,841

Tabela 1. Avaliação da qualidade dos artigos segundo a Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Paper (KMET, LEE & COOK, 2004).

Após este procedimento, foi realizada uma leitura interpretativa e análise dos artigos selecionados, com a finalidade de extrair dados cruciais para a concretização da pesquisa.

## 3 | RESULTADOS

### 3.1 Caracterização global da amostra (estudos)

A Tabela 2, apresenta a sistematização dos artigos segundo o título, os autores, a amostra, ano, país de origem, tipo de estudo (quantitativo/qualitativo), o processo de seleção da amostra (aleatória ou por conveniência) e a base de dados onde foi realizado o acesso ao artigo.

Assim, verificámos que três dos estudos incluídos são quantitativos, nomeadamente, estudos de coorte prospetivos com uma amostra variável entre 149 (MORI et al., 2016) e 284 (KANOVA et al., 2017) doentes internados em unidades de cuidados intensivos. Estes estudos foram concretizados em hospitais do Brasil (MORI et al., 2016), do Uruguai (MESA et al., 2017) e da República Checa (KANOVA et al., 2017), tendo a duração de um ano em dois dos casos (KANOVA et al., 2017; MESA et al., 2017).

O estudo realizado numa unidade de cuidados intensivos de nível II, em Lisboa, Portugal consiste num estudo exploratório-descritivo, apresentando uma amostra total de 57 doentes e 96 avaliações.

Artigo	Amostra	Ano	País	Tipo de estudo	Tipo de amostragem	Base de dados
<i>Delirium em uma unidade de terapia intensiva latino-americana</i>	230 doentes	2015	Uruguai	Quantitativo (Observacional, estudo de coorte prospetivo)	Conveniência	SciELO
<i>Incidence and risk factors for delirium development in ICU patients</i>	284 doentes	2017	República Checa	Quantitativo (Observacional, estudo de coorte prospetivo)	Conveniência	Pubmed
<i>Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva</i>	149 doentes	2012	Brasil	Quantitativo (Observacional, estudo de coorte prospetivo)	Conveniência	SciELO
<i>Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros</i>	57 doentes	2016	Portugal	Estudo exploratório-descriptivo	Conveniência	SciELO

Tabela 2. Sistematização das principais características dos estudos selecionado

### 3.2 Análise interpretativa dos artigos

A categorização da informação resultante da análise dos estudos incluídos na presente revisão encontra-se apresentada de forma esquematizada na Tabela 3.

Apesar de existir variabilidade nas amostras estudadas, todos os estudos referem a existência de *delirium* durante o internamento em UCI. Segundo os mesmos, a incidência de *delirium* varia entre 26,1% (KANOVA et al., 2017) e 80 % (MESA et al, 2017) em doentes internados em UCI de Ostrava, República Checa (Europa) e Montevidéu, Uruguai (América do Sul), respetivamente. No Hospital de São Paulo, Brasil (América do Sul), a incidência de *delirium* foi de 46,3% (MORI et al., 2016). No artigo realizado em Lisboa, Portugal (Europa) (PEREIRA et al., 2016) 35% dos doentes apresentaram *delirium*.

No estudo desenvolvido por MESA et al. (2017) é possível verificar que os primeiros sinais de desenvolvimento de *delirium* se manifestam, em média, após 3,6 dias de internamento na UCI, com sintomatologia com uma duração média de 4 dias nestes doentes. Os investigadores conseguiram concluir que fatores como o sexo e a idade têm influência no desenvolvimento da patologia, sendo que a sua incidência em doentes do sexo masculino (117 do total de 140) e com idade superior a 65 anos (104 em 115 doentes) foi significativamente mais elevada. Outro dos fatores pertinentes demonstrados foi a relação proporcional estabelecida entre a maior duração da ventilação mecânica dos doentes e o surgimento da patologia ou a morte, sendo que os autores apenas incluíram em estudo doentes com necessidade de ventilação mecânica por um período superior a 48 horas. O tempo médio de internamento foi uma das variáveis estudadas, com MESA et al.

(2017) a concluírem que doentes com sintomatologia de *delirium* apresentaram um tempo de internamento superior em cerca de 5 dias relativamente ao grupo que não demonstrou a sintomatologia.

Para além das variáveis descritas anteriormente, os autores conseguiram estabelecer relações entre os antecedentes dos doentes no que diz respeito a consumo de álcool, tabagismo ou distúrbios do foro psiquiátrico em que é demonstrada uma incidência superior nestes doentes.

KANOVA et al. (2017) apresentam resultados que demonstram sintomatologia de *delirium* com uma incidência superior em doentes do sexo masculino (78%) e em tempos de internamento superiores face ao grupo que não apresentou essa sintomatologia. Estes autores mostram que o tipo de internamento tem um papel importante no desenvolvimento de *delirium*, sendo que, dos doentes admitidos e que apresentaram a sintomatologia associada, a taxa de incidência foi de 60% em doentes do foro médico, 69% do trauma e de apenas 16% do foro cirúrgico.

Também estes investigadores estabeleceram relações com os antecedentes pessoais e as circunstâncias do internamento dos doentes, em que se concluiu que história de hábitos tabágicos e alcoólicos são fatores importantes para a precipitação da patologia, bem como o uso de sedativos e vasopressores na UCI. A necessidade de Ventilação artificial é considerada um dos fatores de risco neste estudo, uma vez que, dos doentes que desenvolveram *delirium*, 82% estiveram temporariamente ventilados, sendo que do grupo que não desenvolveu a patologia, apenas 16% tiveram essa necessidade. No grupo que desenvolveu *delirium* a duração de ventilação também foi substancialmente maior, com uma média de 73 horas, bem como o tempo de internamento que varia, em média, entre os 12 dias neste grupo, contra os 2 dias nos doentes que não desenvolveram qualquer sintomatologia.

O estudo de MORI et al. (2016) revela que 46,3% dos doentes internados na UCI desenvolveram *delirium*, sendo que, a idade média se fixou nos 65 anos (contra os 54 do grupo sem *delirium*), predominantemente do foro clínico e 60,9% foram indivíduos do sexo masculino.

Os autores estabelecem relações estatisticamente significativas no que diz respeito ao uso de ventilação mecânica, restrições físicas e uso de opioides e sedativos que revelam uma maior taxa de incidência da patologia. Apesar disso, a presença de restrição física, não foi considerada um fator de risco, já que a informação acerca do momento da aplicação da mesma não estava disponível.

Como fatores modificáveis pela equipa de enfermagem, segundo o estudo realizado por PEREIRA et al. (2016) foram apresentados a má nutrição, a desidratação e a utilização de dispositivos invasivos. 46,94% dos doentes com *delirium* apresentavam cateter venoso central e 39,13% linha arterial. A presença de sonda vesical também foi considerada um fator que contribuiu para a ocorrência de *delirium*. Associada à presença

destes dispositivos, encontra-se o desenvolvimento de infeções, podendo por isso, ser compreendida como um fator modificável a que os enfermeiros devem estar especialmente atentos. Os autores também verificaram uma maior incidência desta alteração em doente com défices sensoriais (auditivos e visuais).

Com a análise dos estudos constata-se que do *delirium* desenvolvido pelos doentes internados na UCI, no estudo de KANOVA et al. (2017) 49% é do tipo hiperativo, 31% misto e 20% hipoativo, enquanto que MESA et al. (2017) registam 6% do primeiro, 89% do tipo misto e 5% do tipo hipoativo.

Em relação às escalas de avaliação e monitorização do *delirium* utilizadas, 100% dos artigos recorreram à escala CAM-ICU, com o objetivo de identificar a presença ou não de *delirium* e 2 artigos utilizaram a RASS, para identificação do nível de consciência.

<b>Artigo</b>	Delirium em uma unidade de terapia intensiva latino-americana.	Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva.	Incidence and risk factors for delirium development in ICU patients.	Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros.
<b>Amostra</b>	230 doentes, internados numa UCI entre 20 de abril de 2014 a 20 de abril de 2015, no Hospital Pasteur, em Montevidéu, Uruguai.	149 doentes, internados num Hospital Universitário de nível quaternário do município de São Paulo, no período de 2 de janeiro a 19 de junho de 2012	284 doentes com idade $\geq$ 18 anos, internados numa UCI com seis camas no Hospital Universitário de Ostrava entre fevereiro de 2014 e fevereiro de 2015	57 doentes internados numa UCI no Hospital Garcia da Horta em Lisboa, Portugal, entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016.
<b>Objetivos</b>	Estabelecer a prevalência de <i>delirium</i> em uma UTI geral do Uruguai e identificar os fatores preditores de <i>delirium</i> e a mortalidade associada.	Identificar a incidência do <i>delirium</i> , comparar as características demográficas e clínicas dos doentes com e sem <i>delirium</i> e verificar fatores relacionados ao <i>delirium</i> em doentes críticos.	Avaliar a incidência de <i>delirium</i> e respetivos fatores de risco em um grupo misto de trauma, doentes médicos e cirúrgicos em UCI.	Identificar os fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros, associados ao desenvolvimento de <i>delirium</i> nos doentes internados numa UCI nível II de um hospital central.
<b>Sinais e Sintomas</b>	Hiperatividade; Agitação; Labilidade emocional; Responsividade Diminuída; Apatia; Letargia; Diminuição da atividade motora; Fala incoerente; Falta de interesse em interação em razão de falta de atenção; Alucinações e ilusões	Agitação;	Não descreve	Não descreve

<p><b>Fatores de Risco</b></p>	<p>Idade ≥ 65 anos; Consumo de álcool; Período pós-operatório; Dias de VM &gt;7; Mortalidade; Longa permanência no hospital; Sexo masculino</p>	<p>Uso de sedativos e analgésicos (midazolam, morfina e propofol); Idade avançada; VM; Idade</p>	<p>Score APACHE II; Tipo de internamento; Uso de sedativos (propofol e benzodiazepinas) e vasopressores; VM; Sexo masculino; Abuso de álcool; Idade ≥ 65 anos; Admissão por trauma; Duração do internamento</p>	<p>Má nutrição Desidratação Presença de dispositivos invasivos Infecção Défices sensoriais não compensados Administração de benzodiazepinas e propofol VM Hipercapnia</p>
<p><b>Escala de Avaliação Utilizada</b></p>	<p>Confusion Assessment Method for intensive care units (CAM-ICU); RASS.</p>	<p>CAM-ICU</p>	<p>CAM-ICU; RASS</p>	<p>CAM-ICU RASS</p>
<p><b>Intervenções de enfermagem</b></p>	<p>Uso rotineiro das ferramentas RASS e CAM-ICU; ABCDE Care Bundle</p>	<p>Utilização das drogas sedativas em níveis mínimos, suficientes para o conforto e segurança dos doentes.; Início precoce da mobilização física; ABCDE Bundle</p>	<p>Utilização rotineira da escala de avaliação CAM-ICU</p>	<p>Promover a nutrição e hidratação. Manutenção de cuidados de higiene oral. Estimular a utilização de próteses dentárias, visuais e auditivas. Minimização da utilização de dispositivos invasivos; Prestação de cuidados tendo em conta a prevenção e controlo de infeção; Promoção do contacto com os familiares; Gestão e monitorização da medicação que atua a nível do SNC.</p>

<b>Resultados</b>	A incidência de <i>delirium</i> foi de 184 doentes com <i>delirium</i> num total de 230 doentes. (78,7%)	Em 149 doentes, 69 (46,3%) apresentaram <i>delirium</i> durante o internamento na UCI.	A incidência de <i>delirium</i> foi de 26,1%, com trauma e doentes médicos sendo mais propensos a desenvolver <i>delirium</i> do que doentes cirúrgicos.	A má nutrição, a desidratação, a presença de dispositivos invasivos e de infeção foi associada ao desenvolvimento de <i>delirium</i> . Sendo todos fatores modificáveis pela intervenção do enfermeiro, emerge a importância de cuidados que previnam este risco.
<b>Conclusões</b>	O presente estudo confirmou os fatores específicos importantes para <i>delirium</i> e o desfecho óbito entre doentes admitidos a uma unidade de terapia intensiva geral. Em ambas as análises, identificamos que a duração da ventilação mecânica é um preditor de desfechos desfavoráveis.	Os resultados mostram elevada incidência de <i>delirium</i> na UTI associada à idade avançada e ao uso de sedativos e analgésicos, salientado a necessidade de cuidados de enfermagem relevantes para prevenir e identificar precocemente doentes que apresentam as presentes características.	Com a realização do estudo, os autores concluíram que doentes com maior risco de desenvolver <i>delirium</i> apresentam mais frequentemente doenças graves e complicações.	A equipa de enfermagem podem advertir para a implementação de medidas que diminuam o risco de desenvolvimento de <i>delirium</i> . Para isso, segundo os autores, é importante a sistematização da avaliação do <i>delirium</i> nos doentes internados em UCI.

Tabela 3. Tabela de categorização da informação resultante da análise dos estudos incluídos na presente revisão

## 4 | DISCUSSÃO

Através da análise dos artigos, podemos evidenciar que a taxa de incidência de *delirium* na UCI, apresentada nos 4 artigos, varia entre 26,1% a 80%. A diferente incidência poderá estar relacionada com a composição e tipologia de doentes em estudo, protocolos institucionais em vigor, medidas terapêuticas aplicadas, escalas utilizadas para a avaliação, como referido no artigo por MORI et al. (2016), e também, segundo MESA et al. (2017), por interpretação dos dados clínicos recolhidos.

Segundo o estudo realizado por MESA et al. (2017), a elevada incidência de *delirium* na UCI encontra-se associada com o aumento da mortalidade, sendo referido que esse risco aumenta 10% por cada dia em que o doente se encontra com esta síndrome, num período de 6 meses a 1 ano. Este facto não é confirmado pelos outros 2 estudos, que defendem não haver relação entre a presença de *delirium* e o aumento da mortalidade, mas sim com o aumento da morbilidade e do tempo de internamento do doente na UCI.

LEEPER (2014) menciona que umas das consequências da presença desta alteração cognitiva é o aumento da mortalidade e de demência, além diminuir a funcionalidade a longo prazo. O aumento da mortalidade é explicado pelo maior tempo de internamento e consequentemente do risco iatrogénico de morte (SAMPSON & VICKERSTAFF, 2018).

Relativamente aos fatores preditores de *delirium*, a totalidade dos artigos analisados refere a idade avançada, sendo fortemente suportada pela diversa literatura acerca da temática (INOUYE, TULEBAEV & FONG, 2009). No artigo realizado por MORI et al. (2016) é referido que a cada 1 ano de vida a possibilidade de o doente desenvolver *delirium* aumenta 4%. De acordo com MESA et al. (2017), a idade avançada encontra-se relacionada com múltiplas comorbilidades (como demência, por exemplo), a administração prévia de benzodiazepínicos antes da admissão na UCI, níveis elevados de creatinina e baixo pH arterial, que contribuem para o desenvolvimento de *delirium*.

A utilização de restrição física, foi referida por MORI et al. (2016) como um fator preditor de *delirium* na UCI. Segundo este estudo, a sua concretização aumenta 44,3% o risco do doente desenvolver *delirium*, pelo que se torna essencial que a equipa de enfermagem avalie a real necessidade da sua aplicação.

A gravidade da doença, avaliada segundo o *score APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)*, também foi referida em 2 estudos como fator preditor de *delirium*. O artigo realizado por MORI et al. (2016), não encontrou esta associação, apesar dos doentes apresentarem situação clínica mais grave. Face a este pressuposto denota-se a importância da utilização de escalas de avaliação de risco, de forma a identificar a probabilidade de desenvolvimento de *delirium*. Este score é muito utilizado em UCI e tem como objetivos avaliar a gravidade da situação clínica do doente, o seu prognóstico e a respetiva probabilidade de óbito através de dados clínicos, laboratoriais e fisiológicos observados na admissão e nas 24h seguintes (BERSTEN, 2009).

A ventilação mecânica foi considerada pela totalidade dos artigos um fator de risco. Consoante o estudo realizado por KANOVA et al. (2017), da totalidade dos doentes que desenvolveram *delirium*, 82% encontravam-se com necessidade de uso de ventilação mecânica.

No que diz respeito à associação da analgesia e sedação utilizada e desenvolvimento de *delirium*, 3 dos estudos denotam a administração de benzodiazepinas e propofol como fatores de risco. No estudo concretizado por MESA et al. (2017), esta relação não é confirmada por haver no serviço uma política restritiva quanto à administração de analgesia e sedação (*ABCDEF bundle- The Awakening and Breathing Coordination, Delirium monitoring/management and Early exercise/mobility, Family engagement and empowerment*), que permite que o tempo de analgesia e sedação seja menor. Esta comparação demonstra a importância da adoção destas 6 intervenções, onde se inclui a avaliação e controlo da dor, início do desmame ventilatório o mais precocemente possível com interrupção da sedação e analgesia, reavaliação da necessidade de analgesia e sedação, avaliação e prevenção

do *delirium*, início precoce da mobilização, e por fim envolver a família na prestação de cuidados (NAPOLITANO & KELLUM, 2017).

Os fatores de risco identificados pelos estudos, podem ser divididos em 3 grupos: fatores pré-existentes, iatrogénicos e relacionados com a presença de patologias concomitantes. Como fatores pré-existentes temos história de demência, hipertensão arterial, consumo de álcool, idade (>65 anos), sexo masculino e alterações sensoriais, tais como cegueira e surdez. Relativamente aos fatores iatrogénicos temos o uso de drogas psicoativas, a restrição física, o uso de analgésicos, a cirurgia de emergência, a VM, administração de vasopressores, o tempo de internamento, o período pós-operatório e a presença de dispositivos invasivos. Quanto à patologia concomitante está incluído a acidose metabólica, o alto score APACHE II, a admissão por trauma, o coma, a demência, as síndromes coronarianas agudas, infeção e a falência multiorgânica. De acordo com LEEPER (2014), é a relação entre estes fatores que condiciona a probabilidade de vir a ocorrer o desenvolvimento de *delirium*.

Através da concretização da revisão dos artigos, podemos demonstrar que a utilização da *CAM-ICU (Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit)* é largamente aplicada e eficaz na deteção e monitorização do doente com *delirium*, consistindo numa ferramenta importante na prática clínica para o diagnóstico precoce desta alteração na UCI. Por ser uma escala que avalia a atenção, agitação, confusão mental e a linguagem, possui alta sensibilidade para a deteção de *delirium* e, segundo KHAN et al. (2017), é altamente recomendada a sua aplicação, para deteção precoce e segura, sendo compatível com o facto de todos os artigos avaliados recorrem a esta escala. Além da utilização desta escala, denotou-se a importância da avaliação através da *RASS (The Richmond Agitation and Sedation Scale)* de forma a detetar o nível de sedação do doente, e só depois ser aplicada a avaliação através da *CAM-ICU*, sendo que, também esta escala é utilizada em todos os artigos analisados.

Os sinais e sintomas referentes ao *delirium* encontrados nos estudos analisados foram agitação, inquietude e labilidade emocional no caso do *delirium* hiperativo, e resposta diminuída a estímulos externos, apatia, letargia, diminuição da atividade motora, fala incoerente e falta de interação e de atenção no *delirium* hipoativo (MORI et al., 2016). Além disso, os doentes apresentaram ilusões e alucinações. Estas alterações são suportadas pela literatura (ELY & PAGE, 2011).

No que se refere às intervenções de enfermagem, no estudo efetuado por MORI et al. (2016) é referido que o facto do enfermeiro orientar, chamar o doente pelo seu primeiro nome, informar o local onde se encontra e a sua evolução clínica, contribui para diminuir a incidência de *delirium* entre os doentes. MORI et al. (2016) mencionam também a importância de intervenções que diminuam a necessidade de dispositivos de restrição mecânica, como a administração de doses estritamente necessárias de sedativos, suficientes para o conforto e segurança do doente.

A monitorização da dor é outra das intervenções essenciais por parte do enfermeiro, para melhorar a adequação do uso de analgésicos e sedativos, que como foi afirmado tem influência no desenvolvimento de *delirium* (MORI et al., 2016). Em conformidade com todos os artigos analisados, a prática de enfermagem baseada na ABCDE *bundle*, permite a minimização da exposição do doente a sedativos, o que reduz a necessidade de ventilação mecânica invasiva e, conseqüentemente conduz ao controlo da incidência de *delirium* nos doentes internados na UCI. A implementação deste protocolo permitiu a redução da incidência de *delirium* de 62,3% para 48,7% (MORI et al., 2016).

O estudo concretizado por PEREIRA et al. (2016) refere ainda a importância da hidratação e nutrição na prevenção de *delirium*, e da promoção da higiene oral. Também a utilização de próteses dentárias deve ser estimulada durante o internamento, de forma a facilitar a alimentação e conseqüentemente prevenir a desnutrição. Relativamente aos dispositivos invasivos, os autores referem a importância da minimização da sua utilização por profissionais de saúde, sendo importante a atuação do enfermeiro na consciencialização da equipa sobre os potenciais ganhos e riscos associados à utilização deste tipo de dispositivos.

Apesar de não ser referenciado em nenhum dos artigos analisados, estudos acerca da atividade colinesterásica plasmática têm demonstrado que esta consiste num importante marcador da probabilidade do doente vir a desenvolver *delirium*. A elevação da relação entre citocinas pró e anti-inflamatórias bem como a subida dos níveis de cortisol poderão ser indicadores úteis para monitorizar as alterações fisiopatológicas que ocorrem durante um episódio de *delirium* (CEREJEIRA, 2011).

## 5 | CONCLUSÕES

Relativamente à concretização da revisão integrativa da literatura, podemos evidenciar que entre os fatores preditores de *delirium*, segundo os artigos analisados, se encontram os indivíduos do sexo masculino, a idade avançada, hábitos tabágicos e alcoólicos, história prévia de demência, necessidade de suporte ventilatório, administração de benzodiazepinas e analgésicos, maior tempo de internamento e alto score APACHE II.

A equipa multidisciplinar deverá estar apta para a deteção da sintomatologia associada ao *delirium*, mas acima de tudo, para a sua prevenção. O aumento do conhecimento/reconhecimento desta patologia e preocupação com o utente devem ser fatores prioritários a todos os elementos que participam de forma ativa neste processo, seja o doente, a família ou a equipa multidisciplinar, com o intuito de reduzir maiores conseqüências e fomentar uma adaptação apropriada e sustentável.

Nesta situação, o incremento do reconhecimento de sinais e sintomas é um elemento crucial no decorrer deste processo, em função da repercussão que poderá ter no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, na tomada de decisão, na

qualidade e segurança dos cuidados, nas instituições de saúde e, sobretudo nos utentes.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders**. Fifth Edition Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.

BERSTEN AD, Soni N. **Oh's Intensive Care Manual** Philadelphia: Elsevier Limited; 2009.

CEREJEIRA MS. **Delirium pós-cirúrgico em doentes idosos: estratificação do risco, diagnóstico e prognóstico com biomarcadores**. Coimbra, 2011.

DELVO-FAVRE ED. **Early Detection and Management of Delirium Through Routine Nurse Screening on Older**. Minneapolis, 2016.

ELY W, Page V. **Delirium in Critical Care** Cambridge: Cambridge University Express; 2011.

HENAO-CASTAÑO M, Amaya-Rey CDP. **Nursing and Patients with Delirium: a Literature Review**. Medellín, 2013.

INOUYE K, Tulebaev SR, Fong T. **Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment**. Nature Reviews Neurology. 2009 abril: p. 210-220.

KANOVA M, Sklienka P, Kulab R, Burda M, Janoutova J. **Incidence and risk factors for delirium development in ICU patients**. Biomedical Papers. 2017 março 14: p. 187-196.

KHAN BA, Perkins , Gao S, Hui L, Campbell NL, Farber O, et al. **The CAM-ICU-7 Delirium Severity Scale: A Novel Delirium Severity Instrument for Use in the Intensive Care Unit**. Crit Care Med. 2017 maio 1: p. 851–857.

KMET LM, Lee RC, Cook LS. **Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Paper from a Variety of Fields**. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2004.

LEEPER B. **Quality, An Issue of Critical Nursing Clinics of North America** Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2014.

MESA P, Previgliano IJ, Altez S, Favretto S, Orellano , Lecor C, et al. **Delirium em uma unidade de terapia intensiva latino-americana. Estudo prospectivo em coorte em pacientes em ventilação mecânica**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2017 março 29: p. 337-345.

MORI S, Takeda RT, Carrara SA, Cohrs CR, Zanei SV, Whitaker. **Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista de Escola de Enfermagem da USP. 2016 Maio 24: p. 587-593.

NAPOLITANO LM, Kellum JA. **Advances in Surgery, An Issue of Critical Care Clinics** Philadelphia: Elsevier; 2017.

PEREIRA M, Barradas FJDR, Sequeira RMC, Marques MdCMP, Batista J, Galhardas M, et al. **Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros**. Revista de Enfermagem Referência. 2016 abr./mai./jun: p. 29-36.

SAMPSON E, Vickerstaff V. **Key components of the delirium syndrome and mortality: greater impact of acute change and disorganised thinking in a prospective cohort study**. BMC Geriatrics. 2018: p. 1-8.

SOSA FA, Roberti J, Franco MT, Kleinert MM, Patrón AR, Osatrik J. **Avaliação de delirium com uso do modelo PRE-DELIRIC em uma unidade de terapia intensiva na Argentina**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2017: p. 50-56.

# CAPÍTULO 11

## USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS POR ACADÊMICOS DE UM CURSO DE ENGENHARIA AGRÍCOLA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 02/03/2021

### Jéssica Gabrielle Pontes Cadidé

Universidade Federal de Rondonópolis (UFR),  
Instituto de Ciências Exatas e Naturais (ICEN),  
Curso de Enfermagem  
Rondonópolis, MT  
<http://lattes.cnpq.br/8819242883973699>

### Thaynná Rodrigues Tavares

Universidade Federal de Rondonópolis (UFR),  
Instituto de Ciências Exatas e Naturais (ICEN),  
Programa de Residência Multidisciplinar em  
Saúde da Família (PREMSAF)  
Rondonópolis, MT  
<http://lattes.cnpq.br/0413578516222983>

### Helen Cristina Fávero Lisboa

Universidade Federal de Rondonópolis (UFR),  
Instituto de Ciências Exatas e Naturais (ICEN),  
Curso de Enfermagem  
Rondonópolis, MT  
<http://lattes.cnpq.br/5820048364853772>

**RESUMO:** Transtornos mentais são considerados um problema de saúde pública no Brasil. Quando o cenário é o ambiente acadêmico, entende-se que os universitários estão bastante susceptíveis a depressão e transtornos de ansiedade por estarem frequentemente expostos a situações estressantes, facilitando a instalação de um sofrimento mental e consequente uso de medicamentos. Nesse contexto, o trabalho teve como objetivo, avaliar o uso de antidepressivos

e/ou ansiolíticos por acadêmicos do curso de Engenharia Agrícola de uma Universidade localizada ao sul de Mato Grosso. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva, realizada mediante aplicação de questionário com perguntas fechadas referentes ao uso dos antidepressivos e/ou ansiolíticos. Foram incluídos acadêmicos de Engenharia Agrícola da Universidade Federal de Rondonópolis com idade igual ou superior a 18 anos. As entrevistas foram iniciadas após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 96080718.0.0000.8088) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo sujeito do estudo. Foram entrevistados 31 acadêmicos, desses, 15,78% utilizam essa classe medicamentosa, destacando a ansiedade como principal indicação de uso (66,6%), iniciando o tratamento após ingressar na Universidade (83,3%), em uso diário (83,3%) e prescrito pelo psiquiatra (100%). A maioria dos usuários afirmaram nunca ter alterado a dosagem sem consultar o médico (66,6%) e garantem possuir conhecimento sobre efeitos adversos do medicamento (100%). Verificou-se a necessidade de fornecer acolhimento e suporte aos acadêmicos em sofrimento mental. Tais ações deverão incluir orientações que visem conscientizar sobre uso racional e seguro dos psicofármacos, reduzindo os riscos associados ao uso indevido.

