



MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(ORGANIZADOR)

QUALIDADE
DA PRÁTICA
DE **ENFERMAGEM**
NO PROCESSO
DE CUIDAR

 **Atena**
Editora
Ano 2022



MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES

(ORGANIZADOR)

QUALIDADE
DA PRÁTICA
DE **ENFERMAGEM**
NO PROCESSO
DE CUIDAR

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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 Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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



Prof. Dr. Cirêno de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Qualidade da prática de enfermagem no processo de cuidar

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Q1 Qualidade da prática de enfermagem no processo de cuidar / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. - Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0142-1
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.421222004>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos - CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

Temos o prazer de apresentar a coleção “Qualidade da prática de enfermagem no processo de cuidar”. Questões relacionadas à melhoria da qualidade do cuidado em saúde estão destacadas nessa obra. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

O primeiro volume traz estudos relacionados à contextualização das práticas de enfermagem e a importância da atualização dos componentes curriculares e de um processo de formação continuada que atenda à constante inovação no campo da saúde. Destaque-se também as metodologias ativas e estratégias de enfrentamento a questões relacionadas à saúde mental e a doenças reemergentes, bem como ao aprimoramento da atuação da enfermagem.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas atuais e sensíveis a uma melhor atuação da enfermagem. Dentre algumas discussões, tem-se o atendimento de emergência ao recém-nascido, oncologia pediátrica, humanização do cuidado e questões relacionadas à mortalidade infantil. Há destaque também para o atendimento em saúde durante o período de pandemia e questões sobre o processo gerencial e de trabalho da equipe de enfermagem; síndrome de Burnout; uso de substâncias psicoativas entre profissionais de enfermagem. Por fim, alguns trabalhos discutem a questão da sexualidade e violência entre parceiros íntimos.

Ressaltamos a relevância da divulgação científica dos trabalhos apresentados, para que os mesmos possam servir de base para a prática segura dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.


Marcus Fernando da Silva Praxedes

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DE ÉTICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO

Vanda Cristina dos Santos Passos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220041>

CAPÍTULO 2..... 9

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA AMAZÔNIA

Deyrmysson da Silva Santos

Lunna Lima Carvalho

Daniele Alves Damaceno Gondim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220042>

CAPÍTULO 3..... 27


COMPONENTES CURRÍCULARES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ALAGOAS

John Victor dos Santos Silva

Thalita Lins Soares Silveira

Alice Correia Barros

Thyara Maia Brandão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220043>

CAPÍTULO 4..... 36

ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA - EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE DIRECIONADA PARA OS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA


Lara Denise dos Santos Moura

Luciana Rodrigues Tavares

Natane Winie Morais dos Santos

Lustarllone Bento de Oliveira

Rosimeire Faria do Carmo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220044>


CAPÍTULO 5..... 48

COMPETÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO E A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA FACE À PESSOA COM MANIFESTAÇÕES DE PERTURBAÇÃO MENTAL: ESTUDO NUM HOSPITAL GERAL PORTUGUÊS

Dorine Gomes Moreira

Carlos Laranjeira

Luís Machado Gomes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220045>

CAPÍTULO 6..... 61

ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: ENSINO MEDIADO POR TÉCNICAS DE

SIMULAÇÃO E DRAMATIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS

Dayane de Aguiar Cicolella
Márcia Dornelles Machado Mariot
Fátima Helena Cecchetto
Yasna Patrícia Aguilera Godoy
Lúcia Fabiane da Silva Luz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220046>

CAPÍTULO 7..... 70

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO ALIADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM


Camila Stein
Tatiana da Silva Melo Malaquias
Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante
Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo
Kátia Pereira de Borba
Alessandra Cristina de Paula Faria Zampier
Lailla Ruiz Ketly Tiradentes Ruiz
Fabiana Melo da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220047>

CAPÍTULO 8..... 84

AÇÕES PREVENTIVAS DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS PARA A PRÁTICA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA


Andriele Fernanda Becker
Clarissa Bohrer da Silva
Carine Vendruscolo
Letícia de Lima Trindade
Karina Schopf

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220048>

CAPÍTULO 9..... 98

AS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Rodolfo de Oliveira Medeiros
Luiz Fernando Fregatto
Patrícia Aparecida Aires Rodrigues
Rogério Padovan Gonçalves
Karen Daniele Rocha dos Santos
Camila Marcondes de Oliveira
Elaine Cristina Mulato Gonçalves


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4212220049>

CAPÍTULO 10..... 111

A UTILIZAÇÃO DO ARCO DE MAGUEREZ COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

Jessica da Silva Oliveira

Karina Angélica Alvarenga Ribeiro
Maura Cristiane e Silva Figueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200410>

CAPÍTULO 11..... 116

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO RESSURGIMENTO DO SARAMPO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA


Victor Hugo Nunes Correia
Geórgia Maria Ricardo Félix dos Santos
Jéssica Andréia Pereira Barbosa
Bernardo do Rego Belmonte
Marllon Alex Nascimento Santana
Tatiane Bezerra de Oliveira
Amanda Maria dos Santos Ferreira
Marize Conceição Ventin Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200411>

CAPÍTULO 12..... 128

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ESPORTE PROFISSIONAL


Lívia Mariah Soares
Verônica Vieira da Silva Storch
Karen Roberta Steagall Bigatto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200412>

CAPÍTULO 13..... 142

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA DE AURICULOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Denise de Oliveira Vedotto
Aline dos Santos Duarte
Bibiana Fernandes Trevisan
Mari Ângela Victoria Lourenci Alves
Michelle Batista Ferreira
Rodrigo D Ávila Lauer
Tábata de Cavata Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200413>

CAPÍTULO 14..... 151

CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS EM PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS

Cristiane Marolli
Grasiele Fatima Busnello


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200414>

CAPÍTULO 15..... 165

NEUROTOXOPLASMOSE E NEUROSSÍFILIS EM PACIENTE COM HIV: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE TRABALHO

Eliza Paixão da Silva

Alessandra de Cássia Lobato Dias
Ana Clara Lima Moreira
Ariane Salim do Nascimento
Evelyn Rafaela de Almeida dos Santos
Geovana Brito Nascimento
Ianka Carolline Saldanha da Silva
Leilane Almeida de Moraes
Nicole Pinheiro Lobato
Pedro Israel Mota Pinto
Tatyellen Natasha da Costa Oliveira
Vitória Moraes de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200415>

CAPÍTULO 16..... 175

CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A AUTOGESTÃO DO REGIME DIETÉTICO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA POR CANCRO GÁSTRICO

Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes
Célia Samarina Vilaça de Brito Santos
Maria Mercia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200416>

CAPÍTULO 17..... 191

BENEFÍCIOS DO LASER DE BAIXA INTENSIDADE APÓS MAMOPLASTIA REDUTORA: ESTUDO DE CASO


Stephanie Oliveira de Araujo
Pedro Lavigne de Castello Branco Moreira
Samara Gomes Banhos
Italla Maria Pinheiro Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200417>

CAPÍTULO 18..... 200

PERFIL DOS PACIENTES COM SÍNDROME DE FOURNIER

Ursulla Vilella Andrade
Cintia Moraes Colombo
Denize Pereira Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200418>

CAPÍTULO 19..... 211

SOBREVIDA DE PACIENTES COM CÂNCER PANCREÁTICO METÁSTÁTICO SUBMETIDOS A DRENAGEM BILIAR

Michele Garcia de Caroli Massoco
Debora Montezello

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200419>

CAPÍTULO 20.....221

PERCEPÇÕES DO HOMEM FRENTE AO CÂNCER DE PRÓSTATA

Loruane Crisiely Lenartovicz

Tatiana da Silva Melo Malaquias

Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante

Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo


Kátia Pereira de Borba

Luana Carina Lenartovicz

Alessandra Cristina de Paula Faria Zampier

Lailla Ruiz Ketly Tiradentes Ruiz

Fabiana Melo da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.42122200420>