**PALAVRAS-CHAVE:** Antidepressivos. Ansiolítico. Universitários.

## USE OF ANTIDEPRESSANTS AND ANXIOLYTICS BY ACADEMICS IN AN AGRICULTURAL ENGINEERING COURSE

**ABSTRACT:** Mental disorders are considered a public health problem in Brazil. When the scenario is the academic environment, it is understood that university students are quite susceptible to depression and anxiety disorders because they are often exposed to stressful situations, facilitating the installation of mental suffering and the consequent use of medications. In this context, the work aimed to evaluate the use of antidepressants and / or anxiolytics by students of the Agricultural Engineering course at a University located in the south of Mato Grosso. It is a quantitative, exploratory and descriptive research, carried out by applying a questionnaire with closed questions regarding the use of antidepressants and / or anxiolytics. Agricultural Engineering students from the Federal University of Rondonópolis, aged 18 years or over, were included. The interviews started after approval by the Research Ethics Committee (CAAE: 96080718.0.0000.8088) and signature of the Free and Informed Consent Form by the study subject. 31 academics were interviewed, of whom 15.78% use this medication class, highlighting anxiety as the main indication for use (66.6%), starting treatment after entering the University (83.3%), in daily use (83 , 3%) and prescribed by the psychiatrist (100%). Most users stated that they had never changed the dosage without consulting the doctor (66.6%) and claimed to have knowledge about the adverse effects of the medication (100%). There was a need to provide welcome and support to students in mental distress. Such actions should include guidelines aimed at raising awareness about the rational and safe use of psychotropic drugs, reducing the risks associated with misuse.

**KEYWORDS:** Antidepressants. Anxiolytic. College students.

### 1 | INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são classificados como doença com manifestação psicológica relacionada a fatores desencadeantes de causas diversas como genética, físico-química, biológica, social, psicológica (SANTOS; SIQUEIRA, 2010), e entre tais transtornos encontra-se a depressão e a ansiedade.

A depressão é um dos transtornos mentais mais antigos diagnosticado e se dá pela existência de um período de tristeza ou desânimo, sendo uma resposta normal às desilusões ou frustrações do dia-a-dia. Já a ansiedade pode ser considerada uma reação normal do indivíduo a algo específico (sistema de alarme), sendo diferenciada de um quadro patológico pela sua intensidade e acarretar sintomas físicos como cefaléia, dores estomacais, inquietação entre outros (SALVADOR, 2014).

Atualmente a prevalência da depressão entre jovens com idade inferior a 20 anos de idade aumentou em todo o mundo. Pesquisas apontam, que a depressão entre uma população de jovens pode chegar até a 8,3% e que o desenvolvimento dos quadros depressivos se torna mais frequentes entre a população jovem estudantil do que na geral (ISTILLI et al., 2010).

Quando o cenário é o ambiente acadêmico, estudos revelam que no Brasil existem

sintomas característicos de depressão entre estudantes universitários, revelando que entre 15 a 29% destes jovens apresentam algum transtorno psíquico durante o período acadêmico (SAKAE, 2010). Ainda que o período universitário traga sentimentos positivos e proporcione a sensação de alcance de uma meta programada, por vezes pode se tornar um período crítico e de maior vulnerabilidade (MARCHI et al., 2013), um momento propício ao desenvolvimento de transtornos dessa natureza.

Os jovens universitários estão mais susceptíveis a depressão e transtornos de ansiedade por se exporem frequentemente a situações de estresse, como privação do lazer e sono em virtude do estudo, pressões familiares e da academia, incertezas relacionadas ao futuro profissional, entre outros fatores estressantes que fazem aumentar as chances de apresentarem um sofrimento mental (DAMASCENO et al., 2019) e consequentemente a procura por ajuda e por um tratamento. Aponta-se que duas maneiras têm sido mais escolhidas para tratar essa população, sendo elas a psicoterapia e terapia medicamentosa, justificando o aumento na prescrição de antidepressivos e ansiolíticos para jovens acadêmicos (MARCHI et al., 2013).

Neste contexto, associado a evidências do aumento de casos de transtornos psiquiátricos e intenção suicida entre universitários, justificou-se a execução dessa pesquisa, cujo objetivo foi avaliar o perfil sociodemográfico e o uso de ansiolíticos e antidepressivos por estudantes do curso de Engenharia Agrícola de uma universidade localizada no sul de Mato Grosso.

## 2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de caráter quantitativo com delineamento transversal, não experimental, por meio de avaliação exploratória e descritiva. A coleta de dados aconteceu no período de agosto de 2019 a julho de 2020, e considerando a Pandemia por COVID-19 instalada em 2020, foi dividida em dois momentos. Na primeira etapa, antes da pandemia, a coleta de dados foi realizada presencialmente, nas dependências da UFR onde os universitários foram abordados pessoalmente em seu local de estudo, sendo a amostra selecionada por conveniência conforme disponibilidade do estudante no local da pesquisa. Na segunda etapa, durante a pandemia, os dados foram coletados por meio do questionário transcrito para Google Forms, e o link gerado foi enviado ao e-mail dos universitários, com a instrução no formulário digital que, não fosse respondido caso o participante já o tivesse realizado presencialmente.

A população do estudo foi constituída por acadêmicos em uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos, que estavam no momento da pesquisa regularmente matriculados no curso de Engenharia Agrícola da Universidade Federal de Rondonópolis e que aceitaram participar da pesquisa. A amostra foi selecionada aleatoriamente obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos na pesquisa os discentes acima de 18 anos, regularmente

matriculados no curso de graduação citado e que faziam uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os pós-graduandos e alunos ouvintes ou especiais. Os dados obtidos foram tabulados e calculados com a utilização do Software Microsoft Excel 2013 e os resultados apresentados de forma descritiva utilizando frequências relativa e absoluta expostos na forma tabelas para melhor entendimento dos resultados.

A pesquisa, aconteceu pautada na Resolução 466/2012, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. As entrevistas foram iniciadas após a aprovação deste trabalho pelo Comitê de Ética em pesquisa (CAAE: 96080718.0.0000.8088) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo sujeito do estudo.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados 38 alunos de Engenharia Agrícola, com 6 (15,78%) em uso antidepressivo/ansiolíticos. Entre os usuários dessa classe de medicamentos, verifica-se que são mulheres, a maioria solteiras, sem filhos e que não possuem vínculo empregatício nem plano de saúde (tabela 1).

A ansiedade foi a principal causa para a necessidade do uso dessas medicações (66,6%), sendo esta prescrita por médicos psiquiatras (100%), de uso diário (83,3%), tendo o início do uso após o ingresso na universidade em 83,3% (Tabela 2).

Quanto ao conhecimento sobre a medicação em uso, todos afirmam conhecer os efeitos adversos, 66,6% dizem não ter alterado a dose do medicamento por conta própria e apenas 1 participante (16,6%) relatou ter dúvidas sobre o tratamento (Tabela 3).

Variáveis	N (6)	Frequência (%)
<b>Gênero</b>		
Masculino	0	-
Feminino	6	100
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	5	83,3
Casado	1	16,6
<b>Filhos</b>		
Não possui	5	83,3
Possui	1	16,6
<b>Trabalha</b>		
Sim	2	33,3
Não	4	66,6
<b>Possui plano de saúde</b>		
Sim	2	33,3
Não	4	66,6

<b>Reside com</b>		
Família	5	83,3
Amigos	-	-
Sozinho	1	16,6
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	2	33,3
Entre 1 e 2 salários mínimos	2	33,3
Entre 2 e 3 salários mínimos	1	16,6
Entre 3 e 4 salários mínimos	0	-
Entre 4 e 5 salários mínimos	1	16,6
Acima de 5 salários mínimos	0	-

Tabela 1: Perfil sócio/econômico/demográficas dos estudantes de Engenharia Agrícola. UFR/ Rondonópolis/2019-2020

Variáveis	N (6)	Frequencia (%)
<b>Qual foi a indicação para o uso?</b>		
Ansiedade	4	66,6
Depressão	1	16,6
Outra	1	16,6
<b>Quem prescreveu:</b>		
Psiquiatra	6	100
Clínico geral	0	-
Neurologista	0	-
Outro	0	-
<b>Uso</b>		
Diário	5	83,3
Esporadicamente quando acha necessário	1	16,6
<b>Quando começou a usar</b>		
Antes do ingresso na Universidade	1	16,6
Após o ingresso na Universidade	5	83,3
<b>Onde adquirir o medicamento</b>		
Farmácia da rede pública	0	-
Farmácia Privada	6	100
Outro	0	-
<b>Tempo de Uso</b>		
Menos de 6 meses	3	50
6 meses a 1 ano	0	-
1 a 5 anos	3	50
<b>Faz uso de outro medicamento além do ansiolítico/ antidepressivo</b>		
Não	3	50
Sim	3	50

Tabela 2: Distribuição acadêmicos de Engenharia Agrícola de acordo com o antidepressivos/ansiolítico em uso. UFR/Rondonópolis/2019-2020.

QUESTÕES	SIM		NÃO		NÃO SABE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Já aumentou ou diminuiu a dose sem consultar o médico?	2	33,3	4	66,6	0	0
Conhece as ações e os efeitos adversos do medicamento que utiliza?	6	100	0	0	0	0
Os ansiolíticos/antidepressivos podem causar dependência?	5	83,3	1	16,6	0	0
Os ansiolíticos/antidepressivos podem causar tolerância?	4	66,6	1	16,6	1	16,6
A remoção do medicamento no final do tratamento deve ser feita de maneira gradual?	6	100	0	0	0	0
Em algum momento você interrompeu o tratamento sem consultar o médico?	3	50	3	50	0	0
Tem dúvidas sobre o tratamento ou sobre o medicamento?	1	16,6	5	83,3	0	0

Tabela 3 - Distribuição dos estudantes de Engenharia Agrícola de acordo com seu conhecimento sobre o ansiolítico/antidepressivo em uso. UFR/Rondonópolis/2019-2020.

De forma geral, os estudantes universitários, em decorrência da condição social, são mais vulneráveis a transtornos emocionais e, apesar de preparados biologicamente, vivenciam a transformação psicológica, mediante ao novo ritmo de vida imposta pela rigorosa rotina acadêmica, horas exaustivas de estudos, distanciamento familiar, alimentação desregrada entre outros (EISENBERG, 2011). Pesquisas sobre o tema, sugerem que a busca de tratamento para tais transtornos está diretamente relacionada a falta de tempo para lazer, e distrações, um problema observado em diferentes cursos universitários (SCOLARO et al., 2010).

Os cursos em período integral, como o da Engenharia Agrícola (UFR) e o tempo ocupado pelas atividades acadêmicas não permite ao estudante trabalhar, gerando dificuldades financeiras que levam ao excesso de preocupações que culminam com a redução da capacidade de raciocínio e do desempenho escolar gerando quadros depressivos e de ansiedade acompanhado de sentimentos de tristeza, culpa e impotência (AMADUCCI; MOTA; PIMENTA, 2010). Neste cenário, os fatores descritos corroboram com os resultados obtidos nesta pesquisa, onde a maioria dos estudantes que fazem uso do psicofármaco afirmaram não trabalhar.

Ressalta-se que muitas vezes ocorre a utilização irracional de psicofármacos, seja pela automedicação, erro de prescrições e aumento de enfermidades relacionadas a transtornos mentais (ORLANDI; NOTO, 2005). A utilização de ansiolíticos e/ou antidepressivos de forma inadequada, pode além de gerar problemas relacionados à intoxicação, causar impactos psicossociais negativos relacionados ao aprendizado e nas relações familiares (LOPES; GRIGOLETO, 2011). Neste contexto ainda é necessário destacar os riscos relacionados à alterações de doses sem indicação médica, lembrando

que a redução da dose, deve ser feita de forma gradativa e sob orientação do profissional. Neste aspecto se faz necessária a educação em saúde visando conscientizar e esclarecer os jovens sobre o correto uso do psicofármaco, seus riscos e benefícios.

No ambiente universitário (CUNHA et al., 2009) ressalta-se a contribuição do professor para criar vínculo com o estudante fortalecendo o processo de orientação, podendo contribuir para o aumento da confiança, segurança e conhecimento sobre tratamento medicamentoso. Dessa maneira destaca-se também, o papel de toda a equipe de saúde frente aos usuários de antidepressivos/ansiolíticos. De forma semelhante, outro estudo, descreve que para os estudantes entrevistados, a equipe de saúde e o professor podem ser os primeiros a atuar na detecção e manejo dos casos de transtornos depressivos e de ansiedade (FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2009). É essencial que o conhecimento desses profissionais seja usado para orientar seus acadêmicos de forma segura e adequada, reforçando o uso racional e consciente.

Nesse contexto, é fundamental o estudo das relações entre transtornos mentais, atenção e desempenho acadêmico, considerando-se que as dificuldades apontadas como a falta de informação, percepção e apoio por parte dos professores e familiares acerca da depressão/ansiedade nos acadêmicos pode contribuir para o aumento das dificuldades enfrentadas.

## 4 | CONCLUSÕES

Verificou-se a necessidade de fornecer acolhimento e suporte aos acadêmicos em sofrimento mental. Tais ações deverão incluir orientações que visem conscientizar sobre uso racional e seguro dos psicofármacos, reduzindo os riscos associados ao uso indevido.

## REFERÊNCIAS

AMADUCCI, Camila de Moraes; MOTA, Dálete Delalibera Faria de Correa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Fadiga entre estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1052-1058, Dec. 2010.

CUNHA, Marco Antonio Buch et al. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 321-328, Sept. 2009.

DAMASCENO, Eurislene Moreira Antunes et al. Riscos do uso de antidepressivos entre jovens universitários da área da saúde. **Revista Saúde Viva Multidisciplinar da AJES**, Juína/MT, v. 2, n. 2, jan./dez. 2019.

EISENBERG, Daniel et al. Mental health service utilization among college students in the United States. **The Journal of nervous and mental disease**, v.199, n.5 p. 301-8, 2011.

FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Licio Ferreira; SILVA, Edilaine Cristina da. Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 198-204, Apr. 2008.

ISTILLI, Plínio Tadeu et al. Antidepressivos: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n. 3, mai-jun 2010.

LOPES, Letícia Martins Borelli; GRIGOLETO, Andréia Regina Lopes. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. **Brazilian journal of health**, v.2, v.1, p.1-14, 2011.

MARCHI, Katia Colombo et al. Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.3, p. 731-9, jul/set 2013.

ORLANDI, Paula; NOTO, Ana Regina. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe, p. 896-902, Oct. 2005.

SAKAE, Thiago Mamôru; PADÃO, Diego Loureiro; JORNADA, Luciano Kurtz.. Sintomas depressivos em estudantes da área da saúde em uma Universidade no Sul de Santa Catarina - UNISUL. **Revista AMRIGS**, v.54, n.1, p.38-43, 2010.

SALVADOR, Jorge Pinto de Almeida. A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação. Tese de Doutorado Doutorado Ciências da Vida – Saúde Mental / 1ª Edição, novembro, 2014.

SANTOS, Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SCOLARO, Letycia Longhi; BASTIANI, Diego de; MELLA, Eliane Aparecida Campesatto. Avaliação do uso de antidepressivos por estudantes de uma instituição de ensino superior. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 14, n. 3, p. 189-196, set./dez. 2010.

# CAPÍTULO 12

## SUICÍDIO NA REGIÃO SERIDÓ POTIGUAR: SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS (1996 A 2014)

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 25/04/2021

### **Starlonne da Cunha Melo**

Graduado em Enfermagem (Bacharelado e Licenciatura) pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
São Miguel – RN  
<http://lattes.cnpq.br/0234816446056441>

### **Céliane Késsia Cavalcante de Araújo**

Graduada em Enfermagem (Bacharelado e Licenciatura) pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
Equador – RN  
<http://lattes.cnpq.br/9976700405050354>

### **João de Deus de Araújo Filho**

Mestrando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PgEnf da Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal - RN  
<http://lattes.cnpq.br/1511050151298908>

### **Hugo Wesley de Araújo**

Graduando em Medicina pela Escola Multicampi de Ciências Médicas – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Caicó - RN  
<http://lattes.cnpq.br/3201450425944294>

### **Tiago Rocha Pinto**

Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia  
Uberlândia – MG  
<http://lattes.cnpq.br/5009623573258829>

### **Dulcian Medeiros de Azevedo**

Professor Adjunto IV no curso de Enfermagem Bacharelado e Licenciatura da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
Caicó – RN  
<http://lattes.cnpq.br/7071042889558651>

**RESUMO:** O suicídio é um processo de autodestruição psicossocial complexo, decididamente, um problema de grande magnitude na saúde pública mundial. Inúmeros são os casos de pessoas que ceifam a própria vida, sendo naturais os questionamentos acerca das razões que levam o sujeito a este extremo. Objetivou-se investigar a incidência de suicídios na região do Seridó do Rio Grande do Norte (RN), no período de 1996 a 2014, e identificar o perfil das vítimas de suicídio, com base na faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade e estado civil. Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir de dados (secundários) do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM-DATASUS), com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), especificamente relacionada às subcategorias X69 (Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificada), X70 (Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação), X72 (Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão), pertencentes ao grupo de Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X80). Os dados foram extraídos organizados e tabulados num formulário, com auxílio do programa Microsoft

Excel 2010, e analisados a partir da estatística descritiva (absoluta e percentual), em novembro de 2016 Ocorreram 465 casos de suicídio, com predominância do sexo masculino (80%), faixa etária de 20 a 49 anos (56,3%), cor branca (55,1%), com nenhuma ou pouca escolaridade (64%) e sem companheiro(a) (59,7%); e o enforcamento como método mais escolhido (76,8%). Observa-se, portanto, um quantitativo significativo de casos de suicídio, sobretudo pelo contingente populacional estimado nesta região (280 -300 mil habitantes), havendo necessidade urgente de fortalecimento e melhorias nas políticas públicas para a prevenção do suicídio.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio. Epidemiologia. Saúde Pública. Saúde Mental.

## SUICIDE IN SERIDÓ REGION OF RIO GRANDE DO NORTE: HISTORICAL SERIES OF CASES (1996 TO 2014)

**ABSTRACT:** Suicide is a complex psychosocial self-destruction behavior, unquestionably, it represents a problem of great magnitude in the global public health. There are numerous cases of people terminating their own lives, that way questions about the reasons leading individuals to this end are natural. This study aimed to investigate the incidence of suicides in Seridó region, located in the state Rio Grande do Norte, between the period 1996-2014, and to identify the profile of suicide victims according to age, sex, color / race, educational level and marital status. This is an descriptive study, performed with secondary data from the System of Mortality Information (SIM DATASUS), with a background on the international classification of diseases (ICD-10), specifically related to subcategories X69 (intentional self-poisoning by and exposure to other and unspecified chemicals and noxious substances), X70 (intentional self-harm by hanging, strangulation and suffocation), X72 (intentional self-harm by handgun discharge), as part of the group intentional self-harm injuries (X60-X80). The data collected was arranged and tabulated in a form with assistance of Excel 2010 software, and analyzed based on descriptive statistics (absolute and percentage), in November 2016. There were 465 cases of suicide, with predominance of male sex (80%), between 20-49 years old (56,3%), white color skinned (55,1%), low or none educational level and single (59,7%); self hanging was the the most chosen method (76,8%). Therefore, a significant number of suicide cases was observed, specially if compared to the estimated population contigent of the region (280 - 300 thousand habitants), for that reason, there is a need for maintenance and improvement of strategies and public policies for suicide prevention.

**KEYWORDS:** Suicide; Psychiatric Nursing; Epidemiology; Public health; Mental health.

## 1 | INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno que envolve um processo de autodestruição psicossocial complexo com questões entre a vida pessoal e social (BASTOS, 2009). Representa um problema de grande magnitude na saúde pública mundial, portanto um fenômeno universal (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Inúmeros são os casos de suicídio, sendo natural questionamentos acerca das razões que levam o indivíduo a este extremo. Dados apontam causas multifatoriais e complexas no comportamento suicida, a exemplo do alcoolismo, transtornos psiquiátricos,

elementos socioeconômicos e psicossociais, dentre outros (BRASIL, 2009).

No ano de 2012 foram estimados 804.000 suicídios no mundo, representando uma taxa de suicídio de 11,4 por 100 mil habitantes. O suicídio é responsável por 71% de todas as mortes consideradas violentas, relacionadas ao gênero feminino, sendo a segunda principal causa de mortes em jovens de 15 a 29 anos. Em quase todas as regiões do mundo, pessoas com 70 anos ou mais, homens ou mulheres, apresentaram taxas de suicídios mais elevadas (WHO, 2014).

A taxa de suicídios em 2006 no Brasil era de 4,5 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2009). Foram 8.639 suicídios registrados e taxa de 24 mortes/dia no mesmo ano, cifras preocupantes, mas não tão alarmantes se comparadas a outros países, como a França com taxa de 19/100 mil (VIANA et al., 2008).

No período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.) (BRASIL, 2017).

Dados nacionais atuais, demonstram que o maior índice de suicídios por idade é na faixa etária de 70 anos ou mais, chegando a 8,9 por 100 mil, e na população em geral se destacam os homens, com taxa de 17,0. Entre os jovens de 20 a 29 anos, o índice é de 6,8 por 100 mil habitantes em ambos os sexos, e entre os homens sobe para 11,0 (BRASIL, 2017).

Até 2006 praticamente não existiam ações sistemáticas e propositivas para prevenção ao suicídio no Brasil. Em agosto do mesmo ano, o Ministério da Saúde cria o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, com o objetivo principal de estabelecer o desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade de vida e prevenir danos relacionados ao suicídio (BRASIL, 2006). Em 2019, foi publicada a Lei 13.819 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio (BRASIL, 2019).

Com o desenvolvimento de estratégias para a prevenção ao suicídio na atualidade, observa-se cada vez mais o crescimento de índices alarmantes, números que poderiam ser mais expressivos diante das subnotificações que mascaram as estatísticas (WHO, 2014).

Percebe-se que mesmo diante dos diversos levantamentos de dados sobre o suicídio, os casos de subnotificação ainda são um entrave para a obtenção fidedigna desses coeficientes. Admite-se que os números notificados por fontes oficiais são muito menores do que os números reais, havendo interferência pela indisponibilidade de informações dos serviços responsáveis pelo registro de suicídio, tanto por questões culturais, quanto por questões religiosas e morais (BRASIL, 2005).

Do ponto de vista social, o suicídio ainda é visto com preconceito, tornando-se um assunto de pouco interesse e de pouca divulgação através dos veículos de comunicação. Reconhece-se que há uma mudança no norteamento para a composição e publicação de reportagens quando se trata de suicídio, pois muitas vezes se opta pela não divulgação

do ato, em detrimento de sua mostra inapropriada, para não acarretar o incentivo entre indivíduos vulneráveis (BOTEGA, 2015).

Entre os anos de 2009 a 2010, considerando-se populações de até 100 mil habitantes, constatou-se taxas de suicídio altas em três dos municípios da região do Seridó Potiguar: Ouro Branco com 42,55 casos, Cruzeta com 12,55 e Caicó com 10,10 (MOTA, 2014).

Os índices de suicídio nesta região apresentam dados preocupantes, merecendo o comprometimento dos órgãos responsáveis para tentar reverter este quadro e desenvolver com efetividade ações combativas e de prevenção. Com isso, questiona-se: qual o número de casos e perfil de vítimas de suicídio registrados na Região Seridó do Rio Grande do Norte?

A importância desse estudo é o de transmitir informações sobre o que é o suicídio, sua gravidade no meio social e a importância de se conhecer mais sobre esse fenômeno. Pretende-se esclarecer de forma propositiva a seriedade e relevância sobre um assunto que por muitas vezes é tratado como irrelevante e insignificante na sociedade, mas que na universidade merece seu devido destaque. Objetivou-se investigar a ocorrência de suicídios na região do Seridó do Rio Grande do Norte no período de 1996 a 2014 e identificar o perfil das vítimas de suicídio.

## 2 | MÉTODOS

Estudo epidemiológico, descritivo (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003), realizado através da extração de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Buscou-se, especificamente, a ocorrência de suicídios na região do Seridó do estado do Rio Grande do Norte, período 1996 a 2014, com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), delineado pelo Grupo de Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60 – X84), subdivididos em 24 tipos/categorias (WHO, 2010). A coleta de dados ocorreu em novembro de 2016.

Foram pesquisadas as categorias X69 (Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificada); X70 (Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação); e X72 (Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão), por serem os principais métodos mencionados na maioria dos trabalhos científicos (WHO, 2010). As variáveis extraídas foram: faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade e estado civil.

A tabulação e análise dos dados foram realizados com auxílio do programa computacional Microsoft Excel após criação de um formulário, no intuito de acomodar e organizar os dados extraídos do SIM. O mesmo programa subsidiou a análise estatística descritiva (absoluta e percentual) dos dados, com apresentação em tabelas e gráficos.

### 31 RESULTADOS

O **Gráfico 1** traz o total de casos de suicídio, considerando todas as Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60 a X84), e as subcategorias X69, X70 e X72. Foram 465 casos de suicídio, na maioria homens (80%), tendo a subcategoria X70 a prevalência (76,8%), representando 78,3% dos casos masculinos e 70,7% femininos.

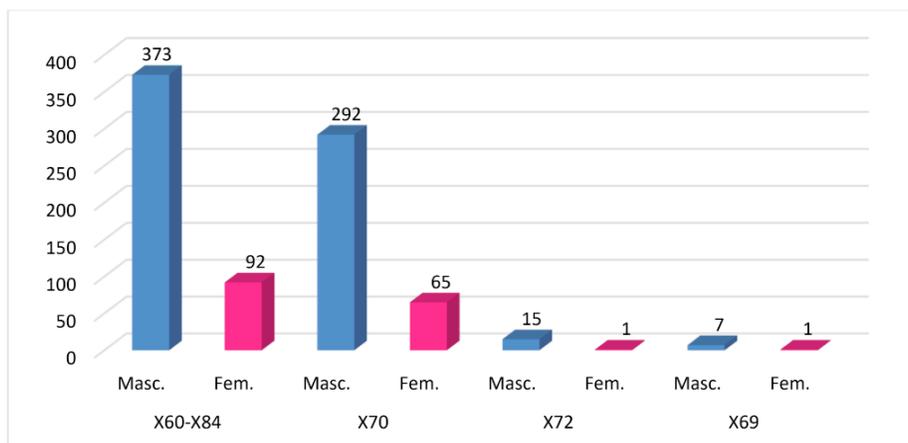


Gráfico 1 – Distribuição absoluta dos casos de suicídio na Região do Seridó Potiguar, no período de 1996-2014, conforme todos os tipos de lesão (X60 a X84) e as subcategorias X69, X70 e X72, segundo o sexo. Caicó-RN, 2017.

Fonte: Dados da Pesquisa

O **Gráfico 2** traz a série histórica de casos de suicídio, considerando todos os tipos de lesões (X60 a X84), além da subcategoria mais incidente (X70). Destacam-se, no período analisado, os anos: 2003 e 2006 (35 casos), 2005 (39 casos), 2011 e 2012 (34 casos).

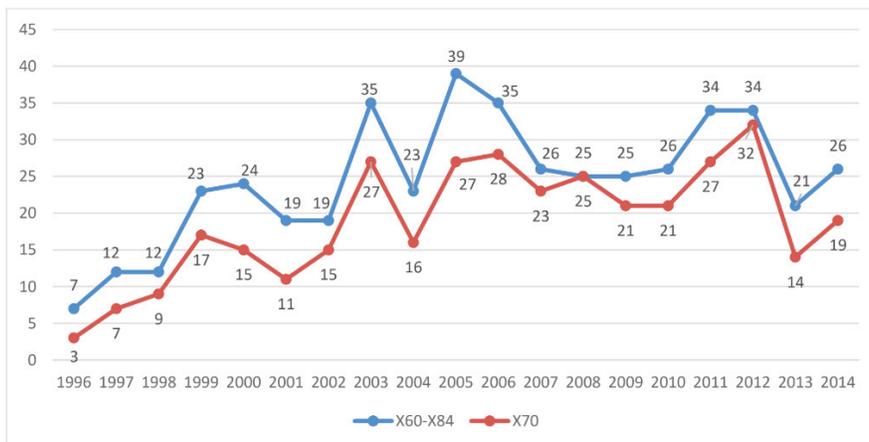


Gráfico 2 – Distribuição absoluta dos casos de suicídio na região do Seridó, no período de 1996 a 2014, conforme todos os tipos de lesão (X60 a X84) e a subcategoria X70. Caicó-RN, 2017.

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação ao sexo, o **Gráfico 3** apresenta os casos para esta variável, entre todas as subcategorias (X60-X84) e a subcategoria X70. Percebe-se, no período analisado, que apesar dos coeficientes serem superiores entre os homens, e certo distanciamento entre as duas variáveis/formas (X60-X84 e X70), nas mulheres a proximidade ou semelhança em alguns anos para as estas variáveis é expressiva, afirmando-se certa predileção feminina pelo método (enfocamento-X70).

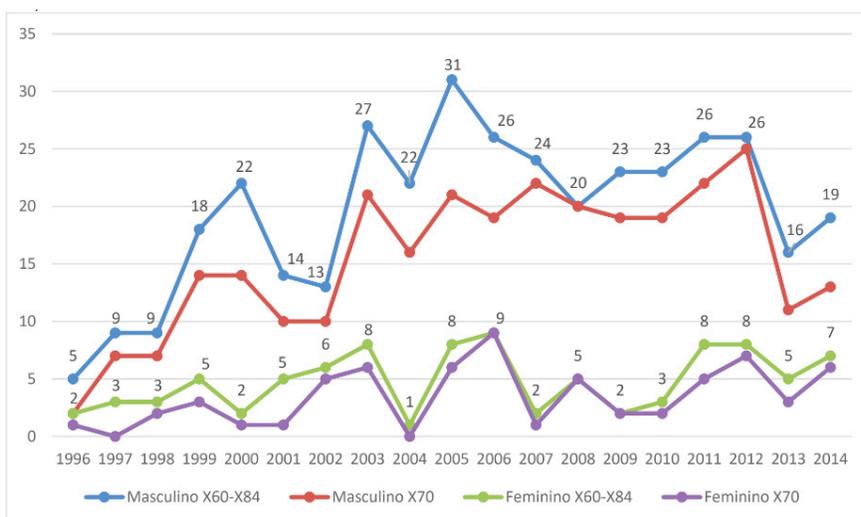


Gráfico 3 – Distribuição absoluta dos casos de suicídio na região do Seridó, no período de 1996 a 2014, segundo o sexo versus todas as lesões (X60 a X84) e a subcategoria X70. Caicó-RN, 2017.

Fonte: Dados da Pesquisa.

A **Tabela 1** apresenta os valores absolutos e percentuais dos casos de mortalidade por suicídio, segundo a faixa etária, dispostos conforme todos os tipos de lesões e as subcategorias eleitas neste trabalho. Destaca-se o alto índice de suicídios entre adultos jovens (20-49 anos), respondendo por 56,3% de todos os casos.

Faixa Etária	X60 a X84		X69		X70		X72	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>10-14 anos</b>	4	0,9	-	-	3	0,6	1	0,2
<b>15-19 anos</b>	31	7	-	-	26	5,5	1	0,2
<b>20-29 anos</b>	79	17	3	0,6	60	12,9	3	0,6
<b>30-39 anos</b>	92	20	3	0,6	64	14,7	4	0,9
<b>40-49 anos</b>	90	19,3	2	0,4	65	14,9	2	0,4
<b>50-59 anos</b>	63	13,5	1	0,2	50	10,7	-	-
<b>60-69 anos</b>	45	10	-	-	39	8,3	1	0,2
<b>70-79 anos</b>	37	8	-	-	29	6,2	3	0,6
<b>80 anos &lt;</b>	24	5,1	-	-	21	4,5	1	0,2
<b>Total</b>	465	100	9	1,8	357	78,3	16	3,3

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual dos casos de suicídio na região do Seridó, no período entre 1996 a 2014, segundo a faixa etária, conforme todos os tipos de lesão (X60 a X84) e as subcategorias X69, X70, X72. Caicó-RN, 2017.

Fonte: Dados da Pesquisa

Relacionado à variável cor/raça, a **Tabela 2** apresenta os valores absolutos e percentuais dos casos, com destaque para a cor branca (55,1%) que respondeu pela maioria.

Cor/Raça	X60 a X84		X69		X70		X72	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Branca</b>	239	55,1	4	0,9	185	42,7	8	1,8
<b>Preta</b>	47	11	-	-	26	6	-	-
<b>Amarela</b>	11	2,5	-	-	8	1,8	1	0,2
<b>Parda</b>	136	31,4	3	0,6	117	27	6	1,3
<b>Total*</b>	433	100	7	1,5	336	77,5	15	3,3

\*Não havia esta variável preenchida em todas as declarações, por isso a diferença entre o número total de casos (465).

Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual dos casos de suicídio na região do Seridó, no período de 1996 a 2014, segundo a cor/raça, conforme todos os tipos de lesão (X60 a X84), e as subcategorias X69, X70 e X72. Caicó-RN, 2017.

Fonte: Dados da Pesquisa

A **Tabela 3** apresenta os casos absolutos e percentuais relacionados à escolaridade. Indivíduos com tempo de estudos de zero a três anos responderam por 64% de todos os suicídios no período analisado, e na subcategoria X70 cai para 51,2%.

Escolaridade	X60-X84		X69		X70		X72	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	65	24	1	0,3	54	20,2	3	1
1-3 anos	106	40	-	-	83	31	2	0,7
4-7 anos	46	17	-	-	37	14	1	0,3
8-11 anos	29	11	1	0,3	18	7	3	1
12 anos <	8	3	-	-	5	2	1	0,3
1-8 anos	10	4	-	-	8	3	1	0,3
9-11 anos	3	1	-	-	1	0,3	-	-
<b>Total*</b>	<b>267</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>206</b>	<b>77,5</b>	<b>11</b>	<b>3,6</b>

\*Não havia esta variável preenchida em todas as declarações, por isso a diferença entre o número total de casos (465).

Tabela 3 – Distribuição absoluta e percentual dos casos de suicídio no período de 1996 a 2014, referente a variável escolaridade, conforme todos os tipos de lesão X60 a X84, e as subcategorias X69, X70 e X72, na Região Seridó-RN. Caicó-RN, 2017.

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto ao estado civil, a **Tabela 4** apresenta os dados absolutos e percentuais. Observa-se que pessoas sem companheiro(a) (solteiros, viúvos e separados) foram as que mais cometeram suicídio, com 59,7% do total de casos.

Estado Civil	X60-X84		X69		X70		X72	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro	228	51,5	5	62,5	170	50,4	7	43,75
Casado	178	40,3	3	37,5	142	42,1	7	43,75
Viúvo	27	6,1	-	-	23	7	2	12,5
Separado	9	2,1	-	-	2	0,5	-	-
<b>Total*</b>	<b>442</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>337</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

\*Não havia esta variável preenchida em todas as declarações, por isso a diferença entre o número total de casos (465).

Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual dos casos de suicídio no período de 1996 a 2014, referente a variável estado civil, conforme todos os tipos de lesão X60 a X84, e as categorias X60, X70 e X72, na Região Seridó-RN. Caicó-RN, 2017.

Fonte: Dados da Pesquisa

## 4 | DISCUSSÃO

Esta pesquisa revelou 465 casos de lesões autoprovocadas intencionalmente na Região do Seridó do RN, no período de 1996 a 2014. O sexo masculino respondeu por 80% (373 casos) de todas as lesões, algo esperado posto que homens apresentam fatores de risco quatro vezes ou mais se comparado a mulheres (BOTEGA, 2014; MOTA, 2014). No Brasil, a incidência de suicídios envolvendo o sexo masculino, entre os anos de 1980 a 2006, foi de 77,3% (LOVISI et al., 2009).

Entre os anos 2000 a 2015, ocorreram 2.266 óbitos por suicídio no Rio Grande do Norte, sendo 81,1% dos óbitos masculinos e 18,9% femininos. A taxa de mortalidade para

os homens no RN variou de 4,8 óbitos (2000) a 7,7 óbitos (2015) por 100 mil habitantes (SANTOS; BARBOSA; SEVERO, 2020).

Com relação à predominância do tipo de lesão, o enforcamento (X70) respondeu por 76,8% de todos os casos nesta pesquisa. Este método pode ser visto, predominantemente, tanto em homens quanto em mulheres, independente ou não de diferenças socioculturais (CARDOSO et al., 2012).

Assim como na região do Seridó-RN, o uso dos métodos como o enforcamento e a arma de fogo também são vistos no cenário mundial, reforçando a utilização destes dois métodos com maior frequência na maioria dos países desenvolvidos, sendo 50% do total de casos enforcamento, e 18% para arma de fogo (WHO, 2014).

No Brasil, em 2012, de todo os tipos óbitos relacionados ao suicídio, 75% foram por enforcamento, representando uma forma que tem crescido ao longo dos anos (MACHADO; SANTOS, 2015). No estado de Santa Catarina, entre os anos de 1996 a 2010, do número total de suicídios registrados, 71% ocorreram por enforcamento (MINGHETTI; KANAN, 2011).

Em outras localidades do país, por exemplo o estado do Pará, entre os anos de 2010 a 2013, registrou-se 65,2% do total de suicídio relacionados ao método de enforcamento (BATISTA; ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2016). Já em Minas Gerais, de 2006 a 2009, 58,27% do total de óbitos estiveram relacionados a este método (CANTÃO; BOTTI, 2014).

No período de 1980-2006, as tentativas de suicídio na região Nordeste do país em sua maioria foram por enforcamento (48,8%), envenenamento (18,2%) e arma de fogo (16,5%) (LOVISI et al., 2009).

Observa-se de modo geral um alto índice de suicídios por enforcamento no Brasil, método este, que também apresenta números expressivos na região Nordeste, reforçando a escolha do método pelo seu grau de letalidade (MACHADO; SANTOS, 2015). Em Campina Grande, localizada no estado vizinho da Paraíba, o enforcamento representou, entre 2014 e 2018, 54,5% das notificações de suicídio (OLIVEIRA et al. 2020).

Regiões próximas e até mesmo no extremo do país podem ou não divergir de resultados ligados aos mesmos métodos, levando à percepção de que existem fatores peculiares de cada região, como fatores culturais para os métodos utilizados no ato do suicídio. Os métodos utilizados com mais frequência para o suicídio variam de acordo com a facilidade de acesso a eles, como variam segundo a cultura (BOTEGA, 2014).

O homem tende a utilizar métodos mais letais para o desfecho suicida, sendo o enforcamento um exemplo, por isso os índices masculinos serem maiores (BOTEGA, 2015; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Por outro lado, por escolherem formas menos mortais as mulheres lideram o ranking de tentativas. Em 2012, para cada mil homens, três tentaram suicídio, enquanto que nas mulheres esse número dobrou (WHO, 2014).

O comportamento suicida é envolto por variáveis e fatores determinantes para que o ato de violência autoinfligida se concretizar. Pode estar ligado a questões de natureza

sociodemográfica e clínica, além de fatores genéticos e histórico familiar da pessoa (BERTOLOTE; SANTOS; BOTEGA, 2010).

As diferenças sociais, costumes e até mesmo a localidade onde se vive podem diferenciar os índices de tentativas e suicídios entre homens e mulheres. Entre homens e mulheres existem vários fatores potenciais para a desigualdade nas taxas de suicídio, como a disponibilidade e preferência por determinados métodos, religiosidade, consumo de álcool e estresse no convívio social (BOTEGA, 2015; WHO, 2014). Entre os fatores de risco com maior importância para o comportamento suicida estão os transtornos mentais, presentes em pelo menos 90% dos indivíduos que cometem suicídio (ABREU et al., 2010; BOTEGA, 2015).

Com relação aos resultados desta pesquisa e altos números absolutos nos anos 2005 (31 casos) e 2006 (26 casos) na Região do Seridó-RN, parece o reflexo de parâmetros nacionais, quando o Brasil apresentou 26.057, entre 2005 a 2007, considerado um aumento expressivo de 10,4% nos casos de suicídio nesse triênio (MOTA, 2014).

Dentro deste contexto, o município de Caicó-RN teve destaque nacional entre os anos de 2005 a 2007, para cidades com quantitativo igual ou maior a 50 mil habitantes, apresentando um coeficiente de suicídio de 15,8 casos, adquirindo a terceira posição do ranking, perdendo somente para as cidades de Venâncio Aires-RS e Lajeado-RS, com 26,2 e 19,4, respectivamente (BOTEGA, 2010). Em anos subsequentes, Caicó-RN continuou a apresentar números consideráveis de suicídio. De 2009 a 2010, obteve coeficiente de dez casos para 100 mil habitantes (MOTA, 2014).

Outras regiões do país apresentam aumento nos índices de mortalidade, enquanto as Regiões Sul e Centro-oeste apresentam considerável queda em registros de suicídio, mesmo com altas taxas. No período de 2000 a 2012 estas regiões tiveram um decréscimo nos índices de suicídio, enquanto as demais tiveram um acréscimo. A região Nordeste que teve o maior crescimento no período estudado, chegando a 72,4%, passando de 3 casos por 100 mil habitantes em 2000, para 5,2 casos em 2012 (MACHADO; SANTOS, 2015).

No mundo, os números relacionados ao suicídio estiveram diretamente ligados a faixa etária dos 60 anos e mais. As taxas chegaram a ser confirmadas de até dois para um (2:1), com relação a tentativas e atos consumados entre idosos (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

O Brasil como um país populoso que é, possui números consideráveis no aumento de casos de suicídio, principalmente em sua população idosa, já que é uma parcela da população que vem obtendo um aumento significativo. As taxas de suicídio no Brasil podem ser consideradas relativamente baixas, mas a faixa etária acima dos 60 anos refere valores que equivalem ao dobro da população em geral (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Este dado diverge dos encontrados nesta pesquisa, considerando que os maiores índices foram na faixa etária dos 20 aos 49 anos (56%), de todos os suicídios no Seridó potiguar. No RN, entre os anos de 2003 a 2012, a faixa etária de jovens adultos, 20 aos 49

anos, apresentou o maior índice de suicídios com 763 casos, representando 70,2% do total de casos no mesmo período (MOURA et al., 2015). Índices mundiais mostram que os casos de suicídio envolvendo jovens adultos, com faixa etária entre 15-49 anos, chegam a 12,6% do total de casos de suicídio (WHO, 2014).

Observando os números absolutos apresentados nesta pesquisa, pode-se afirmar que dos 357 casos de suicídio cometidos na faixa etária dos 20 aos 49 anos, em 59,2% dos casos foi utilizado o método do enforcamento, encontrando respaldo na literatura quando se afirma que este é o principal método utilizado pelos jovens adultos (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

No tocante a cor, os dados desta pesquisa apontaram 55,1% de casos entre brancos e 31,4% entre pardos, cenário semelhante a nível nacional. Entre 2000 e 2012 o número de suicídios cometidos por indivíduos brancos e pardos partiu de uma taxa de 5,4 e 3,3 por 100mil habitantes, para 6,6 e 5,9, respectivamente (MACHADO; SANTOS, 2015).

As questões que envolvem o suicídio versus variável cor/raça, podem se relacionar a características populacionais de cada região, e suas diversidades étnicas locais. No Estado do Pará, entre 2010 e 2013, 85,2% dos casos de suicídio acometeram pardos (BATISTA; ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2016). Na microrregião de Barbacena-MG, composta por 15 municípios, a maior taxa de suicídio por raça registrada entre os anos de 1997 a 2012 foi entre brancos (72,6%) (VIDAL et al., 2014).

Cada região possui sua herança genética deixada pelos ancestrais que ali habitaram desde suas colonizações, e por isso, este deve ser um fator para as diferenças encontradas em cada região. Na região Sul do Brasil, existe uma predominância de suicídio entre indivíduos da cor branca, o que possivelmente está ligado à colonização de imigrantes italianos e alemães, autodeclarados brancos em sua maioria (FERREIRA; TRICHÊS, 2014).

Os números apresentados no presente estudo diante da hegemonia de suicídios na população branca, pode estar ligado à supremacia distributiva de brancos na população seridoense. No último censo, a região Seridó potiguar detinha uma parcela populacional de 158.037 autodeclarados brancos, equivalente a 53,4% de todos os habitantes, sendo a população autodeclarada parda/negra equivalente à 46,2% do total populacional (IBGE, 2010).

Para todos os tipos de suicídios, pessoas de zero a três anos de estudos responderam por 64% dos casos. Em 2012, 63% dos casos de suicídios no país foram cometidos por indivíduos com até 7 anos de escolaridade (MACHADO; SANTOS, 2015). No estado do Ceará, de 1997 a 2007, as vítimas de suicídio estavam incluídas na faixa de um a três anos de escolaridade (22%), seguida de vítimas com nenhuma escolaridade (17,2%) (OLIVEIRA; BEZERRA FILHO; FEITOSA, 2012). Já em Teresina-PI, entre 2001 a 2013, 44,5% dos casos tinham de 1 a 7 anos de escolaridade (RIBEIRO et al, 2018).

Assim como em todos os tipos (X60-X84), com alto índice de suicídio em indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade, a categoria X70 apresentou números também

elevados de mortalidade a essa classe específica na Região Seridó do RN. Em Santa Catarina, de 1996 a 2010, na subcategoria X70 foram registrados 538 casos para indivíduos com 1 a 3 anos de escolaridade e 178 casos com nenhuma escolaridade, representando uma taxa de 18,3% e 6%, respectivamente, do total de casos registrados (MINGHETTI; KANAN, 2011).

Quanto ao estado civil, sabe-se que ser/estar solteiro ou sem companheiro(a) é fator de risco para o evento suicídio, resultado encontrado na Região do Seridó-RN. Em Jequié-BA, no período de 2006 a 2010, foram registrados 41,6% dos casos de suicídio em indivíduos considerados solteiros (SOUZA et al., 2011).

No Brasil, entre 2009 e 2011, 51,4% dos suicídios foram em pessoas solteiras (MOTA, 2014). Em Sorocaba-SP, de 2000 a 2009, 53% dos casos registrados foram de indivíduos solteiros (FREITAS et al., 2013). Pesquisa realizada nas capitais brasileiras apontou que 53% dos casos acometeram solteiros (SCHNITMAN et al., 2010)

Dentro deste cenário, as negligências e omissões envolvendo os registros sobre o suicídio interferem na visão macro deste fenômeno, quando acabam por tornar estes casos inexistentes, promovendo assim um alto índice de subnotificações, que podem ocorrer por vários fatores. Casos de subnotificação ligados ao suicídio no Brasil apresentam proporções significativas, sendo possível avaliar que milhares de cidadãos brasileiros cometeram suicídio desde que o país começou a coletar dados de forma sistemática (ALMEIDA et al., 2015).

O suicídio ainda é um ato envolto de preconceitos e dilemas, tabus e restrições. A sociedade ainda permanece inerte aos acontecimentos contemporâneos ligados ao suicídio, muitas vezes por desinformação, outras talvez pelo fato religioso de o suicídio ser comparado a um pecado extremo, até mesmo pelo próprio receio de se comentar este tipo de assunto, por medo de “estimulá-lo”. Mas, é através de iniciativas, programas e políticas públicas que este cenário pode e deve mudar, podendo-se prevenir e tratar indivíduos e famílias acometidas nas tentativas e atos consumados de suicídio.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou o perfil epidemiológico de suicídios na região do Seridó-RN, com predominância de homens, dos 20 aos 49 anos, cor branca, com nenhuma ou pouca escolaridade e sem companhia. O enforcamento foi o método predominante em ambos os sexos. Destacaram-se, os anos de 2003 a 2007 com alto índice de casos, no período analisado.

A subnotificação, pela incompletude ou ausência de preenchimento das certidões de óbito, erros na alimentação do banco de dados do SIM, variáveis ignoradas, entre outros, tornam-se uma limitação nos resultados encontrados, algo próprio de pesquisas epidemiológicas em dados secundários.

De maneira geral, não somente na região pesquisada, percebem-se fragilidades ou mesmo ausência de ações para prevenção e/ou combate ao suicídio em território nacional, enquanto problema da saúde pública a ser desmistificado e encarado com seriedade por toda sociedade.

## REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. et al. Comportamento Suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p.195-200, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>. Acesso em: 26 de out. 2015.

ALMEIDA, L. N. et al. O suicídio no Brasil: um desafio às ciências públicas. **Revista Brasileira de Estudos Latino-Americanos**, v. 5, n. 3, p. 510-591, set./dez. 2015.

BASTOS, R. L. Suicídios, psicologia e vínculos: uma leitura psicossocial. **Psicologia USP**, v.20, n.1, p.67-92, jan./mar. 2009.

BATISTA, N. O.; ARAÚJO, J. R. C.; FIGUEIREDO, P. H. M. Incidência e perfil epidemiológico de suicídio em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. 4, p. 61-66, 2016.

BERTOLOTE, J. M.; SANTOS, C. M.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 2, p. 87-95, out. 2010.

BOTEAGA, N. J. Comportamento suicida em números. **Debates Psiquiatria Hoje**, ano. 2, n. 1, jan./fev. 2010.

BOTEAGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 2331-236, 2014.

BOTEAGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, v.6, n. 1, p. 2-14, jan./jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876**, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas. **Prevenção do Suicídio**: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica. 2009.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Suicídio na população de 10 a 19 anos em Minas Gerais (1997-2011). **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 4, p. 1262-1267, set./dez. 2014.

CARDOSO, H. F. et al. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 12, n. 2, p. 42-48, ago./dez. 2012.

FERREIRA, V. R. T.; TRICHÊS, V. J. S. Epidemiological profile of suicide attempts and deaths in a Southern Brazilian city. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 219-227, Porto Alegre, abr./jun. 2014

FREITAS, M. N. V. et al. Suicídio consumado na cidade de Sorocaba-SP: um estudo epidemiológico. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 15, n. 3, p. 53-58, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/9925/pdf> Acesso em: 24 abr. 2017.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=G076&cat=2,-2,64,129&ind=4707> Acesso em: 24 abr. 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 86-93, 2009.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileira de Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINGHETTI, L. R.; KANAN, L. A. Estudo epidemiológico de morte por suicídio em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2010. **Visão Global**, v. 14, n. 2, p. 329-360, jul./dez. 2011.

MOTA, A. A. **Suicídio no Brasil e os contextos geográficos**: contribuições para política pública de saúde mental. 2014. 226f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2014.

MOURA, L. A. et al. Anos potenciais de vida perdidos por causas externas no Rio Grande do Norte, 2003 a 2012. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 101-106, 2015.

OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA FILHO, J. G.; FEITOSA, R. F. G. Estudo Epidemiológico da Mortalidade por Suicídio no Estado do Ceará, no período 1997-2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 159-173, jan./mar. 2012.

OLIVEIRA, N. Q. A. et al. Perfil epidemiológico dos casos de suicídio no Município de Campina Grande, Estado da Paraíba, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. 1-19, 2020.

RIBEIRO, J. F. et al. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 44-50, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25087/25845> Acesso em: 24 abr. 2017.

SANTOS, E. G. O.; BARBOSA, I. R.; SEVERO, A. K. S. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no Rio Grande do Norte, Brasil, no período de 2000 a 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p.633-643, 2020.

SCHINITMAN, G. et. al. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 44-59, jan./mar. 2010.

SOUZA, V. S. et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.1, p.38-43, 2008.

VIDAL, C. E. L. et al. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. **Caderna de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 158-164, 2014.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.108-114, 2013.

WHO. **International Satatistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. 10th revision. v. 2. 2010.

WHO. **Preventing Suicided**: a global imperative. 2014.

# CAPÍTULO 13

## TRANSTORNOS DE HUMOR E FAMÍLIA: SOBRECARGA E FATORES RELACIONADOS

*Data de aceite: 01/06/2021*

*Data de submissão: 25/04/2021*

### **Céliane Késsia Cavalcante de Araújo**

Graduada em Enfermagem (Licenciatura e Bacharelado) pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
Equador – RN  
<http://lattes.cnpq.br/9976700405050354>

### **Starlonne da Cunha Melo**

Graduado em Enfermagem (Licenciatura e Bacharelado) pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
São Miguel – RN  
<http://lattes.cnpq.br/0234816446056441>

### **João de Deus de Araújo Filho**

Mestrando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – PgEnf da Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal - RN  
<http://lattes.cnpq.br/1511050151298908>

### **Hugo Wesley de Araújo**

Graduando em Medicina pela Escola Multicampi de Ciências Médicas – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Caicó - RN  
<http://lattes.cnpq.br/3201450425944294>

### **Dulcian Medeiros de Azevedo**

Professor Adjunto IV no curso de Enfermagem Bacharelado e Licenciatura da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
Caicó – RN  
<http://lattes.cnpq.br/7071042889558651>

**RESUMO:** Os Transtornos do Humor são doenças nas quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto. As modificações de humor englobam toda a rotina da pessoa acometida, e sua ocorrência pode se relacionar com situações ou fatos estressantes. A família é a ponte inteiramente ligada a este processo, tendo em vista um maior envolvimento nos cuidados às pessoas com transtorno de humor, tornando-se importante a avaliação da sobrecarga. Objetivou-se investigar a sobrecarga do familiar da pessoa com transtorno de humor, a partir do cuidado e convivência. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa não experimental, desenvolvida na cidade de Parelhas-RN e Caicó-RN, com familiares de usuários do CAPS I e CAPS III, respectivamente, diagnosticados com algum transtorno de humor (F-30 a F-39), a partir um questionário sociodemográfico e da escala FBIS-BR. Participaram 20 familiares, no período de dezembro de 2015 a março de 2016. Em relação ao perfil sociodemográfico, a maioria tinha entre 30 a 49 anos (35,0%), eram mulheres (71,4%), moradores da zona urbana (95%) e irmãos (45%) da pessoa em tratamento nos CAPS. Em relação às médias das subescalas analisadas, a maior sobrecarga encontrada foi na subescala E (23,35). Diante disso, é importante que os serviços de saúde (CAPS) desenvolvam ações que englobem as famílias e seus usuários, para que a partir disso seja possível melhorar a autonomia e corresponsabilidade no contexto familiar, e diminuir a sobrecarga, impactando no contexto comunitário e em todas as dimensões de vida do usuário/família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtorno de Humor.

## MOOD DISORDERS AND FAMILY: OVERLOAD AND ASSOCIATED FACTORS

**ABSTRACT:** Mood Disorders are diseases in which the fundamental disbalance is mood or affect alteration. Changes in mood encompass the whole routine of the affected person, and their occurrence may be related to stressful situations or incidents. The family has a role entirely connected to this process, because of the greater involvement in the care of people with mood disorders, therefore, performing the assessment of family overload is important. The objective was to investigate family overload in relatives of people with mood disorder, based on care and intimacy. Descriptive study, with a non-experimental quantitative approach, developed in the city of Parelhas-RN and Caicó-RN, with family members of CAPS I and CAPS III patients, respectively, diagnosed with some mood disorder (F-30 to F-39), auxiliated by a sociodemographic questionnaire and the FBIS-BR scale. Twenty family members participated, from December 2015 to March 2016. Regarding the sociodemographic profile, most participants were between 30 and 49 years old (35.0%), women (71.4%), residents of the urban area (95%) and siblings (45%) of the person being treated at CAPS. Regarding the scores of the subscales analyzed, the greatest burden found was in subscale E (23.35). Therefore, it is important that health services (CAPS) develop actions that include family relatives and patients, so it may be possible to improve autonomy and co-responsibility in the family context, and to reduce the overload, impacting the community circumstances and in all dimensions of life of the user / family.

**KEYWORDS:** Mood Disorder. Mental Health. Family Overload.

## 1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, após a influência italiana de Frango Basaglia, o início da Reforma Psiquiátrica (RP) ocorreu em 1978, impulsionada pela Reforma Sanitária, onde o campo da saúde mental iniciou um processo de transformação no modelo assistencial. Baseado em outros acontecimentos mundiais nesta área, a transformação se deu pelo processo de desinstitucionalização, e foi a partir daí que a realidade manicomial passou a ser modificada nacionalmente (BRASIL, 2005).

O modelo de atenção substitutivo brasileiro segue a conformação empregada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é o de formação de redes de saúde. No âmbito da saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve ofertar assistência de maneira integrada e efetiva, proporcionando o suporte necessário e contínuo para as pessoas com transtorno mental, além de sua família, com seus diversos serviços (Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, Serviço Residencial Terapêutico-SRT, Unidade de Acolhimento-UA, Centros de Convivência, etc) (BRASIL, 2011).

Apesar disso, a RAPS nacional ainda se configura em desenvolvimento, com desafios ainda maiores a partir de um cenário complexo e preocupante, dada a publicação da Nota Técnica N° 11, em 2019, a qual trata de esclarecimentos sobre as mudanças

na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019).

A Nota Técnica apresenta uma RAPS ‘ampliada’ que passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, comunidades terapêuticas e unidades ambulatoriais, além dos antigos serviços já existentes; traz que a política de álcool e outras drogas passam à gestão do superministério da Cidadania, que incorpora Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte (BRASIL, 2019). Tais mudanças são alvo de críticas por várias entidades de direitos humanos e de defesa ao movimento antimanicomial e RPB, profissionais de saúde e familiares.

Durante anos, a psiquiatria considerou a família como causadora da doença mental do seu familiar, ou mesmo sugeria seu afastamento para também não “adoecer”. Os momentos de crise são entendidos como um envolvimento de uma série de fatores familiares, pessoais, do círculo social, da própria doença ou até mesmo desconhecidos. Com o avanço nas políticas de saúde, a família passou a ser aliada e corresponsável nos cuidados com o doente (AZEVEDO; MIRANDA, 2009; GALERA *et al.*, 2010;).

Dentre vários transtornos mentais listados, pode-se discutir sobre os Transtornos do Humor, descritos como uma perturbação e/ou alteração do humor ou afeto. Tais alterações englobam toda a rotina da pessoa acometida, e a ocorrência desses episódios podem se relacionar a situações ou fatos estressantes. A família é a ponte inteiramente ligada a essas situações e fatores estressantes (OMS, 1996).

A depressão está no quarto lugar entre as principais doenças do mundo, considerada o verdadeiro mal do século XXI e, se persistir dessa forma, tornar-se-á a segunda maior doença do mundo, só perdendo para as doenças isquêmicas e cardíacas (OMS, 2001). Atualmente, a estimativa é que cerca de 350 milhões são afetadas (OMS, 2016).

A família do paciente é representada pelas pessoas mais próximas, sendo de extrema importância na participação, inclusão e acompanhamento do tratamento da pessoa com transtorno mental (AZEVEDO, MIRANDA, 2010). O núcleo familiar possui diversas dificuldades no acompanhamento do processo saúde-doença mental de seus entes adoecidos, seja na compreensão do que é a doença mental, na conciliação entre vida pessoal e profissional, na rotina da casa, nos cuidados específicos ao doente (RAMOS; ZOTESSO, 2019).

Considerando-se os aspectos da vida familiar afetada, por possuírem em seu meio uma pessoa com transtorno mental, é de extrema importância avaliar a sobrecarga familiar, pois estudos mostram que o cuidador é sobrecarregado nas dimensões física, emocional e financeira (CARMO; BATISTA, 2017; AHNERTH, *et al.* 2020). A OMS reconhece a sobrecarga familiar como um dos indicadores do impacto do transtorno mental em âmbito global (OMS, 2001; GALERA *et al.*, 2010).

A sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos ainda é pouco estudada no Brasil no que se refere a modelos quantitativos, talvez pela deficiência de escalas nessa área, mas tem sido amplamente estudada por pesquisadores internacionais,

usando-se escalas validadas (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008).

Tendo em vista um maior envolvimento entre os familiares nos cuidados de pessoas com transtorno de humor, torna-se necessária a avaliação da sobrecarga desses familiares, pois ao avaliar o impacto deste papel nos cuidados prestados cotidianamente a esses usuários, o resultado fornecerá informações importantes para o desenvolvimento de intervenções psicossociais e educativas, ajudando as famílias e, conseqüentemente, melhorando a qualidade do atendimento nos serviços de saúde mental. Partindo dessa problemática, questiona-se: Qual a sobrecarga experimentada pelos familiares de pessoas com transtornos de humor?

Essa pesquisa tem como objetivo investigar a sobrecarga familiar da pessoa com transtorno de humor, a partir do cuidado e convivência. Poderá contribuir para a melhoria na qualidade do atendimento no serviço de saúde, já que a partir do resultado pode-se elaborar intervenções educativas relacionadas à saúde psicossocial, ajudando tanto usuários quanto suas famílias.

## 2 | METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, não experimental (POLIT; BECK, 2019). Desenvolveu-se na cidade de Parelhas-RN e Caicó-RN, com familiares de usuários do CAPS I e CAPS III, respectivamente, diagnosticados com algum transtorno de humor (F-30 a F-39).

O CAPS III Arte de Viver de Caicó-RN é um serviço que funciona 24 horas por dia, com oferta de leito de acolhimento 24 horas, além de atendimento ambulatorial em psiquiatria para Caicó e cidades vizinhas, dois dias por semana.

O CAPS I de Parelhas funciona de segunda à sexta (diurno), oferecendo à população serviços de atendimento intensivo e ambulatorial durante o decorrer da semana. O perfil dos usuários é de 81 usuários em atendimento intensivo e semi-ambulatorial, incluindo o atendimento ofertado a pessoas de cidades circunvizinhas (Carnaúba dos Dantas-RN e Santana do Seridó-RN). Participaram da pesquisa 20 familiares, no período de dezembro de 2015 a março de 2016, sendo cinco no CAPS III e 15 no CAPS I.

Como critérios de inclusão, tinha-se: ser familiar de pessoas com diagnóstico de transtorno de humor em tratamento no CAPS III de Caicó e/ou CAPS I de Parelhas; ser maior de 18 anos; acompanhar seu parente nos serviços há pelo menos um ano. Foram excluídos familiares que não conheciam ou nunca estiveram nos CAPS investigados, como acompanhante/familiar do usuário do serviço.

O instrumento de coleta de dados escolhido foi a Escala FBIS-BR (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008), que avalia o grau de sobrecarga objetiva e subjetiva apresentado pelos familiares de pessoas com transtornos mentais, em cinco dimensões de suas vidas, aferidas em cinco subescalas:

A) Nove questões avaliam a frequência da assistência ao paciente na vida cotidiana (sobrecarga objetiva: 9 a 45 pontos) e nove questões avaliam o grau de incômodo sentido ao prestar essa assistência (sobrecarga subjetiva: 9 a 36 pontos);

B) Composta por oito questões que avaliam a frequência de supervisão dos comportamentos problemáticos do paciente (sobrecarga objetiva: 8 a 40 pontos) e oito questões avaliam o grau de incômodo sentido pelo familiar ao ter que lidar com esses comportamentos (sobrecarga subjetiva: 8 a 32 pontos);

C) Avalia a dimensão financeira, referente aos gastos com o paciente. Possui cinco questões, e não foram utilizadas nesta pesquisa, pois se refere a valores em dinheiro e não escores de avaliação de sobrecarga;

D) Avalia apenas a sobrecarga objetiva. Possui quatro questões que medem o impacto na rotina diária da família, nos últimos 30 dias (4 a 20 pontos);

E) Avalia apenas a sobrecarga subjetiva, composta de sete questões que avaliam a frequência das preocupações do familiar com o paciente (7 a 35 pontos) (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008). A subescala C não foi utilizada pelos pesquisadores neste estudo.

Além da FBIS-BR, também foi construído pelos autores um roteiro com variáveis de caracterização sociodemográfica dos familiares. Os familiares foram entrevistados em suas residências e no próprio CAPS.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/ UERN), Parecer nº 1441892. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dando consentimento a participação na pesquisa conforme a Resolução 466/2012, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A análise dos dados se deu através de estatística descritiva (absoluta e percentual), apresentados por meio de gráficos e tabelas.

### 3 | RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta a caracterização dos familiares segundo idade versus sexo. Em sua maioria, tinham entre 30 a 49 anos (35,0%) e eram mulheres (71,4%).

SEXO	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
IDADE				
20-29	4	66,6	2	33,4
30-49	5	71,4	2	28,6
50-59	3	75	1	25
64-81	3	100	0	0

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual de familiares segundo a idade e sexo. Caicó-RN, Parelhas-RN, 2015/2016.

Fonte: Dados da pesquisa

O **Gráfico 1** traz a caracterização dos familiares segundo o grau de parentesco e a atividade que participa no CAPS. Em sua maioria, eram irmãos (45%), sem participação (60%) no serviço.

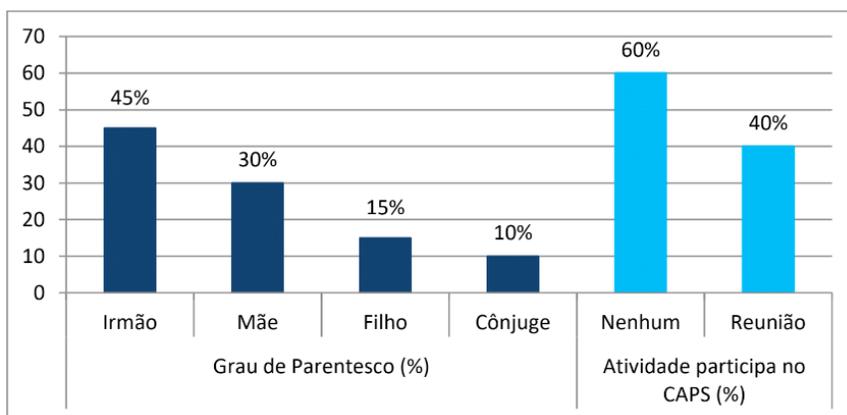


Gráfico 1 – Distribuição percentual de familiares segundo o grau de parentesco e atividade que participa no CAPS. Caicó-RN, Parelhas-RN, 2015/2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Na sequência, são apresentados os resultados encontrados a partir da aplicação da Escala FBIS-BR. A **Tabela 2** corresponde à média e aos valores mínimo e máximo para a subescala A e B (objetiva e subjetiva). A média da subescala A objetiva foi 18,1 e subjetiva 6,75; para a B objetiva foi de 12,25, já a subjetiva foi 5,55.

SUBESCALA A	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA
OBJETIVA	9	34	18,10
SUBJETIVA	0	22	6,75
SUBESCALA B			
OBJETIVA	8	22	12,25
SUBJETIVA	0	20	5,55

Tabela 2– Distribuição dos valores mínimo, máximo e média das variáveis da subescala A e B (objetiva e subjetiva). Caicó-RN, Parelhas-RN, 2015/2016.

Fonte: Dados da pesquisa

A **Tabela 3** apresenta a média e os valores mínimo/máximo correspondentes a subescala D objetiva, sendo a média 6,6.

SUBESCALA D OBJETIVA		
MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA
4	14	6,6

Tabela 3 – Distribuição dos valores mínimo, máximo e média das variáveis da subescala D objetiva. Caicó-RN, Parelhas-RN, 2015/2016.

Fonte: Dados da pesquisa

Por fim, a **Tabela 4**, traz os valores da subescala E subjetiva, com média de 23,35 e máximo de 32.

SUBESCALA E SUBJETIVA		
MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA
15	32	23,35

Tabela 4 – Distribuição dos valores mínimo, máximo e média das variáveis da subescala E subjetiva. Caicó-RN, Parelhas-RN, 2015/2016.

Fonte: Dados da pesquisa

## 4 | DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos participantes desta pesquisa é constituído por adultos com idade entre 30 a 49 anos (35,0%), mulheres (71,4%), moradores da zona urbana (95%). A pesquisa de Cardoso, Galera e Vieira (2012) com familiares apresentou sexo feminino predominante (76,2%) e maioria mães (34%). Outra pesquisa com familiares de pessoas com esquizofrenia, a maioria eram mulheres (87%) e mães (40%) (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009).

O cuidado desde muito tempo está relacionado a fatores culturais e sociais e é atribuído a mulher, pois desde jovens cuidam de seus filhos e quando mais velhas são responsáveis por cuidar de seus maridos, idosos e adoecidos, tornando-se a principal cuidadora de seu núcleo familiar (CARVALHO et al., 2008).

Quanto à variável de participação de alguma atividade do CAPS, foi visto que a maioria dos familiares de ambos os CAPS não participam de atividade alguma (60%). Essa realidade não foi diferente do estudo de Azevedo et al. (2014), onde familiares ainda permanecem com a ideia manicomial fixa, não comparecem às atividades realizadas pelo CAPS, prejudicando a função de participação e corresponsabilização familiar no tratamento do usuário.

Destaca-se a importância da participação familiar no serviço e nos cuidados com o usuário, uma vez que essa participação possibilita uma aproximação das relações afetivas e uma quebra de preconceitos como a incapacidade. Para essa efetivação, além da participação familiar, é importante e se faz necessário também, que os profissionais

estejam cientes da importância familiar neste processo, sendo assim, além de acreditarem, devem se responsabilizar por essa participação (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Uma das “heranças” deixadas pela desinstitucionalização foi a sobrecarga e o impacto na família do paciente, sendo perceptível que a domiciliação da doença gera uma desorganização na rotina familiar. A família não possui o preparo necessário para lidar com as mudanças de comportamento do seu familiar, nem sequer informações e esclarecimentos sobre o prognóstico da doença (OLIVEIRA; SÁ; ROCHA, 2011).

No que tange à sobrecarga adquirida pelo cuidado, a mesma apresenta-se de duas formas: sobrecarga objetiva, caracterizada pela situação de vida dessas famílias, sejam elas condições de moradia, renda, e o nível de autonomia do indivíduo doente; e a sobrecarga subjetiva, caracterizada pelas preocupações e incômodos gerados pela assistência prestada ao doente. As condições de vida desses familiares (sobrecarga objetiva) podem gerar a sobrecarga subjetiva, atrelando-se uma a outra (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

Com relação às médias das sub-escalas A (objetiva= 18,1; subjetiva= 6,75) e B (objetiva= 12,25; subjetiva= 5,55), constatou-se que a maior média de sobrecarga objetiva foi encontrada na subescala A, sendo essa, referente à frequência da assistência prestada ao paciente no dia a dia. Além disso, essa frequência foi superior à média constatada na subescala B que está relacionada à supervisão dos comportamentos problemáticos dos pacientes. No que se refere às médias da sobrecarga subjetiva (A e B), foi visto que os familiares tiveram um maior sentimento de incômodo ao prestar assistência nas tarefas diárias do que ao supervisionar os comportamentos problemáticos dos pacientes.

No estudo de Albuquerque, Cintra e Bandeira (2010), percebe-se semelhança dos resultados da maior média de sobrecarga objetiva, também encontrada na subescala A, e diferença da maior média de sobrecarga subjetiva (grau de incômodo), relacionada ao sentimento de incômodo ao supervisionar os comportamentos problemáticos dos pacientes.

Noutro estudo, de acordo com a subescala A, os familiares prestam assistência na vida cotidiana da pessoa com elevada frequência, sentindo-se bastante incomodados nesta assistência. Conseqüentemente, verifica-se uma elevada sobrecarga desses familiares. Já na subescala B, a maioria dos familiares não realizava supervisão aos comportamentos problemáticos com intensa frequência, causando baixa sobrecarga nessa subescala (GOMES; MELLO, 2012).

A frequência da assistência prestada na vida cotidiana do paciente mostra o quão dependente ele é. A dependência dos pacientes gera uma tensão diária no cuidador, que precisa agregar essas atividades a outras responsabilidades de sua vida cotidiana, e por causa dessa dependência do doente, o familiar apresenta uma sobrecarga de ordem prática (SOARES; AZEVEDO, 2017).

Uma das grandes saídas para a resolução dessa dependência que gera sobrecarga familiar é vista num estudo com familiares de CAPS, onde estes valorizavam o tratamento

no serviço, pois era uma das possibilidades de diminuição da sobrecarga, uma vez que o tratamento adequado tende a diminuir a dependência do familiar/cuidador. Assim sendo, diminui-se a sobrecarga familiar e melhora as consequências da sintomatologia (SOARES; AZEVEDO, 2017).

A subescala D avalia somente sobrecarga objetiva, sendo composta de quatro questões relacionadas à frequência das alterações ocorridas na rotina familiar no último mês, que neste estudo obteve 6,6 pontos. Se comparada às demais subescalas, teve o menor impacto na vida dos familiares entrevistados. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que os parentes doentes se encontravam em sua maioria fora de crise. Este mesmo achado foi encontrado noutra pesquisa (BARROSO, 2006).

A família tem o papel fundamental de cuidar, incentivar, estar presente, ser suporte seguro e confiável, pois seus integrantes buscam apoio e compreensão justamente no núcleo familiar. Por vezes, a relação entre a pessoa com transtorno mental e a família é tensa, mas a convivência pode ser harmoniosa quando os sintomas decorrentes do transtorno estão controlados (BORBA et al., 2010).

A crise é um processo que envolve a pessoa com transtorno mental, sua família, vizinhos e comunidade, momento caracterizado pela redução da tolerância e solidariedade para tratar a pessoa com transtorno mental no domicílio (KANTORSKI et al., 2011). Estudo admite que familiares que sentiam maior sobrecarga cuidavam de um paciente em crise, apresentando maior sobrecarga objetiva e cuidavam de pacientes com maior número de comportamentos problemáticos (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009).

Quando uma enfermidade acomete algum de seus integrantes, a família é provedora de apoio e suporte de cuidado, considerada unidade cuidada e de cuidados. Um verdadeiro espaço social em que seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apoiam-se uns aos outros e se esforçam para encontrarem soluções (NAGAOKA; FUREGATO; SANTOS, 2011).

Por fim, a subescala E é composta por sete questões subjetivas que têm o propósito de avaliar a frequência das preocupações do familiar com o paciente, com relação ao seu futuro, à segurança física, às suas relações sociais, dentre outras. Nesta pesquisa, obteve a maior média (23,35 pontos) de sobrecarga sobre os familiares entrevistados, mesmo achado do estudo de Barbosa (2011).

Os familiares são os principais mediadores do cuidado, e pensar no futuro dos seus parentes causa uma elevada sobrecarga, pois os mesmos não conseguem ver seus parentes sofrendo as consequências desses transtornos sozinhos (OLIVEIRA, et al. 2017). Esse tipo de sobrecarga foi manifestada por familiares de outra pesquisa (CAMPANA; SOARES, 2015), onde os mesmos relataram também uma preocupação com o doente, principalmente em relação ao futuro, sobre como seria a continuidade do cuidado após a morte do familiar/cuidador.

A preocupação dos familiares com o bem-estar do familiar que apresenta transtorno

mental é evidente, e este processo é constante na vida dessas pessoas, pois cuidar se torna a essência e prioridade no relacionamento familiar (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Muitas vezes os familiares se sentem esgotados devido às implicações que a convivência com a realidade do transtorno mental causa. Essas pessoas estão sobrecarregadas por demandas que envolvem o cargo de cuidar de seus familiares, com fatores intrinsecamente ligados à intensa preocupação, à elevada frequência de cuidados, à dificuldade financeira gerada pela doença (GOMES; MELLO, 2012).

A sobrecarga familiar pode ser melhorada com a participação do cuidador principal em programas de suporte familiar, expondo suas angústias, dúvidas sobre a doença, contando suas experiências diante das situações difíceis vividas com seu parente. Torna-se importante que a equipe de enfermagem desenvolva ações de acolhimento aos familiares, através de atendimento individual e coletivo de familiares, promovendo a escuta, esclarecimento da doença, auxílio no direcionamento da vida cotidiana e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da sobrecarga (GOMES; MELLO, 2012).

Existe, também, uma necessidade de acompanhamento psicológico para vários familiares e cuidadores, além da inclusão da família em programas de acompanhamento multiprofissional, a fim de instrumentalizar e criar fluxos para desenvolvimento da tarefa de cuidado e diminuição de carga horária (SOARES; AZEVEDO, 2017).

Torna-se fundamental que o enfermeiro ao assistir as famílias, além de desenvolver ações psicossociais, também busque identificar e atender às necessidades particulares, oferecendo apoio emocional, com o propósito de reduzir a sobrecarga familiar, pois é a família que arca com o suporte emocional no cotidiano do cuidado (FALLER et al., 2012).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças no processo de desinstitucionalização no contexto da saúde mental tornaram a família o centro de cuidados principal e, conseqüentemente, os familiares são os mais vulneráveis aos diversos tipos de sobrecargas, seja ela objetiva, pela frequência da assistência na vida cotidiana do paciente, ou subjetiva, no que diz respeito ao sentimento de incômodo que a mesma sente ao realizar determinado cuidado.

Essa assistência pode gerar dependência do paciente aos cuidados diários dos seus familiares, resultando assim, na elevada sobrecarga do familiar/cuidador. Os familiares que participaram desta pesquisa em sua maioria eram mulheres, moravam na zona urbana e eram irmãos da pessoa em tratamento nos CAPS. A subescala que teve maior significância sobre os familiares foi a relacionada à preocupação que os familiares têm com o futuro do paciente (23,35 pontos).

Diante disso, é importante que os serviços de saúde (CAPS) e a equipe técnica desenvolvam ações que apoiem essas famílias e seus usuários, para que consigam o máximo de autonomia possível, dentro de cada possibilidade, corroborando para a

diminuição da sobrecarga familiar e melhorando o convívio entre o cuidador e seu parente adoecido. O desenvolvimento dessas ações também pode contribuir para o aumento da participação das famílias nesses serviços, favorecendo a criação de laços entre todos os membros envolvidos nesse processo, com melhora na qualidade da assistência.

## REFERÊNCIAS

AHNERTH, N. M. S. et al. "A Gente Fica Doente Também": Percepção do Cuidador Familiar sobre o seu Adoecimento. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 1-20, 2020.

ALBUQUERQUE, E. P. T.; CINTRA, A. M. O.; BANDEIRA, M. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p.308-316, 2010.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. A família e os serviços substitutivos em saúde mental: um recorte da produção bibliográfica nacional em enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Goiânia, v.3, n.1, p. 93-98, 2009. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/269> Acesso em: 24 abr. 2017.

AZEVEDO, D. M. de et al. Qualidade da assistência no Centro de Atenção Psicossocial: perspectiva de familiares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 4, p.6-12, 2014.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS II em Natal-RN: a participação familiar enquanto estratégia. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 4, n. 4., p.1865-1872, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1174> Acesso em: 24 abr. 2017.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N.; GAUDÊNCIO, M. M. P. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p.485-491, 2009.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008.

BARBOSA, M. M. **Sobrecarga do cuidado em famílias de egressos de internação psiquiátrica: análise nos três meses após a alta hospitalar**. 2011. 49 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-31102011-092214/en.php> Acesso em: 24 abr. 2017.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p.1957-1968, set. 2009.

BARROSO, S. M. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: Fatores associados**. 2006. 194 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-6X3PJD/1/disserta\\_o\\_sobrecarga\\_de\\_familiares\\_de\\_pacientes\\_psiqui\\_t.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-6X3PJD/1/disserta_o_sobrecarga_de_familiares_de_pacientes_psiqui_t.pdf) Acesso em: 24 abr. 2017.

BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 2, p.442-449, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 24 abr. 2017.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União** 2011; dez 26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/legislacao/nota\\_saudemental.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf) Acesso em: 24 abr. 2017.

CAMPANA, M. C.; SOARES, M. H. Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente ao comportamento agressivo. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p.338-344, 2015.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p.517-523, 2012.

CARMO, F. J.; BATISTA, E. C. Impacto físico, emocional e social em cuidador familiar da pessoa em tratamento psiquiátrico. **Revista espaço acadêmico**, n. 197, p. 114-31, 2017.

CARVALHO, A. M. A. et al. Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? **Paidéia**, v. 18, n. 41, p.431-444, 2008.

FALLER, J. W. et al. Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p.181-189, 2012.

GALERA, S. A. F. et al. Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 4, n. 64, p.774-778, out. 2010.

GOMES, M. S.; MELLO, R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. **Smad, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 8, n. 1, p.2-8, abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n1/02.pdf> Acesso em: 24 abr. 2017.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p.2059-2066, 2011.

NAGAOKA, A. P.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e sua vivência com a doença mental. **Revista Escola de Enfermagem-USP**, v. 45, n. 4, p.912-917, 2011.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: Identificando recursos adaptativos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p.680-688, 2008.

OLIVEIRA, E. N. et al. A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. **Revista Cuidado é Fundamental (on line)**, v. 9, n. 1, p. 71-78, 2017. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4340/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4340/pdf_1) Acesso em: 24 abr. 2018.

OLIVEIRA, M. D.; SÁ, M. F.; ROCHA, M. L. Percepção da sobrecarga familiar nos cuidados ao paciente psiquiátrico crônico. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p.245-247, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde, **Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde**. USP São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português/Edusp, 10ª ed, 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Direção geral da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde, **La Depresión**, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> Acesso em: 24 abr. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RAMOS, A. C.; CALAIS, S. L.; ZOTESSO, M. C. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 1, p. 282-301, 2019.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p.127-134, 2008.

SOARES, A. L. S.; AZEVEDO, Y. L. TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E A SOBRECARGA ENFRENTADA POR FAMILIARES E CUIDADORES. **Revista Ceuma Perspectivas.**, v. 30, n. 2, p. 15-27, 2017.

# CAPÍTULO 14

## PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE COMO ALIADAS DA OTIMIZAÇÃO DO PARTO NORMAL

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 03/04/2021

### **Brunna Francisca de Farias Aragão**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/0704421263075885>

### **Mayara Santana da Silva**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/9905716519905987>

### **Gabriela Wanderley da Silva**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/7370086261750729>

### **Alice Fonseca Pontes**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/4275231013922052>

### **Alyson Samuel de Araujo Braga**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/4892008034722531>

### **Elen Vitória Oliveira de Lima**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/7127781553096546>

### **Emilly de Aquino Oliveira**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/1334075444629354>

### **Isabelly Luana Campos da Silva**

Universidade Cruzeiro do Sul  
São Paulo – SP  
<http://lattes.cnpq.br/0707501257985769>

### **Larissa Maria Farias de Amorim Lino**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/1203434732316276>

### **Maria Alice Maia de Oliveira**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/4960883871911139>

### **Rebeca Toledo Coelho**

Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/5963191656106668>

### **Alexsandra Xavier do Nascimento**

Docente de enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE)  
Recife-PE  
<http://lattes.cnpq.br/9115210857451946>

**RESUMO: Objetivo:** Relatar a relevância da utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde junto a gestantes em trabalho de parto e parto normal.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo original de caráter descritivo com natureza qualitativa desenvolvido através da vivência de acadêmicos de enfermagem durante a assistência voltada às gestantes em trabalho de parto e parto normal.

**Resultados:** Durante a vivência, os estudantes puderam prestar assistência a gestantes durante

o trabalho de parto e parto normal, nos quais foram utilizadas as PICS com o intuito de minimizar a tensão e dores provenientes dos mesmos. Observou-se como as terapias foram capazes de combater a sensação de pés cansados, diminuir os efeitos dolorosos das contrações e alcançar um certo nível de relaxamento, fatores que contribuíram para o decorrer de partos tranquilos, seguros e humanizados, bem como para o estreitamento do vínculo mãe-bebê. **Conclusão:** É evidente que o trabalho de parto é um momento estressante, logo, a disponibilização das PICS na sala de parto, potencializam a diminuição do desconforto advindo desse processo natural. Dessa forma, compreende-se a importância da implantação e divulgação destas terapias, visto que os benefícios proporcionados transmitem bem-estar, segurança e apoio para as gestantes, além disso, incentiva a participação do acompanhante e fortalece o vínculo mãe-bebê.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapias Complementares; Parto Normal; Saúde da Mulher.

## INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN HEALTH AS ALLIES OF NORMAL BIRTH OPTIMIZATION

**ABSTRACT: Objective:** To report the relevance of using Integrative and Complementary Health Practices with pregnant women in labor and normal delivery. **Methodology:** This is an original study of a descriptive character with a qualitative nature developed through the experience of nursing students during care aimed at pregnant women in labor and normal delivery. **Results:** During the experience, students were able to provide assistance to pregnant women during labor and normal delivery, in which PICS were used in order to minimize the tension and pain arising from them. It was observed how the therapies were able to combat the feeling of tired feet, reduce the painful effects of contractions and achieve a certain level of relaxation, factors that contributed to the course of peaceful, safe and humanized deliveries, as well as to the narrowing of the mother-baby bond. **Conclusion:** It is evident that labor is a stressful moment, therefore, the availability of PICS in the delivery room, potentiate the reduction of discomfort arising from this natural process. Thus, it is understood the importance of implementing and disseminating these therapies, since the benefits provided transmit well-being, safety and support for pregnant women, in addition, it encourages the participation of the companion and strengthens the mother-baby bond.

**KEYWORDS:** Complementary Therapies; Normal birth; Women's Health.

## INTRODUÇÃO

O parto configura-se de modo geral em um momento único que proporciona uma experiência marcante e significativa na vida da mulher. A vivência desse momento está ligada a diversas mudanças fisiológicas e psicológicas, além disso a ocasião do parto une-se a diversos fatores, tais como cultura, expectativas, experiências, conhecimentos advindos de processos anteriores ao parto, como os adquiridos no pré-natal e até mesmo os individuais, a atenção e os cuidados recebidos no período do parto. Cada um desses fatores é construído de forma individual por cada mulher, portanto, o momento do nascimento é dinâmico e deve ser moldado para cada mãe, pai e a toda família envolvida no processo,

respeitando suas escolhas e individualidades (LOPES et al, 2009).

A dor é uma sensação fortemente presente na vivência do parto e que em quase todos os casos manifesta-se de forma muito intensa. De acordo com Lopes et al (2009), a dor no processo da parturição é uma resposta fisiológica aos estímulos sensoriais gerados principalmente pelas contrações uterinas. Entretanto, sua percepção é considerada complexa e subjetiva. O comportamento da mulher na vigência da dor do parto é variável e está estreitamente vinculado ao alívio da sensação dolorosa.

Diante disso, cada parto apresenta uma singularidade e experiência específica para cada mulher. Seja o primeiro ou os subseqüentes, poderá desencadear um medo, que aumenta a ansiedade e conseqüentemente a sensação de dor (LOPES et al, 2009). A vivência do parto se transforma na maioria das vezes em uma experiência traumática, pois a dor é o grande medo das mulheres, além de ser também o principal fator para optar por uma cesariana (LARA et al, 2020). No entanto, a dor não reproduz apenas um papel de vilã, ela possui uma importância e forte influência no desenvolvimento do parto, porém é necessário destacar a indispensabilidade da execução de práticas efetivas de alívio desta, que possibilite melhores condições para a mulher durante o nascimento do seu filho (LOPES et al, 2009).

O profissional de saúde também gera impactos na experiência da mulher. O comportamento apresentado por estes vai contribuir positiva ou negativamente no processo do parto. É necessário que a equipe que está prestando os cuidados a mulher, reconheça-a como a protagonista do ato de parturição respeitando suas decisões e promovendo acolhimento, conforto e segurança. Isso contribuirá fortemente para que ela sinta menos medo, ansiedade, nervosismo, angústia, pânico e dor. A atuação empática dos profissionais de saúde é primordial para um atendimento humanizado, pois, dessa forma, consegue-se enxergar e sentir a grande importância do momento do parto para a mulher e sua família (LOPES et al, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a humanização do parto se dá ao conjunto de medidas e procedimentos que venham a proporcionar um parto onde é obedecido o seu processo natural sem que hajam interferências desnecessárias, trazendo desta forma uma garantia para a saúde da mãe e do bebê (SANTOS; OKAZAKI, 2012).

O conceito de humanização transcende a ideia que se volta somente ao processo de assistência ao parto, ramificando-se para aspectos como a própria estrutura hospitalar da instituição escolhida, assim como a organização nela presente, como uma assistência de qualidade que respeite a autonomia da mulher no ato de parir. Vinculado a estes aspectos físicos e da assistência, é preciso que a equipe responsável pela condução do parto preste um serviço que proporcione o acolhimento e conforto, demonstrando confiança para a realização do parto (SANTOS; OKAZAKI, 2012).

Durante o parto normal é importante fazer a discussão acerca do processo de humanização do mesmo por parte dos profissionais de enfermagem, que tem um papel

muito importante nesse processo. É preciso que se crie um vínculo com a parturiente a fim de saber suas necessidades e intervenções necessárias por ela demonstradas, fazendo com que ela sinta-se sempre como protagonista do seu próprio processo de parir, indo contra o modelo mecânico, medicamentoso e intervencionista do parto hospitalar (MOURA *et al.*, 2020, p. 203).

Historicamente, o cuidado em saúde passou por muitas transformações e modelos que foram desenvolvidos baseados na cultura e possibilidades de cada época. Tinha-se como principal modelo ocidental, o biomédico e este apresentou soluções eficazes no que tange a questões de saúde-doença. Entretanto, a superespecialização e a dicotomia no cuidado são críticas cada vez mais frequentes e responsáveis pela insatisfação de uma grande parcela populacional, fazendo com que essas pessoas busquem formas alternativas de tratamento (MARTINS & VIEIRA, 2018).

Nesse contexto surgem as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), definidas na portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 como sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002.

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

O trabalho de parto é constituído pelos pródromos, fase latente e a fase ativa, sendo esta última considerada a fase final do parto, na qual as contrações são mais intensas, dolorosas e regulares, além da dilatação superior a 5 cm. As PICS mais usadas nessa etapa são a auriculoterapia, a acupressão, essências florais, a hidroterapia, bola suíça, o banho de chuveiro e o banho de imersão (SILVA; CUNHA; ARAÚJO, 2020).

As práticas integrativas auxiliam no tratamento de distúrbios obstétricos, como é o caso das terapias florais que atua também na redução do período de expulsão e dor do parto, permitindo uma possibilidade de cuidado à mulher sem precisar ser uma técnica invasiva. O uso de essências florais age no alívio da dor, assim como na obtenção de calma, relaxamento e concentração. Essa terapia trabalha as emoções da parturiente, visando manter seu estado positivo e deixá-la mais confiante e corajosa, favorecendo o controle da dor e a segurança de uma boa evolução (SILVA; CUNHA; ARAÚJO, 2020).

A dor é uma das questões mais pertinentes em relação ao trabalho de parto, e no que diz respeito a mais uma prática que auxilia no seu alívio estão o banho de imersão e a hidroterapia, reduzindo o uso de fármacos e aliviando a dor. O banho promove também

o bem-estar e a redução do estresse e nervosismo. Como efeitos da hidroterapia tem-se a diminuição da ansiedade, a promoção de um conforto mais acentuado, a aceleração do parto, a redução de trauma perineal e do estresse, e a regulação das contrações uterinas (SILVA; CUNHA; ARAÚJO, 2020).

Consonante ao Sistema Único de Saúde e respaldado pelas diretrizes da OMS, o Ministério da Saúde vigora então, a portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS e o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em vista do que foi apresentado, é possível compreender a importância das PICS no trabalho de parto e parto normal, transformando-os em momentos humanizados e respeitosos para com a parturiente, evitando desta forma possíveis traumas para a mulher. A equipe de enfermagem com especialidade em PICS pode fazer desta uma ferramenta para obtenção de resultados positivos, como o aumento da autoestima da mulher e sua autonomia, tornando-a, desse modo, a protagonista do seu processo de parir. A partir disso, a vivência do parto deixa de ser um momento de temor e ansiedade, passando a ser um acontecimento positivo e agradável.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo relatar a relevância das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde junto a gestantes em trabalho de parto e parto normal.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo original de caráter descritivo com natureza qualitativa desenvolvido através da vivência de acadêmicos de enfermagem durante a assistência voltada a gestantes em trabalho de parto e parto normal.

A referida experiência foi desenvolvida em uma maternidade vinculada a uma Universidade Estadual da cidade de Recife - PE. O presente estudo foi construído no período de março a dezembro de 2019.

As gestantes que participaram do estudo estavam sendo acompanhadas pela referida maternidade e foram escolhidas por demanda livre e espontânea de acordo com a necessidade assistencial manifestada.

Vale ressaltar que, mesmo não havendo a necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o presente trabalho respeitou a Resolução 466/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a vivência, os estudantes puderam prestar assistência a gestantes durante o trabalho de parto e parto normal, nos quais foram utilizadas as PICS com o intuito de minimizar a tensão e dores provenientes dos mesmos.

As gestantes tiveram os pés submersos em água aquecida e óleos essenciais, seguido de massagem e retornando à água aquecida. Também foram realizadas massagens com os óleos essenciais na região lombar, com o objetivo de reduzir os incômodos e a dor local.

Ressalta-se que a aromaterapia é uma prática terapêutica que utiliza propriedades dos óleos essenciais a fim de recuperar e harmonizar o equilíbrio do organismo promovendo a saúde física e mental. Além disso, suas ações terapêuticas podem ser anti-inflamatórias e antibacterianas como também contribuem para os tratamentos contra a ansiedade, depressão e insônia. Ademais, o uso dos óleos essenciais durante o trabalho de parto pode ser um importante aliado diante das percepções dolorosas e psicológicas relacionadas a esse momento de estresse, medo e desamparo (PAVIANI, TRIGUEIRO, GESSNER, 2019).

A aromaterapia tem por benefícios favorecer o controle da ansiedade/tensão, o aumento da auto-estima, o bem-estar, a autonomia, o controle da depressão, a mudança de vida, a conservação de energia, a aceitação do estado de saúde, o controle do medo e da dor, qualificando assim, a assistência prestada à mãe. Tendo como foco na primeira fase do parto, o uso de óleos calmantes e sedativos tais como lavanda e camomila são recomendados, assim com outros tipos de óleos como olíbano que possuem ações relaxantes, auxiliam na respiração e devem ser utilizados na fase de transição do primeiro período do parto. Atentando-se para a segunda fase, os aromas mais fortes e apimentados podem promover uma sensação de força e antecipação do trabalho de parto, como o jasmim, pois aumenta as contrações uterinas (LARA et al., 2020).

Por outro lado, as massagens para as gestantes são cruciais, pois dentre os benefícios, destacam-se alívio de dores, diminuição dos enjoos e cansaço além de prevenir contra azias, contribuem para o fortalecimento da musculatura. Desse modo, essa prática agregada a escalda-pés cuja técnica de relaxamento consiste em repousar os pés em uma bacia de água morna com ervas e/ou óleos aromatizantes por mais ou menos 15 minutos, seguidos de pelo menos 5 minutos de massagem, favorecem o relaxamento e diminuição do ritmo agitado do cotidiano que são causados na gravidez. Nesse entendimento, tais técnicas proporcionam um momento seguro e confortável para a parturiente (AGUIR et al., 2020). Sob esse contexto, o escalda-pés, sendo um método não farmacológico, pode ser utilizado também para amenizar edemas em membros inferiores, sensação de dor e outras afecções nos pés, atentando-se apenas para o controle da temperatura da água a ser usada e a escolha adequada dos componentes aromáticos e fitoterápicos do preparo (AGUIR et al., 2020).

Observou-se como as terapias foram capazes de combater a sensação de pés cansados, diminuir os efeitos dolorosos das contrações e alcançar um certo nível de relaxamento, fatores que contribuíram para o decorrer de partos tranquilos, seguros e humanizados, bem como para o estreitamento do vínculo mãe-bebê.

Ao término da terapia, foi perceptível uma grande relevância desta para o momento que as pacientes estavam vivenciando, proporcionando-lhes o sentimento de bem-estar e acolhimento durante um acontecimento tão especial.

As PICS constituem uma ferramenta essencial para a prestação de assistência humanizada e qualificada às gestantes. A equipe de saúde ao implementar o modelo holístico na atenção ao parto, potencializa a participação ativa do acompanhante, a privacidade da mulher e sua família durante o trabalho de parto, o emprego de recursos terapêuticos não farmacológicos para a dor, o incentivo ao contato pele a pele e amamentação logo após o nascimento (ALENCAR et al., 2021). Tais ações proporcionam uma abordagem integral, objetivando fortalecer o vínculo da gestante com a equipe e a família durante o processo de parturição, além de complementar as ações de saúde (OLIVEIRA, 2018).

Além de minimizar o desconforto e a dor durante o trabalho de parto, as PICS favorecem o aproveitamento do momento, por meio da assistência digna e de qualidade. Dessa forma, a equipe de saúde respeita e apoia as vontades e direitos da mulher, incentivando a autonomia e o empoderamento da parturiente nesta fase importante. Tal atitude resulta no alívio da ansiedade e medo, sentimentos que prejudicam a relação da gestante com a família e o bebê. Portanto, as PICS fortalecem a conexão do binômio mãe-bebê e a participação dos familiares no trabalho de parto (FERREIRA et al., 2021; OLIVEIRA, 2018; ALENCAR et al, 2021).

Especialmente no parto normal, por ser um evento estigmatizado pela sociedade moderna, sendo relacionado a dor e sofrimento, é observado que muitas gestantes temem passar por esse momento, o que resulta em preocupações, estresse e angústias. As PICS permitem, por meio das diversas modalidades, uma assistência humanizada e integral que, mesmo diante de um período longo, marcado por dores, cansaço e eventos imprevisíveis, os sentimentos negativos sejam amenizados, além de oferecer para a parturiente um momento de reconhecimento da autonomia e da autoestima feminina (FREIRE et al, 2017; SILVA et al, 2020).

## CONCLUSÃO

O trabalho de parto é um momento que pode gerar estresse, sendo necessário técnicas que possam proporcionar conforto na sala de parto. As PICS têm o papel de trazer esse conforto, de forma que o parto seja humanizado transmitindo bem-estar e criação de laços entre mãe e filho. Esse é um momento holístico que minimiza a dor, e proporciona a assistência em saúde de forma integral. O conforto seguro e humanizado

ao parto, contribuem para o protagonismo feminino no exercer de sua autonomia seguindo os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais que envolvem o processo do parto.

No que diz respeito à aplicação das práticas integrativas na assistência ao parto normal, sua utilização foi relacionada à redução significativa da tensão e das dores gestacionais. A técnica de escalda-pés empregada pelos graduandos também foi eficaz para minimizar a sensação referida de astenia e fadiga muscular, além de aumentar o relaxamento físico e emocional das parturientes. Ademais, quando se trata do vínculo parturiente-acompanhante, foi observada uma melhor dinâmica de interação durante a implementação das PICS. Tais interações, combinadas de forma integral e espontânea às práticas integrativas, puderam proporcionar momentos de fortalecimento, conforto e alívio emocional, tanto para os indivíduos acompanhantes quanto para as gestantes no ato de parir.

Além disso, houve relação direta entre ofertar assistência associada às práticas integrativas e a observação de efeitos positivos na otimização do parto. Em paralelo, o aproveitamento da vivência dos acadêmicos foi refletido em sua oportunidade de integrar o arcabouço teórico-prático, o que por sua vez não apenas consolida e aperfeiçoa uma formação fundamentada na visão ampliada de saúde, que é capaz de perceber seus pacientes numa integração biopsicossocial e garantir um parto mais humanizado, como fortalece o propósito do ensino universitário de levar, para além dos muros das salas de aula, o produto resultante do que se desenvolve na academia, contribuindo para o benefício e o progresso da sociedade.

Iniciativas como as que foram descritas neste estudo promovem a melhoria das condições de trabalho de parto e, mais do que isso, fomentam a garantia ao direito de receber assistência integral à saúde. Esse é um momento extremamente importante para o binômio mãe-bebê, onde os primeiros laços se tecem e é também nesse momento que as práticas integrativas permanecem trazendo excelentes resultados. No entanto, vale ressaltar que é necessário maior investimento e aprimoramento nas políticas públicas de saúde no que tange a utilização dessas técnicas. É preciso democratizá-las através da formação de profissionais da área obstétrica em PICS, prover os insumos para a realização das práticas e também difundir a sua relevância às usuárias dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Rosemary Fernandes Corrêa et al. **Experiência sobre a inserção de oficinas de práticas integrativas e complementares em saúde no trabalho de parto.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, PR, v. 4, n. 1, p. 2610-2620, 2021.

AGUIR, Fernanda Soares de et al. **ESCALDA-PÉS E OS BENEFÍCIOS À SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM.** Salão do Conhecimento, 2020.

FERREIRA, Roberta Conceição et al. **Práticas integrativas e complementares na assistência do período puerperal**. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health, v. 13, n. 1, 2021.

FREIRE, Hyanara Sâmea de Sousa et al. **Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas**. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 6, p. 2357-2367, abr. 2017.

LARA, S.R.G et al. **Vivência de mulheres em trabalho de parto com o uso de essências florais**. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:162-168. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7178>. Disponível em: <file:///C:/Users/Note/Downloads/7178-46262-3-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 20 de março de 2021.

LOPES, C.V et al. **Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento do seu filho**. Cogitare Enferm 2009 Jul/Set; 14(3):484-90. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16178/10697>>. Acesso em: 20 de março de 2021.

MARTINS, G.F; VIEIRA, L.G. **Práticas Integrativas e Complementares para o bem estar da gestante**. Revista Brasileira de Ciências da Vida, v. 6 n. Especial (2018). Disponível em: <<http://jornalold.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/772/378>>. Acesso em: 20 de março de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 971, de 03 de Maio de 2006**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)>. Acesso em: 20 de março de 2021.

MOURA, J.W.S; LEITE, J.C.S; OLIVEIRA, V.R; SILVA, J.P.X. **Humanização do parto da perspectiva da equipe de enfermagem de um centro de parto normal**. Enferm. Foco 2020; 11 (3): 202-209. Disponível em: <file:///C:/Users/Note/Downloads/3256-22344-1-PB.pdf>. Acesso em: 26 de março de 2021.

OLIVEIRA, Jusciara Larissa Souto de. **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: REVELANDO A ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS**. Orientador: Profª. Drª. Gigliola Marcos Bernardo de Lima. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2018.

PAVIANI, Bibiana Amaral; TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; GESSNER, Rafaela. **O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 23, ed. 1262, 2019.

SANTOS, I.S, OKAZAKI, E.L.F.J. **Assistência de enfermagem ao parto humanizado**. Rev Enferm UNISA. 2012; 13(1): 64-8. Disponível em: <file:///C:/Users/Note/Downloads/Assistencia\_de\_enfermagem\_ao\_parto\_human.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2021.

SILVA, A.D.V; CUNHA, E.A; ARAÚJO, R.V. **Os benefícios das práticas integrativas e complementares no trabalho de parto**. Research, Society and Development, v. 9, n.7, e 614974468, 2020. Disponível: <<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4468/4002>>. Acesso em: 20 de março de 2021.

SILVA, Maria Andréia da et al. **Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto**. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Fev 2019.

# CAPÍTULO 15

## REFLEXOS DOS DISTÚRBIOS DO SONO NA POPULAÇÃO IDOSA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 15/04/2021

### **Marta Beatriz Santos Macêdo**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Aparecida de Goiânia – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/0429639042164299>

### **Ana Julia Gonçalves Jesus**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Goianésia – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/9948341289302336>

### **Anna Lídia Masson Roma**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Rio Verde – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/0132974827725058>

### **Beatriz Campos Costa**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Goianésia – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/4520579977036598>

### **Elissandra Ferreira Loiola**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Goianésia – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/8732963376881957>

### **Giovanna Masson Roma**

Universidade de Rio Verde – UniRV  
Rio Verde – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/3844459125487772>

### **Jenifer Sayuri Takahashi Sunahara Teodoro**

Universidade de Rio Verde – UniRV  
Rio Verde – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/7450016930661945>

### **Káryta Lorrane Xavier Oliveira**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Goianésia – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/2783964879079218>

### **Letícia Priscila dos Anjos Goulart**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Goianésia – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/8975469163384043>

### **Renata Miranda**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Goianésia – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/6993322082927246>

### **Thaís Fernanda Santos Azevedo**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Goianésia – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/3302573493245150>

### **Ana Paula Sá Fortes Silva Gebrim**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Goianésia – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/0637312615078540>

**RESUMO:** O presente trabalho aplicou a metodologia de resumo expandido no qual, foi coletado diferentes dados, com a temática voltada aos distúrbios do sono em idosos. A discussão teve como análise os distúrbios recorrentes que acometem essa população, como a ausência (insônia) ou dificuldade de iniciar o sono, e suas principais causas externas como: álcool, cafeína e nicotina, e remédios: anti-hipertensivos, antiarrítmicos e corticoides, que podem ser responsáveis por essas alterações. Além das causas externas serem favoráveis a

essa disfunção, também há a relação de doenças demenciais, tais como doença de Alzheimer e de Parkinson; alterações provocadas pelo próprio processo de envelhecimento, causando uma disfunção no sono desses idosos; e as consequências que essa má qualidade de sono pode acarretar na população idosa. Conclui-se que é considerável a análise de alterações relacionados ao sono, levando em conta suas causas e futuras consequências na qualidade de vida da população idosa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Integral ao Idoso, Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono, Distúrbios do sono, Doença de Alzheimer.

## REFLECTIONS OF SLEEP DISORDERS IN THE ELDERLY POPULATION

**ABSTRACT:** The present work applied the expanded summary methodology in which different data were collected, with the theme focused on sleep disorders in the elderly. The discussion had as analysis the recurrent disorders that affect this population, such as the absence (insomnia) or difficulty in initiating sleep, and its main external causes such as: alcohol, caffeine and nicotine, and medicines: antihypertensive, antiarrhythmic and corticosteroids, that may be responsible for these changes. In addition to the external causes being favorable to this dysfunction, there is also a relationship of dementia diseases, such as Alzheimer's and Parkinson's disease; changes caused by the aging process itself, causing sleep dysfunction in these elderly people; and the consequences that this poor quality of sleep can have on the elderly population. It is concluded that the analysis of changes related to sleep is considerable, taking into account its causes and future consequences on the quality of life of the elderly population.

**KEYWORDS:** Comprehensive Care for the Elderly, Sleep initiation and maintenance disorders, Sleep disorders, Alzheimer's disease.

## 1 | INTRODUÇÃO

Fora visto que, ao passar dos anos o indivíduo vai perdendo a qualidade do sono, devido a alterações que ocorrem com a idade. Nos idosos esta alteração possui controvérsias, podendo ser tanto devido a senescência do envelhecimento normal quanto por doenças neurológicas ou psiquiátricas que aparecem com a idade avançada. Essas modificações afetam mais da metade da população que possui idade maior que 65 anos, acarretando alterações no balanço homeostático que respigam nas funções psicológicas, comportamentais, de humor e na habilidade de adaptação do idosos.

Dentre as alterações do sono existentes nos idosos a insônia é a mais prevalente. De acordo com o DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV*), ela é definida como uma distonia entre a quantidade de sono que um indivíduo apresenta e a qualidade exercida por este. No cenário de doenças demenciais, como no Alzheimer, a fragmentação do sono comumente se faz presente e prejudicando assim a qualidade de vida do idoso.

A senilidade que é definida como envelhecimento patológico do indivíduo está relacionada com as alterações do sono. Tendo como um dos fatores a perda neuronal e a

atrofia do núcleo supraquiasmático que são alterações neuropatológicas da DA (Doença de Alzheimer) contribuem para o transtorno do sono, uma vez que intervêm no ciclo sono-vigília. O sono adequado tem relevância na vida e na saúde, assim sendo quando desregulado contribui para transtornos que predis põem riscos à vida do idoso.

Portanto, o presente estudo tem por objetivo relacionar as alterações de sono devido à senescência e a senilidade e os fatores que podem ser associados, abordando as possíveis consequências que traz para a vida do idoso.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um resumo expandido, em que, coletou-se dados eletrônicos nas bases SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), Google Acadêmico, Associação brasileira de medicina do sono, Tratado de Geriatria, Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde e as Revistas Brasileiras de Geriatria e Gerontologia, de Neurologia e de Psiquiatria, utilizando os descritores “Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono”, “Senescência”, “Doença de Alzheimer”, “Insônia”, “Distúrbios do sono” e “Atenção Integral ao Idoso”. Assim, os critérios de inclusão foram artigos com recorte temporal de 1999 a 2020 em idioma português. Os critérios de exclusão foram artigos que não apresentavam metodologia adequada ou não abordavam a área de interesse. Assim, após o levantamento dos dados, foram usados 13 artigos nas bases de dados citados. Em seguida, foi feita a leitura e análise dos artigos e dos tratados para serem empregados neste resumo expandido.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A principal alteração do sono é sua falta, definida como ausência ou dificuldade de iniciar o modo de sono, e até mesmo sustentar o período o qual o corpo precisaria estar dormindo, caracteriza-se como insônia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A insônia é responsável por um sono mal dormido, seja quantitativamente, seja qualitativamente, possui causa multifatorial, pode ser classificada como primária (sem causa aparente, em que o paciente não consegue descansar a mente após deitar) ou secundária a problemas orgânicos ou psicológicos, nunca considerada como normal do envelhecimento, além de tal classificação há também a temporária ou crônica (acima de 6 meses) explicitado por Wannamacher (2007) em seu artigo.

Relacionando a doença da falta de sono, insônia, as principais causas da forma secundária na geriatria são bebidas (álcool, cafeína e nicotina), remédios (anti-hipertensivos, corticoides, descongestionantes nasais, protetores gástricos, hormônios tireoidianos, antiarrítmicos, nicotina, alguns analgésicos, estimulantes de ação dual, anticolinesterásicos, inibidores de recapitação de serotonina e vários outros que devem ser pesquisados com cuidado pelo médico atendente) e doenças demenciais, tais como doença de Alzheimer e de Parkinson (FREITAS, 2018).

Estabelecendo uma intrínseca relação entre a doença de Alzheimer (DA) e os distúrbios no sono, evidências atestam que transtornos progressivos no ciclo do sono possam contribuir para o posterior desenvolvimento da doença de Alzheimer. É, portanto, caracterizada pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1907, é uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória, diversos distúrbios cognitivos inclusive distúrbios no sono (SMITH, 1999).

O transtorno no sono verificado no processo de envelhecimento advém de alguma anormalidade no ciclo sono-vigília, que corresponde à alternância entre períodos de alerta, onde atua o hormônio cortisol, e período de sono determinado pela ação da melatonina. Diante disso, é possível que o envelhecimento fisiológico ou a presença de alguma patologia base reflitam em uma redução na produção da melatonina que repercutirá em distúrbios no sono, bem como uma desregulação entre períodos de alerta e sono visualizados com frequência entre os idosos. Atualmente, atribui-se aos sistemas hipotalâmicos e suas respectivas interações funcionais com o sistema de controle temporizador circadiano o controle deste ciclo (ALOE; AZEVEDO; HASAN, 2005).

Durante o processo de envelhecimento ocorrem várias mudanças no ciclo do sono, apesar da velhice por si só não ser causa de distúrbios do sono. São evidentes alterações quantitativas e qualitativas do sono. O tempo total de sono noturno diminui significativamente com o avançar da idade, porém tende a manter-se após os 65 anos. A principal mudança ocorre na arquitetura do sono, com a redução percentual do sono de ondas lentas e REM. O estágio IV (um dos estágios de sono profundo, juntamente com o estágio III) não mais se registra, havendo redução do estágio III e aumento dos despertares noturnos, o que traz como consequência direta sua menor eficiência, principalmente na presença de comorbidades, e do uso de medicamentos para tratar essas condições.

De acordo com o DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV*) a insônia é composta por um ou mais dos seguintes sintomas: dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono, que se caracteriza por frequentes despertares noturnos ou dificuldade em retomar o sono após despertar, despertar precoce e sono não restaurador. O estado de alerta e energia são prejudicados, ou seja, os idosos tendem a estar mais indispostos e com astenia evidente, já que a quantidade de sono não foi suficiente para suprir os sistemas orgânicos.

A má qualidade do sono pode acarretar doenças em idosos, dentre as quais, destacam-se: depressão, alterações de humor e ansiedade, cardiopatia, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, dor crônica, doença gastrointestinal, Alzheimer e doença de Parkinson (PEREIRA; CEOLIM, 2011).

As consequências clínicas dos problemas do sono em idosos podem resultar frequentemente em desorientação, alteração cognitiva, retardo psicomotor e diminuição da função física, com implicações diretas nas atividades de vida diária (AVDs), risco aumentado de acidentes e traumas, pior estado de saúde e aumento do risco de morte

(PEREIRA; CEOLIM, 2011).

Para tanto, distúrbios na qualidade do sono no envelhecimento não é apenas uma questão da prática clínica, como também um problema de saúde pública, tendo em vista os graves entraves correlatos, conforme mencionado outrora e que potencialmente podem se tornar uma causa de redução de anos de vida saudáveis entre os idosos resultando de perda da funcionalidade devido à alteração no ciclo sono-vigília.

## 4 | CONCLUSÃO

Portanto, a insônia na sua condição de um distúrbio patológico do sono é indubitavelmente -um problema de saúde pública e merece uma atenção ainda mais especial quando se trata de idosos, pois o prejuízo do sono aumenta a chance de déficit cognitivo e a ocorrência de quedas. Dessarte, enquadrar a falta de sono como algo normal em razão do processo de senescência contribui para o subdiagnóstico e para o agravamento do consumo de drogas hipnóticas, nem sempre prescritas e consumidas com observância à sensibilidade farmacodinâmica da idade e às alterações no desempenho diário do idoso, afetando, dessa forma, a qualidade de vida da terceira idade.

## REFERÊNCIAS

ALOE, Flávio; AZEVEDO, Alexandre Pinto de; HASAN, Rosa. Mecanismos do ciclo sono-vigília. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 27, supl. 1, p. 33-39, maio de 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000500007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 24 de maio de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000500007>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DO SONO. **Sono e envelhecimento**. Disponível em: [https://www.absono.com.br/\\_ANTIGO\\_WP\\_abms/sono-e-envelhecimento.html](https://www.absono.com.br/_ANTIGO_WP_abms/sono-e-envelhecimento.html). Acesso em: 22 mai. 2020

FERNANDES, Regina Maria França. O sono normal. **Revista FMRP**, Ribeirão Preto, v. 39, ed. 2, p. 157-168, 2006. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n2/1\\_o\\_sono\\_normal1.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n2/1_o_sono_normal1.pdf). Acesso em: 22 maio 2020.

FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia. Transtornos do sono em idosos. *In*: GORZONI, Milton Luiz *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA, 2018. cap. 29, p. 346-356.

FERNANDES, R. A. et al. Fraturas do fêmur proximal no idoso: estudo de custo da doença sob a perspectiva de um hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.395-416, 2011.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter et al. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453-465, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Academia Brasileira de Neurologia. Distúrbios do sono. *In*: **Dicas em saúde**. Biblioteca virtual em saúde, novembro 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/256\\_disturbios\\_sono.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/256_disturbios_sono.html). Acesso em: 22 maio 2020.

PEREIRA, A. A.; CEOLIM, M. F. (2011). Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 769-778.

QUINHONES, M. S., GOMES, M. D. M. (2011). Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. *Rev Bras Neurol*, 47(1), 31-42.

SCORALICK, F. M., CAMARGOS, E. F., FREITAS, M. P. D., NÓBREGA, O. T. (2015). Tratamento ambulatorial dos transtornos do sono em pacientes com doença de Alzheimer. *Einstein (São Paulo)*, 13(3), 430-434.

SERENIKI Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, supl. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000200002&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200002&Ing=en&nrm=iso) Acesso em 24 de maio de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000200002>.

SMITH, Marília de Arruda Cardoso. Doença de Alzheimer. *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, supl. 2, p. 03-07, outubro de 1999. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000600003&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600003&Ing=en&nrm=iso) Acesso em 24 de maio de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000600003>.

WANMACHER, Lenita. Como manejar a insônia em idosos: Riscos e benefícios. **Uso racional de medicamentos**: Temas selecionados, Brasília, v. 4, n. 5, 2007. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=511-como-manejar-a-insonia-em-idosos-v-4-n-5-2006-1&category\\_slug=uso-racional-medicamentos-685&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=511-como-manejar-a-insonia-em-idosos-v-4-n-5-2006-1&category_slug=uso-racional-medicamentos-685&Itemid=965). Acesso em: 22 maio 2020.

# CAPÍTULO 16

## ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL EM CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA DISCENTE DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

*Data de aceite: 01/06/2021*

**Michelle Gabriela do Santos Dutra**

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UFRJ  
Macaé, Rio de Janeiro

**Renata Borba de Amorim Oliveira**

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UFRJ  
Macaé, Rio de Janeiro

**RESUMO:** O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo. Diante dessa realidade é necessário que sejam ofertados a população serviços de cuidados paliativos para o acompanhamento, tratamento e a manutenção da qualidade de vida destas pessoas. Este trabalho é um relato de experiência vivenciado por uma acadêmica de nutrição em um ambulatório de cuidados paliativos. Trata-se de um relato do tipo descritivo, desenvolvido mediante o interesse pelo tema do presente estudo, buscando maior conhecimento sobre o assunto, relacionando o campo de atuação e de possibilidades do profissional nutricionista. O presente relato mostra a dinâmica do atendimento ambulatorial de cuidados paliativos por meio da explanação de três diferentes casos de pacientes, com uma análise reflexiva sobre cada um deles e as contribuições destes para o aprimoramento profissional da autora. Através dos relatos e de suas análises, podemos perceber que cada paciente vivencia seu processo de doença de forma singular, havendo fatores em comum como

a presença do medo, desejo da cura, negação, vaidade feminina, preferências alimentares, dúvidas sobre alimentação, dor, angústia, apoio familiar e de amigos, cada uma vivenciando processos diferentes em seus tratamentos. Desse modo, identificamos a importância de uma equipe multidisciplinar na assistência em cuidados paliativos e destacamos a importância do profissional nutricionista, considerando o papel que a alimentação pode desempenhar no cuidado em saúde desses pacientes, na busca por conforto e visando a qualidade de vida para este indivíduo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados paliativos, Nutrição, Nutricionista, Ambulatório e Qualidade de Vida.

### AMBULATORY ASSISTANCE IN PALLIATIVE ONCOLOGICAL CARE: EXPERIENCE REPORT OF A GRADUATION STUDENT IN NUTRITION

**ABSTRACT:** Cancer is the main public health problem in the world. In view of this reality, it is necessary that palliative care services can be offered to the population for the monitoring, treatment and maintenance of the quality of life of these people. This work reports the experience lived by a nutrition student in a palliative care outpatient clinic. It is a descriptive study, developed through the interest in the theme, seeking greater knowledge on the subject, relating the field of action and the dietitian possibilities. This report shows the dynamics of outpatient palliative care by explaining three different cases of patients, with a reflective analysis of each one and their

contributions to the professional improvement of the author. Through the analysis, we can see that each patient experiences their disease process in a unique way, with common factors such as the presence of fear, desire for a cure, denial, female vanity, food preferences, doubts about food, pain, anguish, family and friends support, each experiencing different processes in their treatments. Thus, we identified the importance of a multidisciplinary team in palliative care assistance and highlighted the importance of the dietitian, considering the role that food can play in the health care of these patients, in the search for comfort and aiming at the quality of life for the patients.

**KEYWORDS:** Palliative care, Nutrition, Dietitian, Outpatient and Quality of Life.

## 1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o INCA (2020), o câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. Esse aumento se dá pelo envelhecimento populacional, o aumento da população, fatores genéticos, fatores de risco para o câncer e fatores como os hábitos e atitudes da sociedade, dentre eles o sedentarismo, a alimentação inadequada e outros.

Diante dessa realidade é necessário que seja ofertado a essa população um serviço de assistência paliativa ou cuidados paliativos, objetivando o tratamento e a qualidade de vida destas pessoas, pois segundo a Organização Mundial da Saúde, em conceito definido em 1990, atualizado em 2002 e revisado em 2017, o Cuidado Paliativo “é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais ou espirituais.”

Um ambulatório de Cuidados Paliativos segundo Maciel (2012), pode ser definido como uma unidade ambulatorial baseada no modelo de consultas com um especialista, destinado ao atendimento de pacientes portadores de doença avançada, progressiva, ameaçadora da vida e com poucas chances de cura, tendo como principal benefício acompanhar os doentes mais precocemente, numa fase em que a doença, apesar de significativa, tem pouco impacto sobre o perfil funcional do doente, com melhor controle dos sintomas e abordagem emocional, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida do mesmo.

Faz-se importante o acompanhamento destes pacientes por equipe multidisciplinar, pois esta oferece melhor suporte em todas as dimensões do cuidado a estes pacientes. Segundo Selby *et al.* (2019) os pacientes precisam de informações cuidadosamente preparadas para ajudá-los a compartilhar o processo de tomada de decisão, e muitos se sentem mais confortáveis em saber que seu caso foi avaliado e discutido por diferentes profissionais de saúde, oferecendo maior sensação de segurança para o paciente e sua

família. Além disso a equipe pode auxiliar na promoção de uma melhor qualidade de vida, conforto aos pacientes e uma estrutura de apoio para que os mesmos tenham um melhor controle de suas próprias vidas, se assim for possível.

Segundo Ferraz e Campos (2012), o profissional nutricionista está apto a atuar em todos os níveis do sistema de saúde, estabelecendo políticas de alimentação e nutrição, priorizando sempre o aspecto socioeconômico. Nesse contexto o nutricionista pode contribuir junto a equipe multidisciplinar no processo de cuidado do paciente, por meio da prescrição do plano alimentar e nutricional, além de implementação de rotinas, avaliação e intervenção nutricional, otimização da oferta de aconselhamento alimentar e nutricional personalizado, promoção da adaptação e flexibilização das rotinas alimentares institucionais e reforço do diálogo entre pacientes, familiares e outros membros da equipe, e em torno dos assuntos relacionados a alimentação e nutrição (PINTO E CAMPOS, 2016).

A partir deste relato, poderemos ter um olhar diferenciado sobre o cotidiano ambulatorial em cuidados paliativos e a importância da nutrição neste tipo de atendimento. A nutrição é muito mais que nutrir ou fornecer calorias a um indivíduo. A assistência nutricional deve estar presente no cuidado paliativo, pois pode desempenhar um papel preventivo que possibilite tentativas, meios e conversa sobre as vias de alimentação, trabalha junto ao paciente e equipe para diminuir os efeitos adversos e aliviar os sintomas relacionados aos tratamentos, além da possibilidade de dar um novo significado ao alimento para o paciente, buscando preservar para além do estado nutricional, autonomia e prazer.

## 2 | DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Teve por objetivo apresentar um recorte da dinâmica da modalidade de assistência ambulatorial em cuidado paliativo, com o intuito de buscar maior conhecimento sobre o assunto, a oportunidade de vivenciar a prática clínica, relacionar o campo de atuação e de possibilidades do profissional nutricionista.

O estudo foi desenvolvido em um hospital público no interior do estado do Rio de Janeiro, acompanhado pelo coordenador médico do ambulatório de cuidado paliativo, proporcionando a acadêmica de nutrição uma vivência participativa solicitada pelo mesmo durante os seus atendimentos, possibilitando assim um maior aprendizado em atendimento assistencial em cuidado paliativo e aprimorando a prática pessoal da acadêmica.

O ambulatório de cuidado paliativo é um serviço direcionado aos pacientes oncológicos do município em questão. O encaminhamento é feito geralmente pelo médico oncologista do paciente após biópsia positiva para malignidade.

Vale ressaltar que ainda há muita resistência por parte de outros profissionais de fora da equipe multidisciplinar a aderência ao acompanhamento pelos cuidados paliativos. Foi possível perceber que o próprio paciente fica receoso quando se fala nesse tipo de

acompanhamento, pois acha que sua vida chegou ao fim, evidenciando que há muito o que se modificar no imaginário coletivo em relação a esta modalidade de assistência.

### 3 | RELATO DE EXPERIENCIA

#### Caso 1. FIM DE VIDA E ACEITAÇÃO

Segundo Paiva, Junior e Damasio (2014) o diagnóstico de uma doença que ameace a continuidade da vida é fator de desestruturação psicológica tanto para o paciente quanto para os seus familiares. Cada indivíduo passa por situações emocionais diferentes, estes sistematizados por Kübler-Ross que permitem acompanhar o processo de morrer dos pacientes em fim de vida, minorando seu sofrimento.

Ao entrar no consultório a paciente apresentava apatia, um olhar cabisbaixo, mal expressava um sorriso, sua voz era baixa, mal conseguíamos ouvi-la. Era uma mulher branca, jovem, aproximadamente 45 anos acompanhada pela sobrinha. Ela estava ciente da sua doença, e de seu estado de fim da vida enquanto sua sobrinha parecia não acreditar ou não aceitar. Além disso, era perceptível o desinteresse em lutar pela vida, em continuar o seu tratamento, como ela mesmo disse. Queria a cura, mas o seu caso era irreversível.

Essa paciente tinha um diagnóstico de depressão, através de sua fala e modo de agir, era nítido que ela não queria ter ido até ali. Coelho *et al.* (2019) afirma que a depressão é comum em pacientes com câncer em fim de vida, e pode ser uma importante fonte de angústia tanto para o paciente como para seus parentes. Além disso a doença já é por si só depreciadora e muitas pessoas tem dificuldade de enfrentar. Há muitas mudanças no corpo, e quando se trata da mulher parece ser algo mais agressivo, geralmente a mulher é mais vaidosa do que o homem, e a doença pode impactar tanto seu interior quanto sua aparência física.

Ela relatou dor abdominal. Não estava conseguindo evacuar há alguns dias, se sentia sem fome, sua barriga estava “pesada”, aparentando gravidez. Após isso, o médico pediu que tirasse a roupa para o exame físico. Ao exame físico, foi percebida grande concentração de líquido na cavidade abdominal, cuja recomendação seria a drenagem posterior, de forma a proporcionar mais conforto. Para a constipação intestinal, o médico prescreveu um fármaco laxante, em função da medicação utilizada pela paciente ocasionar como efeito adverso, constipação intestinal.

Foram dadas algumas orientações nutricionais para a paciente, como fazer suco laxativo com ameixa, mamão e laranja, fazer água saborizada com as frutas cítricas que ela mais gostava, diminuir a quantidade de porção da comida e fracionar as refeições em pequenos intervalos, consumir mais alimentos com fibras solúveis e insolúveis e oferta hídrica otimizada. Essas orientações foram feitas em conjunto pelo médico e com a acadêmica de nutrição.

## Caso 2. AUTOESTIMA NO TRATAMENTO

Avelar & Veiga (2013) nos trazem que a aparência física influencia na forma como as mulheres se sentem a respeito de si mesmas, e a autoestima é baseada na avaliação que a pessoa faz dela própria.

Ao entrar no consultório, acompanhada de uma amiga, a qual empurrava a cadeira de rodas para dentro da sala, era nítida a diferença entre a primeira paciente e essa. Mostrava-se animada, risonha, mas ao olhar para a acadêmica ficou um pouco apreensiva, principalmente quando o médico apresentou-a como sendo acadêmica de nutrição.

Ela tinha aproximadamente 50 anos, era negra, cadeirante, fazia acompanhamento do câncer de mama após mastectomia total e retirada dos gânglios na região da axila. Seu pedido era um só: queria fazer as unhas. Algo aparentemente tão trivial - retirar a cutícula - mas para ela poderia levar a uma infecção. Conforme Paiva *et al.* (2011), o linfedema é uma importante morbidade entre sobreviventes do câncer de mama e pode ser prevenido, desde que alguns cuidados que visam à proteção da pele do membro superior homolateral à cirurgia sejam adotados, evitando traumatismos e feridas e dentre alguns cuidados, incluíse a retirada de cutículas e depilação, além de outros. A sugestão do médico foi de que ela deveria usar um removedor de cutículas, que já a deixou com um sorriso enorme no rosto.

Apesar de ser uma paciente que se mostrava com humor preservado e boa interação com o médico, ela ficou intimidada com a presença da acadêmica e não deu muito espaço, principalmente quando ele disse que ela era da nutrição, pois a alimentação da paciente estava bem “descontrolada” segundo suas próprias palavras. Em função disso, foram feitas poucas orientações nutricionais, somente o uso do suco laxativo.

## Caso 3. DESNUTRIÇÃO E INSÔNIA

Segundo Franceschini *et al.* (2020), a anorexia é um sintoma comum nos pacientes oncológicos, associada inicialmente ao processo natural da doença ou, mais tardiamente, ao crescimento tumoral e presença de metástases, e essa paciente era sugestivo a esse quadro clínico de anorexia. Apresentava-se muito emagrecida e com fraqueza extrema, provavelmente devido a metástase no SNC, que segundo Xing *et al.* (2019) são muito comuns em pacientes com câncer de pulmão. Já estava começando a prejudicar os seus movimentos, mas ainda assim ela se mantinha esperançosa, motivada com a vida e falante.

Apesar disso, segundo o relato da paciente, ela encontrava-se inapetente, cansada e desanimada, havia passava a noite vendo televisão ou olhando pela janela, tendo conseguido dormir somente quando amanhecia e isso fazia com que ela ficasse muito irritada. Segundo Dean *et al.* (2019), a insônia ocorre em 50 a 80% dos pacientes com câncer de pulmão. Ela Alegou não tomar a medicação das 10 horas da manhã, porque estava dormindo e admitiu estar muito nervosa, algo que não era do seu temperamento.

Ela tentou se levantar para mostrar ao médico como estava andando, e precisou que as acompanhantes a ajudassem, porque não conseguia mobilizar os pés para sair da

cadeira de rodas. Até mesmo acompanhada, teve dificuldades em se manter de pé. De acordo a fala do médico para a paciente, o problema era a metástase que estava “atingindo o nervo central”, fazendo com que perdesse os movimentos aos poucos em função da compressão. Uma cirurgia poderia agravar o quadro. O elevado grau de desnutrição e perda de massa magra eram nítidos.

Esse foi um caso de uma consulta difícil de acompanhar. Foram muitos questionamentos por parte da irmã da paciente para a acadêmica a respeito da alimentação. Mas antes de responder as suas questões, a acadêmica havia observado e escutado a paciente durante a conversa com o médico. Ela havia sido bem clara em dizer que sempre comeu pouco e que não gostava de açúcar, nada muito doce, além disso ficava enjoada constantemente e com a boca seca.

Sabemos que náuseas e xerostomia são sintomas comuns e fazem parte do processo da doença, então as orientações nutricionais feitas para a paciente foram baseadas nas preferências alimentares da mesma, como por exemplo refeições e alimentos de consistência pastosa, líquida, opções quentes, frias, doces, salgadas, oferta de vitamina com utilização da fruta que ela gostasse, sucos cítricos, chupar gelo, preparar água saborizada e colocar em forma de gelo para ela chupar quando se sentisse enjoada, picolé de frutas cítricas, só porcionar no prato ou copo a quantidade que ela conseguisse comer ou beber, além de mascar chiclete para a sensação de ressecamento da boca (INCA, 2015). E quanto a suplementação nutricional, o médico fez a prescrição junto com o esquema de tratamento feito para a paciente.

Em conformidade com a BRASPEN (2019), a suplementação nutricional oral é indicada aos pacientes que não conseguem atingir as necessidades nutricionais por meio da alimentação diária, o que contribui para a perda de peso, e de acordo com o Consenso de Nutrição Oncológica, a terapia nutricional deve ser indicada quando a ingestão por via oral for menor que 70%. Existem no mercado inúmeros suplementos que oferecem este aporte complementar ao plano alimentar, com características de misturas nutricionalmente completas.

Nesse contexto, podemos observar como é importante o acompanhamento nutricional para pacientes em cuidado paliativo com o profissional nutricionista, sendo necessário iniciar precocemente um plano alimentar adequado para os mesmos, visando a manutenção do seu estado nutricional, e caso haja necessidade de suplementação, este profissional estará apto a adequá-la ao plano alimentar em termos calórico-proteicos, para que se encaixe às recomendações do paciente em questão.

Além disso, é importante fornecer orientações para a constipação intestinal que os pacientes apresentam, como aumentar oferta hídrica durante o dia, utilizar em seu plano alimentar opções ricas em fibras como pães integrais, arroz integral, frutas com cascas e bagaços (sempre que possível), como as laranjas, uvas, ameixas, manga, abacate etc, evitar os farináceos constantes como farinha de mandioca, dando preferência a farelo de

trigo ou de aveia, além do consumo de mais alimentos crus como verduras e legumes. Atenção ao consumo moderado de alimentos como maçã, banana prata, goiaba, caju, cenoura cozida, batata, aipim, sempre associa-los com a ingestão de fibras adequadas (INCA, 2015).

Essas orientações foram feitas pela acadêmica, assim como também elaborar preparações laxativas como o suco laxativo com mamão, laranja e ameixa, explicado detalhadamente para a irmã. Ela poderia colocar aveia em flocos nas preparações ou farelo de aveia. A irmã concordou com as orientações e disse que faria o melhor que pudesse. A paciente também concordou e disse que tentaria se alimentar melhor, que tinha gostado da ideia do chiclete e das frutas cítricas.

## 4 | DISCUSSÃO

Como já mencionado, o manejo alimentar e nutricional se fazem necessários em cuidados paliativos e de acordo com as literaturas descritas acima podemos perceber a sua importância no ambulatório de cuidado paliativo. Quando este estudo foi feito, ainda não havia a participação do nutricionista no ambulatório, uma demanda importante reconhecido pelo coordenador. Ao analisar os atendimentos feitos durante a visita, foi perceptível como o profissional de nutrição se faz necessário no ambulatório, considerando que várias questões e dúvidas surgiram durante os atendimentos relacionados a alimentação e alívio dos sintomas.

No ponto de vista das autoras deste trabalho, seria plausível uma consulta específica com o profissional nutricionista para a realização de uma triagem nutricional, utilizando alguma ferramenta de triagem nutricional como a NRS (2002), que é uma ferramenta interessante na análise do risco nutricional, que avalia IMC (Índice de Massa Corporal), perda de peso nos últimos três meses, redução da ingestão alimentar na última semana e a gravidade da doença (BARBOSA *et al.*, 2019).

Também é importante realizar a avaliação nutricional completa com o paciente, incluindo a antropometria, composição corporal, força de preensão manual, consumo alimentar e exame físico com o objetivo de identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação/ou manutenção do estado de saúde do mesmo de acordo com Cuppari (2014). Somente assim, teremos um diagnóstico nutricional completo e a partir daí, é possível traçar a melhor conduta dietoterápica de acordo com sua realidade/quadro clínico.

Ainda é escassa a literatura sobre a ação do nutricionista em ambulatório de cuidado paliativo, mas conforme Fernandes (2012) descreve, a nutrição pode ter importante papel preventivo, pois pode possibilitar meios, vias de alimentação e reduzir efeitos adversos provocados pelos tratamentos, sendo assim podemos dizer que o nutricionista pode auxiliar na evolução favorável do paciente através da terapia nutricional e o diálogo com o paciente,

conhecendo as limitações tanto física, emocional e financeira.

Ainda nesse contexto, geralmente os pacientes são encaminhados para a equipe de nutrição tardiamente, já com quadro avançado de desnutrição, caquexia e sarcopenia. Conforme Pinto & Campos (2016) descrevem, a consulta nutricional deve ter por objetivo fornecer informação e aconselhamento personalizados. Um diálogo aberto pode envolver tópicos como perda de peso, alterações alimentares, presença e efeito disruptivo dos mecanismos de suporte alimentar/nutricional, o apoio na descoberta de novos mecanismos de controle e realização da ingestão alimentar, alimentação de conforto, entre outras.

O paciente em fim de vida geralmente fica inapetente, sem fome ou vontade de se alimentar. Neste sentido, o objetivo da terapia nutricional é ofertar qualidade de vida, oferecendo alimentos de acordo com sua aceitação, sem pressão quanto à quantidade, ou seja de acordo com a sua vontade. Conforme Orrevall (2015) descreve, o objetivo do cuidado nutricional no final da vida, precisa deixar de ser a manutenção do estado e função nutricional para a garantia do bem-estar e o conforto do paciente. Sendo assim, é necessário que o profissional nutricionista juntamente com a equipe multidisciplinar, a família e o paciente decidam o que será melhor ele, respeitando suas vontades. Como descreve Morais *et al.* (2016) a conduta nutricional em cuidados paliativos deve respeitar as decisões do paciente e de sua família, bem como os princípios bioéticos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou relatar a experiência vivenciada em um ambulatório de cuidados paliativos e fazer uma análise sobre a importância da assistência nutricional neste serviço, mostrando como é importante uma equipe multidisciplinar mais completa em um ambulatório de cuidados paliativos, de acordo com o que a literatura recomenda. O ambulatório do estudo ainda tem uma longa jornada e muitos desafios pela frente, mas já representa uma referência deste tipo de cuidado na cidade. É necessário que haja uma sensibilização por parte dos profissionais gestores da própria instituição em reconhecer a importância dele para os pacientes.

Foi possível observar que mencionamos a importância da nutrição envolvida na equipe multidisciplinar, mesmo ainda não sendo uma realidade em muitos serviços do país. É possível melhorar qualidade de vida e proporcionar conforto e prazer por meio da alimentação.

Talvez não seja possível recuperar o estado nutricional de um paciente, mas sempre deve-se priorizar as suas necessidades no momento, como alívio de sintomas e os efeitos adversos do tratamento, observar os seus hábitos e preferências alimentares.

Buscou-se mostrar através dessa prática ambulatorial, as questões referentes a atuação da nutrição, como o caso das orientações nutricionais alívio dos sintomas e

efeitos adversos relacionados ao tratamento. Além disso, foi possível observar que não é somente o paciente que acumula preocupações, mas o familiar também vivencia uma grande inquietude quando o assunto é a inapetência do paciente, não sabendo como agir.

Por meio desta experiência, foi possível vivenciar algo novo, um misto de sentimentos e emoções, a receptividade da equipe e dos pacientes, trazendo grande aprendizado pessoal e profissional. Fica a gratidão por permitirem vivenciar uma pequena parte de suas vidas, algo que para alguns pacientes não foi fácil compartilhar.

Desta forma, concluímos que apesar das barreiras existentes na profissão e no serviço ambulatorial de cuidados paliativos, a nutrição pode fazer a diferença junto ao tratamento com a equipe multidisciplinar, através de medidas terapêuticas e de alívio, respeitando a vontade do paciente, buscando oferecer conforto e visando a qualidade de vida deste indivíduo.

## REFERÊNCIAS

- AVELAR, Cátia Fabíola Parreira de; VEIGA, Ricardo Teixeira. **Como entender a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade**. Rev. adm. empres. São Paulo-SP, v. 53, n.4, p.338-349, ago. 2013.
- BARBOSA, Adriana Aparecida de Oliveira; VICENTINI, Andréa Pereira; LANGA, Fernanda Ramos. **Comparação dos critérios da NRS-2002 com o risco nutricional em pacientes hospitalizados**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3325-3334, Sept. 2019.
- BRASPEN. **1o Suplemento Diretrizes/2019. Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition**. São Paulo, SP, 2019. p. 1-38.
- COELHO, Julia Cristina Cezare; PESTANA, Maria Eduarda; TREVIZAN, Fulvio Bergamo. **Sintomas de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos Atendidos por Equipe de Psicologia**. Revista Inter ciência: IMES Catanduva, Catanduva, SP, v. 1, n. 2, p. 45-52, 29 jun. 2019.
- CUPPARI, Lilia. **Guia de Nutrição Clínica no Adulto**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, Cap. 5. p. 71-96, 2014.
- DEAN, Grace E.; WEISS, Carleara; JUNGQUIST, Carla R.; KLIMPT, Michelle L.; ALAMERI, Rana; ZIEGLER, Patricia A.; STEINBRENNER, Lynn M.; DEXTER, Elisabeth U.; DHILLON, Samjot S.; LUCKE, Joseph F. **Nurse-delivered brief behavioral treatment for insomnia in lung cancer survivors: a pilot rct**. Behavioral Sleep Medicine, [S.L.], v. 18, n. 6, p. 774-786, 31 out. 2019.
- FERNANDES, Elci Almeida. Manual de Cuidados Paliativos ANCP: **O papel do nutricionista na equipe**. 2. ed. São Paulo, SP: ANCP, Cap.5. p. 345 – 352, 2012.
- FERRAZ, Letícia de França; CAMPOS, Ana Claudia Freixo. **O papel do nutricionista na equipe multidisciplinar em terapia nutricional**. Rev. Bras. Nutr. Clín., Santos, SP. v. 27, n. 2, p. 119-123, dez. 2012.
- FRANCESCHINI, Juliana Pereira *et al.* **Papel do binômio anorexia e perda de peso em pacientes com câncer de pulmão em estágio IV**. Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo, SP, p. 20190420-20190420. 15 mar. 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Ministério da Saúde. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. 2015.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Ministério da Saúde. **Guia de Nutrição para Pacientes e Cuidadores: Orientações aos pacientes**, 3a Edição. Rio de Janeiro – RJ. 2015.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Ministério da Saúde. **Estimativa I 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. 159. ed. Rio de Janeiro - RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2019.

Kübler-Ross, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer: O que os doentes terminais tem para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes**. (P. Menezes, Trad.) (9° ed.). São Paulo, SP; Editora WMF Martins Fontes, 2008.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Organização De Serviços De Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo, SP: ANCP, 2012. Cap.1. p. 94 – 110.

MORAIS, Suellyne Rodrigues de; BEZERRA, Alane Nogueira; CARVALHO, Natália Sales de; VIANA, Ana Carolina Cavalcante. **Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review**. *Revista Dor*, São Paulo, SP, v. 17, n. 2, p. 136-140, June 2016.

ORREVALL, Ylva. **Nutritional support at the end of life**. *Nutrition*, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 615-616, abr. Elsevier BV. 2015.

PAIVA, Daniella Marta Ferreira de; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; RODRIGUES, Vivian de Oliveira e CESCA, Marcelle Goldner **Fatores Associados ao Linfedema em Pacientes com Câncer de Mama**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.33, n.2, pag. 75-80, Fev 2011.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de; DAMÁSIO, Anne Christine. **Ética em Cuidados paliativos: Concepções Sobre o Fim da Vida**. *Revista Bioética*, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 550-560, Dez 2014.

PINTO, Isabel Ferraz, CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Os nutricionistas e os cuidados paliativos**. *Acta Port. Nutr.*, Porto, n. 7, p. 40-43, Dez 2016.

SELBY, Peter, POPESCU, Razvan; LAWLER, Mark; BUTCHER, Hugh; COSTA, Alberto. The Value and Future Developments of Multidisciplinary Team Cancer Care. **American Society Of Clinical Oncology Educational Book 39**. Reino Unido, p. 332-340. Maio 2019.

World Health Organization. **Programas nacionais de controle do câncer: políticas e diretrizes gerenciais**, 2ª ed. Organização Mundial de Saúde. 2020.

XING, P.; MU, Y.; HAO, X.; WANG, Y.; L, J. **Data from real world to evaluate the efficacy of osimertinib in non-small cell lung cancer patients with central nervous system metastasis**. *Clinical and Translational Oncology*, Beijing China, v. 10, p. 1424 -1431, Mar. 2019.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATIVIDADE REALIZADA EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NA CIDADE DE FRANCA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 14/04/2021

### Saygra Batista Sousa

Universidade de Franca  
Franca-SP

<http://lattes.cnpq.br/7953178413076744>

### Isabela Ovídio Ramos

Universidade de Franca  
Franca – SP

<http://lattes.cnpq.br/3019069943787583>

### Luis Roberto Crawford

Universidade de Franca  
Franca-SP

<http://lattes.cnpq.br/280468066198420>

### Álvaro Augusto Trigo

Professor do Curso de Medicina da Faculdade  
de Franca

<http://lattes.cnpq.br/0810032772869508>

**RESUMO: Introdução** O envelhecimento é uma conquista da humanidade, mas apresenta desafios a serem enfrentados pela sociedade, a proporção de pessoas com mais de 60 anos cresce mais rápido que as outras faixas etárias. A idade traz consigo alterações que podem afetar a saúde dos idosos, comprometendo a capacidade física e mental do indivíduo em desempenhar determinadas atividades de vida diária. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) têm caráter residencial, destinadas a serem domicílios coletivos de pessoas com idade

igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Diante dessa realidade objetivou-se com essa atividade acompanhar de perto a realidade desse tipo de instituição e conversar com os idosos que residem em uma ILPI, contribuindo para integrar a teoria dos livros com o dia a dia desses idosos institucionalizados.

**Metodologia** Alunos do internato visitaram uma ILPI. Para a visita foram usadas folhas em branco para anotar os dados referentes a instituição, além de fichas para anotar as informações dos idosos que foram entrevistados e materiais para o exame físico. **Relato** A instituição atende até 41 pacientes, os quais são divididos em ala feminina e masculina. A ILPI tem parceria com a prefeitura que contribui com a manutenção do local. A verba é obtida através da aposentadoria dos idosos, de campanhas realizadas durante o ano e de doações. Após conhecer a instituição, os alunos se dividiram para iniciar as entrevistas com os idosos e realizar os testes de estado mental e escala de depressão. **Conclusão** Para compreender o idoso institucionalizado é preciso conhecer sua história de vida. A partir do conhecimento do contexto familiar, social, econômico, das experiências, desejos e anseios dessa população é que podemos atender as suas necessidades de cuidado de forma completa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Testes de Estado Mental e Demência.

## EXPERIENCE REPORT: ACTIVITY CARRIED OUT IN A LONG-STAY INSTITUTION FOR THE ELDERLY IN THE CITY OF FRANCA

**ABSTRACT:** **Introduction** Aging is a great achievement of humankind, but it presents challenges to be faced by society, as the proportion of people over 60 years of age grows faster than other age groups. Aging brings with it changes that can affect the health of the senior population, compromising physical and mental capacities of the individual, needed to perform certain activities of daily living. The long-term care institutions for the elders (ILPIs) are meant to function as residences, with the purpose to be collective homes for persons over 60 years of age, and for individuals without any family support. These elderly care facilities need to provide conditions of freedom, dignity, and citizenship. In face of this reality, the aim of this activity is to closely follow the reality of this type of institution and to talk to the elderly who live in an ILPI, thus contributing to integrate the theory of academical literature with the daily life experience of these institutionalized elderly groups. **Methodology** Medical students visited an ILPI. In the visit, blank sheets were used to write down the institution's data, such as forms to write down the information of the elderly that were interviewed, and materials for physical examinations. **Report** The institution assists up to 41 patients, which are divided into male and female wings. The ILPI has a partnership with the municipality, which contributes to the maintenance of the project. Financial resources come from the senior's retirement payments, from campaigns carried out during the year and from donations. After getting to know the facility, the students split up to interview the patients and to apply mental status tests and depression scales. **Conclusion** To understand the senior patients, it is necessary to know their life story. By knowing the family, social and economic contexts, such as their experiences, wishes and desires of this population, we can fully meet their caring needs. **KEYWORDS:** Elderly, Long-term care institutions for elders, Mental Status Test, Dementia Test, Mini mental state examination.

### 1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma conquista da humanidade, mas apresenta desafios a serem enfrentados pela sociedade e os formuladores de política. Em nível mundial, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresce de forma mais rápida que a de outras faixas etárias. Esperam-se que em 2050 haja dois bilhões de idosos, 80% deles nos países em desenvolvimento. A população de 80 anos ou mais é a que mais cresce e poderá passar dos atuais 11% para 19% em 2050 (ARAÚJO, SOUZA e FARO).

O envelhecimento tem despertado preocupação, principalmente no Brasil, em relação as mudanças que vem repercutindo na sociedade. Esse acontecimento tem provocado alterações fundamentais na vida das pessoas, redefinindo relações de gênero, alterando o perfil das políticas públicas e arranjos e responsabilidades familiares. A idade traz consigo alterações que podem afetar diretamente a saúde dos idosos, comprometendo a capacidade física e mental do indivíduo em desempenhar determinadas atividades de vida diária. Estas alterações podem tornar os idosos incapazes de cuidarem de si, levando-os a necessitar de ajuda e cuidados, principalmente dos familiares (COSTA e MERCADANTE)

Entretanto, a família brasileira tem se modificado com a modernização da sociedade. A inserção da mulher no mercado de trabalho, os contraceptivos, a redução do tamanho das famílias e a falta de tempo na vida atual vêm modificando a relação do cuidado. Somada a essas mudanças, a escassez de alternativas para as famílias manterem os idosos em casa e a questão dos idosos sem referência familiar têm impulsionado a demanda por internações nas Instituições de Longa Permanência para. (ARAÚJO, SOUZA e FARO)

Na atualidade, segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) foi adotado a expressão “Instituição de Longa Permanência para Idosos” (ILPI) para designar o tipo de instituição anteriormente chamado de Asilo. (JANINE MELO DE OLIVEIRAI, 2014)

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são “instituições governamentais ou não governamentais de caráter residencial, destinadas a serem domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”. No Brasil existem 3.548 dessas instituições, nas quais moram 83.870 idosos. Estas são encontradas em 28,8% dos municípios brasileiros. (COSTA e MERCADANTE)

Chama de ILPI um lar especializado, com a dupla função de oferecer assistência gerontogeriátrica, conforme o grau de dependência dos seus residentes, e, ao mesmo tempo aconchego de um ambiente doméstico, no qual são preservadas a intimidade e identidade dos seus residentes. (COSTA e MERCADANTE)

As ILPIs podem ser classificadas de acordo com as especializações de atendimento, conforme se segue:

**Modalidade I** – destinada a idosos independentes para as atividades da vida diária (AVDs), mesmo que necessitem utilizar algum equipamento de autoajuda (andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, entre outros); (JANINE MELO DE OLIVEIRAI, 2014)

**Modalidade II** – destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área de saúde; (JANINE MELO DE OLIVEIRAI, 2014).

**Modalidade III** – destinada a idosos dependentes que necessitem de assistência total em pelo menos uma atividade da vida diária. Requer uma equipe interdisciplinar de saúde. (JANINE MELO DE OLIVEIRAI, 2014)

Na busca de oferecer melhores condições de assistir o idoso em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003), elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas, deixando uma grande lacuna entre o papel e a realidade.

Diante dessa realidade de alguns idosos brasileiros, objetivou-se com essa atividade

de acompanhar de perto a realidade desse tipo de instituição e conversar com os idosos que residem em uma ILPI, contribuindo para integrar a teoria dos livros com o dia a dia desses idosos institucionalizados.

## 2 | METODOLOGIA

Alunos do internato do curso de medicina da Universidade da cidade de Franca visitaram uma instituição de longa permanência para idosos dessa mesma cidade. Para a visita foram usadas folhas em branco para anotar os dados importantes sobre a instituição que seria passada pela responsável do local, além de fichas para colher informações dos idosos que foram entrevistados e materiais para o exame físico (esfigmomanômetro e estetoscópio). Para a entrevista, os alunos foram divididos em duplas e cada dupla entrevistou 2 idosos. As fichas continham uma parte para colher informações básicas de anamnese e outra com testes para avaliar os idosos. Foram utilizados dois testes: Escala de depressão geriátrica e o MiniMental (Figura 1 e 2).

Quadro 12.9 Questionário resumido do estado mental (Pfeiffer, 1975).		
Questões	Certo	Errado
1. Que dia é hoje? (dia/mês/ano)		
2. Qual é o dia da semana?		
3. Qual é nome deste lugar?		
4. Qual é o número do seu telefone? (Se não tiver telefone, qual é o seu endereço?)		
5. Quantos anos você tem?		
6. Qual é a sua data de nascimento?		
7. Quem é o atual presidente do seu país?		
8. Quem foi o presidente antes dele?		
9. Como é o nome de solteira de sua mãe?		
10. Subtraia 3 de 20 e continue subtraindo até o número final.		

Figura 1. Questionário MiniMental

**Quadro 12.16** Escala de depressão geriátrica de Yesavage (Yesavage, 1983).

Questões	Sim	Não
1. Em geral, você está satisfeito com sua vida?	0	1
2. Você abandonou várias de suas atividades ou interesses?	1	0
3. Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Você se sente aborrecido(a) com frequência?	1	0
5. Você está de bom humor durante a maior parte do tempo?	0	1
6. Você teme que algo de ruim aconteça com você?	1	0
7. Você se sente feliz durante a maior parte do tempo?	0	1
8. Você se sente desamparado(a) com frequência?	1	0
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Você acha que apresenta mais problemas com a memória do que antes?	1	0
11. Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo(a)?	0	1
12. Você considera inútil a forma em que se encontra agora?	1	0
13. Você se sente cheio de energia?	0	1
14. Você considera sem esperança a situação em que se encontra?	1	0
15. Você considera que a maioria das pessoas está melhor do que você?	1	0

A avaliação é feita da seguinte maneira: (a) verifica-se a resposta de cada pergunta (sim ou não); (b) contam-se os pontos das duas colunas; e (c) compara-se com a seguinte escala de valores:  
Até 5: normal; 7 ou mais: depressão; 11 ou mais: depressão moderada a grave.

Figura 2. Escala de depressão geriátrica

### 3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ao chegar à Instituição, o primeiro passo foi conhecê-la e colher um pouco de informações sobre seu funcionamento, todos esses dados foram passados pela enfermeira responsável pelo local.

Com isso, sabe-se que a instituição atende até 41 pacientes, os quais são divididos em ala feminina e masculina. Todos os quartos possuem duas camas e um criado; a cama varia de acordo com a necessidade do idoso, alguns precisam de camas que inclinam, ou de colchão especial para evitar escaras por decúbito prolongado. A ala masculina foi inaugurada há dois anos, antes havia só vinte vagas disponíveis na instituição; ela possui uma parte onde se armazena a documentação de cada idoso e uma área de enfermagem onde ficam organizados os medicamentos que são separados individualmente de acordo com os horários a serem administrados. A ala feminina também possui a parte de documentação e de medicamentos, nessa ala há também salão de beleza que conta com

trabalho voluntário. O pavilhão do meio que separa essas alas é a área de convivência.

A ILPI tem parceria com a prefeitura e com a UniMed que contribuem com a manutenção do local. A verba é obtida através da aposentadoria dos idosos, de campanhas realizadas durante o ano e de doações. Ela é utilizada para pagar a enfermagem com equipe 24 h de técnicos, cuidadores e demais profissionais envolvidos com a instituição, além das despesas básicas para cada idoso.

“Mais da metade dos ILPs pesquisados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) são filantrópicos e privados. Apesar de cobrarem dos residentes ou das famílias uma taxa, não consegue, na maioria das vezes, sobreviver sem ajuda do governo.” (JANINE MELO DE OLIVEIRA, 2014).

A equipe que trabalha na ILPI é multiprofissional e conta com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, farmacêutica, assistente social, enfermagem, técnico de enfermagem e um médico uma vez na semana (voluntário). Os técnicos de enfermagem trabalham em parceria com os cuidadores.

Sabe-se que toda a estrutura de uma ILPI é fundamentada por exigências mínimas a serem seguidas para manter a instituição em funcionamento e proporcionando o melhor conforto e segurança para os idosos ali institucionalizados.

“A Portaria nº 810/1989 foi a primeira a definir as Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos. Ela define como deve ser a organização da instituição, a área física, as instalações e os recursos humanos. Essas ações ainda não são suficientes e por isso é necessária a parceria entre o poder público, sociedade, profissionais e idosos para dar continuidade a ações bem-sucedidas, ampliar e implementar novas modalidades de serviços no país” (COSTA e MERCADANTE)

Após conhecer a instituição e colher dados sobre seu funcionamento, os alunos se dividiram em duplas para iniciar as entrevistas com os idosos que residem na instituição.

O primeiro idoso entrevistado tinha como principal diagnóstico esquizofrenia, entretanto, durante a entrevista não apresentou nenhum transtorno emocional. A entrevista foi bastante agradável e foi possível observar que não são todos os idosos que se sentem abandonados ou depressivos pelo fato de estarem internados na ILPI, contrariando minhas expectativas sobre o que encontraria na instituição. Ele se mostrou bem satisfeito com o local e com os profissionais e cuidadores que o ajuda diariamente, além de falar da importância da companhia dos outros idosos que ali residem, pelo fato de serem o seu novo círculo social.

“o relacionamento entre os idosos institucionalizados, o carinho e o respeito que constroem uns com os outros muitas vezes os levam a considerar alguns companheiros idosos da instituição como entes queridos e até mais que a sua própria família. Quando se estabelecem vínculos afetivos entre eles, os mesmos sentem-se mais fortalecidos para enfrentar a tristeza ou a doença. A dor, a ansiedade e a preocupação são compartilhadas e na iminência ou no agravamento da enfermidade de um dos companheiros, percebe-se

uma infinidade de sentimentos frente à possibilidade de perda deste amigo”  
(ARAÚJO, SOUZA e FARO)

Em relação aos testes realizados, ambos deram normais, sendo a escala de depressão geriátrica com um resultado de 3 pontos que segundo o escore é uma pontuação de diagnóstico normal, sem risco de problemas emocionais e o MiniMental com um resultado de 28 pontos, sendo um diagnóstico normal sem alterações mentais de memória, orientação no tempo e espaço e cognitivas.

Já a segunda entrevista, que foi realizada com uma senhora de 74 anos e mostrou uma realidade bem diferente da primeira entrevista. Isso se deve ao fato de a entrevistada ser diagnosticada com demência. Com isso, a conversa se tornou bem difícil, principalmente pelo fato de que no início da conversa não sabermos que a idosa possuía demência, fato que só foi descoberto após pegar o prontuário dela com nossa preceptora.

Todos os dados colhidos sempre se contradiziam, a cada pergunta realizada a idosa distorcia sua resposta e começava a falar sobre assuntos aleatórios que não tinham qualquer referência com a pergunta feita. Os dados só puderam ser confirmados após analisar o prontuário fornecido pela instituição e ao comparar todas as informações dadas pela idosa estavam totalmente diferentes das colhidas no documento.

É possível que essa idosa tenha sido internada pelo fato de possuir demência, pois, segundo a literatura, esse é um dos fatores de risco para institucionalização de idosos no Brasil.

“Os fatores de risco para internação no Brasil são: síndrome de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser mulher, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, viúvo recente, morar sozinho, isolamento social (falta de apoios sociais) e pobreza” (JANINE MELO DE OLIVEIRA, 2014)

Outro ponto que quando analisado foi contrário ao da situação do primeiro entrevistado foi o fato de a entrevistada parecer sentir mais falta do apoio familiar e do convívio com a família. Mesmo tendo a fala um pouco contraditória e falar sobre assuntos não relacionados aos que estavam sendo abordados, a idosa sempre mencionava a sua filha durante suas falas e todas as vezes que falava dela, a sua voz e sua postura demonstravam carinho.

“A institucionalização de idosos traz muitas mudanças no seu cotidiano. Só que essa mudança na vida dos idosos, muitas vezes, traz a eles inúmeras perdas, especialmente o convívio diário com a família, um dos aspectos mais sensíveis aos idosos, quando passam a conviver em uma habitação coletiva, como o é a instituição. Neste novo ambiente, eles precisam construir uma nova forma de viver, com regras, normas, horário, novos relacionamentos.”  
(COSTA e MERCADANTE)

Em relação aos testes, tanto o MiniMental, quanto a escala de depressão geriátrica não foram possíveis de serem feitas, pois a idosa não respondia as perguntas que era feitas a ela. As respostas eram sempre desconectas com o que havia sido perguntando,

impossibilitando um diagnóstico fidedigno a esses testes.

Essa atividade foi bastante interessante, principalmente pelo fato de mostrar duas realidades totalmente diferentes de pessoas que estão convivendo num mesmo ambiente, demonstrando que mesmo sendo uma ILPI, a abordagem para cada idoso deve ser individualizada de acordo com sua necessidade, fato que provavelmente é bastante difícil pelo fato de ser um número grande de pessoas internadas, cada uma com suas particularidades.

“As ILPIs apresentam aspectos singulares e determinam, mediante normas institucionais vigentes e praticas decorrentes de costumes historicamente institucionalizados, condutas e comportamentos próprios. Na maioria dessas instituições, as atividades são realizadas num mesmo ambiente e sob uma única autoridade; a rotina é praticamente igual para todos. São ignoradas diferenças individuais bem como a historia da vida de cada um. Nesse contexto, via de regra, o idoso vai perdendo sua identidade e sua autonomia, transformando-se num sujeito passivo, convivendo em um ambiente estranho” (JANINE MELO DE OLIVEIRA, 2014)

## 4 | CONCLUSÃO

De acordo com o que foi observado, o significado que a instituição de longa permanência tem para esses idosos institucionalizados esta relacionado ao fato de ter um lugar para ser cuidado. Para os idosos dessa instituição, principalmente os que foram entrevistados, a ILPI se colocou como um lugar ambíguo, pois, ao mesmo tempo em que se mostra um lugar que acolhe e abriga, ela também isola e entristece.

Para compreender o idoso institucionalizado é preciso conhecer sua historia de vida. A partir do conhecimento do contexto familiar, social, econômico, das experiências, desejos e anseios dessa população é que podemos atender as suas necessidades de cuidado de forma completa.

O cuidar é um exercício constante, baseado nas necessidades do idoso, atender as demandas que vão surgindo no decorrer do processo de institucionalização e que necessitam ser aprendidas no enfrentamento do cotidiano e sendo orientadas por profissionais capacitados como o enfermeiro e os cuidadores que lidam com essa realidade todos os dias na instituição.

Com isso, entendendo a importância do fazer algo na vida desses idosos como fundamental para sua autoestima, acreditasse que as instituições precisam desenvolver atividades que levem essas pessoas a se sentirem úteis e “vivas”; pois viver requer movimento, ação, execução e fazer. Esta pode ser uma forma para se refletir sobre como conduzir as ILPIs do Brasil.

## REFERÊNCIAS

JANINE MELO DE OLIVEIRA, C. A. R. **Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?** Universidade Federal Alagoas. [S.l.]

BAGATTINI, A. S. V. **Nossa Jacareí**. Disponível em: <<http://www.nossajacarei.com.br/nj2015/2016/04/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos/>>.

COSTA, M. C. N. S.; MERCADANTE, E. F. O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, n. 16.

ARAÚJO, C. L. D. O.; SOUZA, L. A. D.; FARO, A. C. M. E. **Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. USP. São Paulo.

## O CONHECIMENTO DE NUTRICIONISTAS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 01/06/2021

### Mariana Calazans Frias Marcolini

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Macaé - Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/4769884645166635>

### Renata Borba de Amorim Oliveira

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Macaé - Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/4871566247678443>

**RESUMO: Introdução:** Estudos demonstram um aumento na expectativa de vida em nível mundial e nacional, o envelhecimento progressivo da população e elevação no quantitativo de pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras da vida. Os Cuidados Paliativos são fundamentais para uma abordagem adequada a esses pacientes, porém, percebe-se que os profissionais de saúde, incluindo os nutricionistas, ainda não possuem em seu processo de formação profissional conteúdo teórico-prático para prestar esse tipo de cuidado. **Objetivo:** Avaliar nível de conhecimento e experiência acadêmico-profissional de nutricionistas na área de Cuidados Paliativos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal exploratório realizado com 81 nutricionistas de diversas regiões do país. Para coleta de dados foi utilizado um questionário online juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi feita a análise de dados por meio de uma categorização temática, que incluiu as fases de pré-análise, exploração dos materiais, tratamento dos

resultados e interpretação. **Resultados:** Do total, 98,8% dos participantes tinham conhecimento sobre a temática dos Cuidados Paliativos, porém não de forma aprofundada. Os participantes foram unânimes ao considerar importante a atuação dos nutricionistas na área; 59,3% não tiveram aulas sobre o assunto na graduação, 30,8% relataram que entraram em contato com a temática e 9,9% não se recordavam. Dentre os nutricionistas, 49,4% responderam já terem tido alguma experiência profissional na área, porém, foi possível perceber que houve uma lacuna nesta abordagem diante da escassez dessa temática na matriz curricular das universidades. Os profissionais demonstraram consonância com a definição de Cuidados Paliativos e identificaram aspectos importantes envolvidos como “qualidade de vida” e “alívio de sintomas”, porém poucas foram as respostas que citaram os aspectos emocionais e espirituais. **Conclusão:** Os resultados encontrados no estudo corroboram os dados presentes na literatura, como a deficiência do ensino de Cuidados Paliativos e da falta de preparação dos profissionais nutricionistas de nessa área.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos, Nutricionistas, Universidades, Formação profissional.

### THE KNOWLEDGE OF NUTRITIONISTS ON PALLIATIVE CARE

**ABSTRACT: Introduction:** Studies demonstrate an increase in life expectancy at a global and national level, the progressive aging of the population and an increase in the number of

patients facing life-threatening diseases. Palliative care is essential for an adequate approach to these patients, however, it is clear that health professionals, including nutritionists, do not yet have a theoretical-practical content in their professional training process to provide this type of care. **Objective:** To assess the level of academic and professional knowledge and experience of nutritionists in the area of Palliative Care. **Methodology:** This is a cross-sectional exploratory study carried out with 81 nutritionists from different regions of the country. For data collection, an online questionnaire was used with the Informed Consent Form. Data analysis was carried out through a thematic categorization, which included the stages of pre-analysis, exploration of materials, treatment of results and interpretation. **Results:** Of the total, 98.8% of the participants were aware of the theme of Palliative Care, but not in-depth. The participants were unanimous when considering the role of nutritionists in the area as important; 59.3% did not have classes on the subject at graduation, 30.8% reported that they came into contact with the theme and 9.9% did not remember. Among nutritionists, 49.4% answered that they already had some professional experience in the area, however, it was possible to notice that there was a gap in this approach due to the scarcity of this theme in the curricular matrix of universities. The professionals demonstrated agreement with the definition of Palliative Care and identified important aspects involved such as “quality of life” and “symptom relief”, however, there were few answers that cited the emotional and spiritual aspects. **Conclusion:** The results found in the study corroborate the data present in the literature, such as the deficiency in the teaching of Palliative Care and the lack of preparation of nutrition professionals in this area.

**KEYWORDS:** Palliative Care, Nutritionists, Universities, Professional training.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) surgiram a partir de uma filosofia humanitária de fornecer cuidados para pacientes que se encontram em fim de vida, a partir do alívio da dor, do sofrimento e do apoio à família (HERMES et al, 2013), são baseados em um olhar holístico e tem como filosofia valorizar a vida e lidar com a morte como um processo natural. Dessa forma, a equipe multiprofissional deve ser responsável por promover uma vida o mais ativa possível para o paciente, com o mínimo de sofrimento, qualidade de vida e ajudando a família a lidar com o processo de luto (BERTACHINI et al, 2010).

Os aspectos psicológicos e espirituais devem estar sempre presentes durante a abordagem. O paciente não deve ser visto apenas como uma entidade biológica, portanto, somente o cuidado físico não é suficiente. Por conta da complexidade desse tipo de tratamento, é essencial que a equipe crie e partilhe metas, objetivos e busque a melhor forma de comunicação com o paciente e a família (BERTACHINI et al, 2005).

Os programas de CP variam em cada lugar do mundo. Os países têm adotado diferentes modelos de abordagem, que levam em consideração a situação socioeconômica, programas de saúde e grau de necessidades dos pacientes e seus familiares (LIMA, 2009). No Brasil, o Sistema Único de Saúde prevê esta modalidade de assistência a toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico

desta condição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Para que os Cuidados Paliativos sejam mais efetivos, é essencial a ação de uma equipe multiprofissional, uma vez que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente que se encontra nesse modelo assistencial deve ser atendido integralmente, ou seja, é necessário a troca de informações, responsabilidades, além das demandas que devem ser resolvidas em conjunto por todos os profissionais da equipe (JUVER et al, 2009).

Neste sentido, a equipe multiprofissional, deve idealmente ser composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista, assistente espiritual e outros profissionais, se possível, sendo fundamental que a equipe adote uma postura reflexiva em relação às práticas de cuidado, visando a dignidade e totalidade do ser humano (SIQUEIRA, 2007).

A presença dos nutricionistas nas equipes e nos serviços de Cuidados Paliativos é fundamental, dada a importância da assistência alimentar e nutricional no cuidado dos pacientes e familiares. Os benefícios são a criação de rotinas de avaliação e intervenção nutricional, aconselhamento alimentar individualizado, flexibilização das rotinas alimentares e reforço do diálogo entre pacientes, familiares e outros membros da equipe, em torno de assuntos relacionados com a alimentação e nutrição (BOSAEUS, 2008, POWER J, 1999).

O nutricionista é um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional pode auxiliar na evolução do paciente que certamente enfrenta muitos desafios em relação à alimentação. Muito se tem discutido acerca da terapia nutricional ser um cuidado básico ou uma terapêutica. Nesse sentido, sempre deve ser levado em conta os valores morais, éticos e acima de tudo a vontade do paciente e seus familiares (ROLDA, 2005).

Os objetivos da terapia nutricional em Cuidados Paliativos variam conforme a fase da doença em que o paciente se encontre. Nos estágios iniciais, o nutricionista busca garantir o aporte energético-proteico necessário ao paciente para manutenção ou recuperação do estado nutricional bem como o alívio dos sintomas, principalmente gastrointestinais. Já nos estágios finais da doença, a terapia nutricional invasiva é entendida como desnecessária. Quando o paciente se encontra em fase final, o papel da nutrição é aliviar o sofrimento, proporcionar qualidade de vida e atender aos desejos do paciente. Nesse sentido, as refeições devem ser atrativas, trazer memórias afetivas e se tornar um momento de confraternização junto à família e cuidadores, sendo caracterizada como alimentação de conforto (MELO et al, 2008).

No Brasil, não poucos dados sobre o ensino de Cuidados Paliativos nas universidades. Os estudos acerca desse tema são escassos, por isso, é bastante comum a falta de capacitação de profissionais de saúde nessa área (TOLEDO et al, 2012).

A Universidade Federal de São Paulo foi a primeira escola médica a disponibilizar cursos de Cuidados Paliativos em caráter eletivo a alunos da graduação em Medicina de 1994 a 2008 (FIGUEIREDO, 2013). Para fins de registro, em 2019, houve a criação da

disciplina optativa de Cuidados Paliativos na Universidade Federal do Rio de Janeiro-Campus Macaé.

Como membro integrante da equipe multiprofissional de CP, o nutricionista precisa ter domínio do conhecimento acerca desse tipo de assistência, assim como possuir habilidade de comunicação, respeito, ética e sensibilidade. A prática da nutrição em CP vai muito além da terapia nutricional, já que o profissional precisará demonstrar atenção, calma e escuta ativa com o paciente e seus familiares, assim como oferecer uma sensação de segurança e confiança (VASCONCELLOS et al, 2007).

## **2 | OBJETIVO**

Avaliar o nível de conhecimento e experiência acadêmico-profissional de nutricionistas na área de Cuidados Paliativos.

## **3 | METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal exploratório de caráter qualitativo.

### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi feita por meio de um questionário online na plataforma do Google, com acesso gratuito, enviada por links para profissionais de todas as áreas da nutrição, pós-graduação, docência, entre outros.

### **3.3 Sujeitos de estudo**

A pesquisa foi realizada com 81 nutricionistas brasileiros que se propuseram a responder o questionário, que foi divulgado em grupos de plataforma virtual da categoria profissional.

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: nutricionistas de qualquer região do país, de qualquer idade e sexo que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **3.5 Instrumentos para coleta de dados**

Foi aplicado um questionário semiestruturado que contemplou dados de identificação para caracterização da população em estudo (sexo, idade, estado, tempo de formação e área de atuação). Também foram elaboradas questões abertas para buscar entender como esse conhecimento de Cuidados Paliativos é adquirido, se dentro das universidades ou outras instituições de ensino, e a opinião dos participantes em relação a presença

deste conteúdo na matriz curricular do curso de graduação, bem como questões para identificação do nível de conhecimento técnico sobre Cuidados Paliativos por parte dos profissionais nutricionistas, análise da importância da atuação na área e vivências durante a vida profissional.

### **3.6 Análise de dados**

Após o fim da coleta de dados, foi feita a análise do questionário, assim como a categorização temática. Primeiro foi realizada a pré-análise, retomada das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa. Depois, seguiu-se para a exploração dos materiais, onde foi feita a codificação, ou seja, os dados brutos foram agregados em unidades, para melhor leitura e entendimento das características pertinentes à pesquisa. Por fim, foi feito o tratamento dos resultados e interpretação, para classificar e agregar os dados mais importantes (COSTA, POLES & SILVA, 2016).

### **3.7 Considerações éticas**

Este estudo é parte de um projeto interdisciplinar, o qual foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da UFRJ - Campus Macaé em abril de 2020, por meio do cadastro no sistema nacional online da Plataforma Brasil pelo número de registro 27482719.6.0000.5699.

## **4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Caracterização da população de estudo**

Foram incluídos no estudo um total de 81 nutricionistas, de diferentes áreas de atuação, porém, com predominância na área clínica, em sua maioria do sexo feminino, com idade entre 20 e 60 anos e de diferentes naturalidades: Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Bahia, Distrito Federal, Paraná, Paraíba, Ceará, Goiás e Pernambuco. O tempo de formação de cada participante variou, ficando em uma média de 12,3 anos (DP 9,7).

### **4.2 Nível de conhecimento sobre Cuidados Paliativos**

Em relação ao nível de conhecimento sobre Cuidados Paliativos, 98,8% dos participantes relataram conhecer o conceito e 100% dos nutricionistas responderam acreditar que pacientes com doenças ameaçadoras de vida devam receber um tratamento individualizado e diferenciado. Após analisar os relatos, foi possível perceber que os participantes não possuem conhecimento tão aprofundado sobre o assunto, visto que a maioria entende os Cuidados Paliativos apenas como uma forma de melhorar a qualidade de vida do paciente em relação aos sintomas, entretanto não citaram os aspectos emocionais, espirituais e cuidado prestado às famílias.

Em um estudo feito com onze nutricionistas, Saraiva (2018) obteve respostas

positivas sobre o conhecimento de Cuidados Paliativos e além disso, a maioria dos participantes (não foi relatado o percentual), também já havia vivenciado experiências com pacientes que estivessem nessa modalidade de assistência. Um fato que chama atenção na pesquisa foi que segundo o relato de três entrevistados, a avaliação nutricional do paciente nessa etapa da vida não deve mudar, ou seja, todos os parâmetros antropométricos e bioquímicos devem ser analisados independente do estado do paciente. A partir dessas respostas, é possível perceber que embora os nutricionistas participantes tenham relatado conhecimento sobre o tema, este não é tão específico e aprofundado, considerando que a depender da fase em que o paciente se encontre, pode não ser recomendado nenhum procedimento que vá trazer desconforto ou que não vá agregar ao quadro clínico.

### **4.3 Importância da atuação do Nutricionista em Cuidados Paliativos**

Quando questionados se consideravam importante o papel do nutricionista na área, 100% dos participantes disseram que “sim”. Embora muitos não tenham o conhecimento tão específico sobre o assunto, houve o entendimento de é uma área importante de atuação profissional, além disso, sabem que é uma forma de valorização da categoria, visto que o nutricionista é fundamental na equipe multiprofissional e que por meio da alimentação é possível manejar sinais e sintomas, promovendo conforto e melhor qualidade de vida ao paciente.

Embora seja evidente a importância do nutricionista nestas equipes, um estudo realizado por Pinto & Campos (2016) evidenciou que sua presença ainda é limitada em determinados serviços. Algumas pesquisas sugerem que, na maioria dos países europeus, o número de nutricionistas presentes em serviços de Cuidado Paliativos é ainda baixo e existe certa dificuldade de integração. Por outro lado, em países como o Reino Unido, o Canadá e os Estados Unidos da América, locais em que o movimento paliativista nasceu e mais rapidamente se expandiu, estes profissionais parecem estar mais bem integrados na prestação destes cuidados.

### **4.4 O ensino de Cuidados Paliativos nas universidades**

Em relação ao ensino de Cuidados Paliativos nas universidades, os participantes foram perguntados se durante a graduação tiveram alguma disciplina ou aula sobre o assunto. Do total, 59,3% dos nutricionistas participantes relataram que não, 30,8% que sim e 9,9% não se recordavam, entretanto, todos os participantes deram resposta positiva quando questionados se a temática de CP deveria ser mais abordada em sua formação profissional. Faillace (2015) reforçou em sua pesquisa a necessidade dos Cuidados Paliativos serem uma disciplina obrigatória nos cursos da área da saúde e após análise de matriz curriculares de cursos de Nutrição em universidades públicas no Rio de Janeiro, identificou ausência dessa disciplina, assim como conteúdos relacionados ao tema, tendo sido identificado em apenas uma universidade a oferta de uma disciplina eletiva até o

momento.

Os participantes do questionário foram perguntados sobre a forma em que adquiriram o conhecimento sobre Cuidados Paliativos fora das universidades e algumas respostas revelam a falha do ensino deste tema dentro dos cursos de Nutrição:

“Na prática profissional, na época da minha formação, não falamos sobre esse assunto” (Participante 1).

“Tive de forma extremamente superficial na graduação, mas sempre fui interessada no tema. Sou pós-graduanda em nutrição oncológica e cada vez mais me aprofundo no tema” (Participante 2).

“Durante o exercício profissional, como Nutricionista Clínica Hospitalar” (Participante 3)

“Quando tive familiar com doença terminal” (Participante 4).

Um estudo realizado por Oliveira et al (2016) apontou algumas razões para a dificuldade da implementação de disciplinas voltadas para os Cuidados Paliativos, como o desinteresse de professores da área biomédica em inserir esta temática na matriz curricular. Um dos motivos levantados a respeito desse desinteresse pode ser o receio desses profissionais em lidar e enfrentar a questão da terminalidade da vida.

#### **4.5 Experiência e vivência em Cuidados Paliativos**

Os Nutricionistas participantes do questionário foram perguntados sobre já terem tido a oportunidade de vivência clínica em Cuidados Paliativos e 49,4% dos participantes relataram que sim, e destes, alguns relatos abaixo de como foi esta experiência:

“Difícil, não estava preparada” (Participante 5).

“Foi uma experiência desafiadora e ao mesmo tempo limitadora, visto que não havia discussão com a equipe de cuidados paliativos, além de o hospital não ter condições de ofertar uma alimentação mais diversificada” (Participante 6)

“Foram algumas experiências, algumas tranquilas (mantendo uma nutrição para satisfazer o paciente), outras um pouco estressantes (onde o paciente recebeu CNE ou GTT por menos de 1 semana por insistência do médico ou família)” (Participante 7)

“Ruim, pois na época não havia entendimento de como manejar o cuidado com alguém que está se progredindo rapidamente para a morte” (Participante 8)

“Bastante enriquecedora no quesito ao que diz respeito a humanização do cuidado.” (Participante 9).

As respostas acima demonstram que embora haja a presença de nutricionistas em ambientes hospitalares, muitos ainda não se sentem preparados para atuar na área de Cuidados Paliativos, talvez pela deficiência desse tipo de conhecimento na matriz curricular dos cursos de Nutrição. Além disso, alguns hospitais ainda não possuem uma equipe multiprofissional para o manejo desses pacientes, o que dificulta ainda mais a implementação dessa temática para pacientes que necessitam e por fim, percebe-se

também que para alguns nutricionistas, a prática de Cuidados Paliativos está muito voltada apenas para a terapia nutricional, não contemplando os cuidados psicológicos, emocionais e espirituais, além do apoio à família.

#### 4.6 A prática do Nutricionista em Cuidados Paliativos

Ao serem perguntados sobre como acreditavam que o nutricionista poderia contribuir nos Cuidados Paliativos, a maioria dos participantes acreditaram que seria possível colaborar auxiliando na promoção de “qualidade de vida” e “alívio dos sintomas (por meio da alimentação)”, o que vai de acordo com a definição.

Em relação ao trecho da definição que diz respeito aos aspectos sociais e espirituais e psicológicos as respostas não foram tão frequentes, evidenciando, que muitas vezes para o Nutricionista, a prática dos Cuidados Paliativos está voltada somente para a terapia nutricional, deixando de lado outros aspectos importantes no tratamento, como é possível observar nessas respostas:

“Contribuindo com a alimentação via oral ou a terapia de nutrição enteral colaborando para amenização dos efeitos colaterais do tratamento” (Participante 10).

“Auxiliando no aporte nutricional adequado para o final da vida” (Participante 11)

“A partir de orientações nutricionais que diminuam os efeitos da doença” (Participante 12)

De fato, a intervenção nutricional é fundamental para o paciente em Cuidados Paliativos, contribuindo diretamente para o controle dos sintomas, promovendo o controle adequado da dor e ajudando o paciente a viver com uma melhor qualidade de vida (SILVA, et al, 2010). Por outro lado, quando a situação do paciente já se apresenta muito grave, ocorre frequentemente a diminuição da aceitação alimentar e até mesmo a recusa, o que acaba gerando muita angústia aos familiares e aos profissionais, que devem estar preparados para lidar com tal situação (COSTA & SOARES, 2017).

O Nutricionista como membro da equipe de Cuidados Paliativos pode contribuir significativamente para o bem-estar do paciente como é possível observar nas respostas de participantes da pesquisa, evidenciando que para alguns dos Nutricionistas, a filosofia paliativista foi entendida:

“Comida aquece a alma, pacientes nessa condição merecem e precisam de conforto e qualidade no fim da vida. O nutricionista pode atuar muito além da questão nutricional, mas também proporcionar momentos de suma importância e felicidade para essa pessoa!” (Participante 13)

“Na promoção do conforto no final de vida que todo ser humano merece ter, além de respeitar quem está ali na finitude, suas escolhas e trazer momentos especiais para o seu fim de vida” (Participante 14)

“Com empatia, com escuta ativa diante do paciente e familiares, entendendo o contexto e rede de apoio do paciente, evolução da patologia, entendendo o

processo saúde-doença do indivíduo pra ofertar a ele o que é mais adequado no momento, se é mais indicado aporte pleno ou conforto, qual a via de alimentação mais indicada tendo em vista desfechos de possível óbito, e principalmente ouvindo quais os desejos dele. Percebo que aprendemos na faculdade a nutrir e reabilitar os pacientes, porém em cuidados paliativos, temos que priorizar o conforto e não necessariamente esse conforto se dará nutrindo-o plenamente” (Participante 15)

Portanto, para que o cuidado humanizado aconteça, é necessário que o profissional entenda o motivo de se prestar os Cuidados Paliativos, os seus princípios, que é o que o diferencia de uma assistência curativa. O nutricionista deve se atentar não somente com as necessidades fisiológicas, mas também com as questões psicossociais, espirituais, emocionais, mesmo que não sejam fáceis de oferecer o suporte assistencial que o paciente necessita (FRANCO et al, 2017).

## 5 | CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo confirmaram dados encontrados na literatura principalmente acerca da deficiência do ensino de Cuidados Paliativos nos cursos de graduação em saúde de universidades e da falta de preparação de grande parte dos profissionais nos cuidados a serem prestados a estes pacientes.

Conclui-se que a maioria dos nutricionistas carecem de formação mais específica em Cuidados Paliativos, para que seja prestado um atendimento adequado a este paciente que possui demandas tão específicas, levando em consideração os aspectos físicos, psicológicos e espirituais, estando de acordo com o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, sendo para isso, fundamental, a inserção dessa temática dentro das universidades em disciplinas, de preferência, obrigatórias.

As experiências relatadas pelos profissionais nem sempre são positivas, visto que são pautadas pelas vivências práticas sem uma fundamentação teórica sobre o tema, o que pode gerar resistência e receio sobre como agir nas diversas situações enfrentadas na prática clínica. Por não terem o conhecimento aprofundado sobre o assunto, podem não entender a filosofia e os princípios dos Cuidados Paliativos e por isso acabam não prestando suporte adequado aos pacientes com estas necessidades específicas. O Cuidado Paliativo é uma abordagem que cresce cada vez mais, por isso, torna-se necessário a capacitação de nutricionistas nessa área, visto que são parte da equipe multiprofissional e podem atuar como protagonistas da assistência nutricional.

## REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª edição, 2012.

ALVES, M.P. **O ensino de Cuidados Paliativos nas faculdades públicas federais de graduação em enfermagem no Brasil: uma análise da situação atual através dos currículos**. Porto, 2016.

ALVES, S.F.A, CUNHA E.C.N, SANTOS G.C, MELO M.O. **Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida.** Psicol. cienc. prof. 2019 julho.

BARBI, M.Z. **A INSERÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).** Instituto de psicologia. 2011.

CALLAWAY M et al. **Funding for Palliative Care Programs in Developing Countries.** May 2007 33 (5), 509–513.

CLARK D, GRAHAN F. **Evolution and change in palliative care around the world.** Volume 39, November 2011, 636-638.

CLARK, D. **From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer.** The Lancet Oncology. 8, may 2007.

COSTA, M.F, SOARES, J.C. **Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos.** Revista Brasileira de Cancerologia 2016; 62(3): 215-224.

FAILLACE, G.B.D. **O ensino de Cuidados Paliativos na formação do Nutricionista.** Demetra; Rio de Janeiro, 2015; 10(1); 133-140.

FERNANDES, M.A, EVANGELISTA, C.B, PLATEL, I.C.D.S, AGRA, G, LOPES, M.S, RODRIGUES, F.A. **The perception by nurses of the significance of palliative care in patients with terminal cancer.** Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2013.

FLORIANI, C.A. **Palliative Care in Brazil: A Challenge to the Health-Care System.**PublicHealth Palliative CareInternational. October 9, 2008.

GERMANA, H.G.G.V. **Palliative Care around the World.** The Economist Intelligence Unit; 62(3): 267-270. 2016.

GOMES, A.LZ, OTHERO, M, B. **Cuidados Paliativos.** Estud. av. vol.30 no.88 São Paulo Sept./Dec. 2016.

HERMES, H.R, LAMARCA, I.C.A. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.9 Rio de Janeiro set. 2013.

LYNCH T, CONNOR S, CLARK D. **Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update.** Journal Of Pain and Symptom Management, June 2013, 45 (6) 1094–1106.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018.**

OLIVEIRA, J.R, FERREIRA, A.C, REZENDE, N.A, CASTRO, L.P. **Reflections on the Teaching of Bioethics and Palliative Care across Medical Schools in the State of Minas Gerais, Brazil.** Rev. bras. educ. med. vol.40 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2016.

PINTO, F.P, CAMPOS, C.J.G. **Os Nutricionistas e os Cuidados Paliativos.** Acta PortNutr no.7 Porto dez. 2016. September 1999, pp. 165-177.

REIS, C.P. **Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos**. Nutrícias no.15 Porto dez. 2012.

SARAIVA, D. S. **Percepção do Nutricionista em relação aos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos em fase terminal**. Faculdade de Juazeiro do Norte, Ceará, 2018. TOLEDO, A.P, PRIOLLI, D.G. **Cuidados no fim de vida: o ensino médico no Brasil**. Rev. bras. educ. med. vol.36 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**FRANCISCA DE FÁTIMA DOS SANTOS FREIRE** - Enfermeira, graduada pela Universidade Católica Rainha do Sertão (2008) e Licenciatura Plena graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual do Ceará (2000). É mestre em Ensino na Saúde- CMEPES- UECE (2016), Especialista em Saúde Mental, Violência Doméstica contra crianças e adolescentes- USP, Especialista em Docência do Ensino Profissional e Enfermagem Ginecológica e Obstétrica. Doutoranda em Ciências da Saúde, com ênfase em Saúde Coletiva. Atuando na docência do Ensino Superior há 12 anos, apresenta maestria na Graduação e Pós-Graduação Lato Sensu. Atualmente, é professora Assistente- A, da disciplina de Educação e Saúde, Bases psicológicas e Saúde Mental, do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Faculdade Princesa do Oeste-FPO. Na docência Lato Sensu leciona nos seguintes cursos: Enfermagem Obstetrícia e Ginecologia, na Saúde mental e na UTI Adulto. É integrante de bancas e orientações de Trabalho de Conclusão de curso nas áreas de domínio e professora titular de diversos cursos. É tutora da UAB/UFC na Especialização em Saúde Mental. É membro do Núcleo Docente Estruturante da Faculdade Princesa do Oeste. Integra o banco de orientadores e avaliadores da Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP, na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Saúde Coletiva e Saúde Mental. Atualmente a autora tem se dedicado a docência, palestras e a pesquisa com área de concentração: Saúde Coletiva, Atenção Psicossocial, Saúde da mulher e Educação Permanente em Saúde com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Ansiedade 4, 10, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 51, 74, 89, 94, 95, 96, 97, 98, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 152, 154, 155, 156, 162, 173, 180

Ansiolítico 114, 118, 119

Antidepressivos 97, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121

Aspectos psicossociais 47, 71

### B

*Blues puerperal* 94

### C

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 138, 147, 148

Comportamento suicida 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 123, 130, 131, 134

Cuidados críticos 99, 101

Cuidados de enfermagem 54, 56, 99, 101, 108

Cuidados paliativos 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 165, 166, 167, 171, 172, 173, 174, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194

### D

*Delirium* 99, 104, 106, 108, 113

Depressão 4, 17, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 49, 59, 61, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 134, 139, 155, 162, 168, 173, 175, 178, 179, 181

Depressão pós-parto 93, 94, 95, 96, 98

Distanásia 56, 58, 62, 63, 64, 65

Distúrbios do início e da manutenção do sono 160, 161

Doença mental 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 18, 20, 30, 92, 139, 148

Dor 43, 48, 49, 50, 53, 59, 60, 67, 68, 70, 71, 73, 74, 76, 78, 83, 109, 111, 152, 153, 155, 156, 158, 162, 165, 166, 168, 174, 180, 185, 191

### E

Epidemiologia 31, 50, 123, 134, 135

Equipe multidisciplinar 44, 45, 47, 48, 53, 60, 63, 72, 165, 166, 167, 172, 173

Esquizofrenia 86, 87, 88, 90, 92, 143, 148, 180

## **F**

Finitude humana 55

## **H**

Humanização da assistência 44, 63

## **I**

Instabilidade emocional 94

Instituição de longa permanência 175, 177, 178, 182, 183

Inventário de ansiedade de Beck (IAB) 36

Inventário de depressão de Beck (IDB) 36

## **L**

Luto 45, 48, 55, 66, 71, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 185

## **M**

Morte 3, 23, 24, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 104, 109, 135, 145, 162, 166, 174, 185, 190

## **N**

Neoplasias 44, 46

## **O**

Oncologia 44, 47, 50

Ortotanásia 56, 58, 59, 62, 63, 64, 65

## **P**

Parto normal 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158

Pós-parto 93, 94, 95, 96, 98

## **Q**

Qualidade de vida 4, 9, 10, 20, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 56, 60, 67, 70, 71, 74, 76, 77, 86, 90, 124, 160, 163, 165, 166, 167, 172, 173, 184, 185, 186, 188, 189, 191

Questionário de vida no trabalho - QWLQ-Bref 36

## **R**

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 138

Reforma psiquiátrica 90, 91, 138, 148

Religiosidade 22, 25, 30, 32, 50, 131

## S

Saúde da mulher 151, 195

Saúde mental 1, 3, 4, 10, 12, 13, 19, 24, 32, 40, 41, 42, 72, 90, 98, 121, 123, 135, 138, 139, 140, 146, 147, 148, 149, 195

Saúde pública 23, 41, 44, 46, 81, 90, 98, 114, 122, 123, 134, 135, 136, 147, 163, 165, 166, 195

Serviços comunitários 90

Sobrecarga familiar 138, 139, 140, 144, 145, 146, 147, 149

Suicídio 16, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 34, 88, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136

## T

Terapias complementares 151

Testes de estado mental 175

Transtorno de humor 95, 137, 140

Transtornos mentais 32, 86, 114, 115, 119, 120, 121, 131, 139, 140

Transtornos neurocognitivos 99, 102

Transtornos psicóticos 93, 96

## U

Unidades de terapia intensiva 48, 54, 55, 56, 57, 59, 65, 102

Universitários 42, 114, 116, 119, 120



# SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

# 4

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

  
Ano 2021



# SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

# 4

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

  
Ano 2021