SOBRE O ORGANIZADOR237

ÍNDICE REMISSIVO.....238

CAPÍTULO 1

METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DE ÉTICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO

Data de aceite: 01/04/2022

Vanda Cristina dos Santos Passos

RESUMO: O uso da simulação no ensino na área da saúde é uma ferramenta fundamental para a formação dos estudantes em cursos de graduação e pós-graduação. No Brasil, a partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei Federal nº 9.394/1996 pelo processo de elaboração e implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, percebe-se uma mudança na área da saúde, especialmente no contexto da formação em saúde. Os professores que se inserem nessa proposta de ensino precisam ser dotados de ferramentas que permitam ultrapassar o campo da técnica e possibilitem a imersão e aguçamento da reflexão. Neste contexto, a utilização da Simulação Realística no ensino de Ética no curso de Pós graduação em Enfermagem em Gerontologia e Geriatria. Os temas e a metodologia surgiram após diversas reuniões entre a coordenação do curso e docentes nas reuniões pedagógicas, os quais apontaram as necessidades nas aulas práticas, o que suscitou a necessidade de uma aula diferenciada e com metodologia ativa com base na problematização. Objetivos: Propor a Simulação Realística como estratégia no ensino de Ética na Especialização em Gerontologia e Geriatria e relatar a experiência do uso da Simulação Realística como estratégia no ensino de Ética na Especialização em Gerontologia e Geriatria. Metodologia: trata-se de um estudo

do tipo relato de experiência, como referencial da metodologia de problematização com o arco de Maguerez, pelo potencial de levar alunos a aprendizagens para a autonomia, assim como estudos que a utilizaram sobre a utilização da metodologia ativa no ensino de ética na assistência ao idoso, durante a disciplina de Ética no curso de especialização em Geriatria e gerontologia em uma Faculdade na região situada na região Central de São Paulo, no período de setembro de 2021.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino, enfermagem, idoso.

ABSTRACT: The use of simulation in teaching in the health area is a fundamental tool for the training of students in undergraduate and graduate courses. In Brazil, from the approval of the Law of Directives and Bases of National Education, Federal Law nº 9.394/1996 by the process of elaboration and implantation of the National Curriculum Guidelines, a change is noticed in the health area, especially in the context of training in health. Teachers who are part of this teaching proposal need to be equipped with tools that allow them to go beyond the field of technique and allow for immersion and sharpening of reflection. In this context, the use of Realistic Simulation in the teaching of Ethics in the Postgraduate Nursing Course in Gerontology and Geriatrics. The themes and methodology emerged after several meetings between the course coordination and teachers in the pedagogical meetings, which pointed out the needs in practical classes, which raised the need for a differentiated class with an active

methodology based on problematization. The use of simulation in teaching in the health area is a fundamental tool for the training of students in undergraduate and graduate courses . In Brazil, from the approval of the Law of Directives and Bases of National Education, Federal Law nº 9.394/1996 by the process of elaboration and implantation of the National Curriculum Guidelines, a change is noticed in the health area, especially in the context of training in health. The use of simulation in teaching in the health area is a fundamental tool for the training of students in undergraduate and graduate courses . In Brazil, from the approval of the Law of Directives and Bases of National Education, Federal Law nº 9.394/1996 by the process of elaboration and implantation of the National Curriculum Guidelines, a change is noticed in the health area, especially in the context of training in health. Results: the use of Realistic Simulation as a strategy in the teaching of Ethics in the Specialization in Gerontology and Geriatrics, was carried out during the discipline of Ethics in the specialization course in Geriatrics and Gerontology, following the following steps: 1) presentation of the theme, 2) proposal development of the Simulation with group discussion, 3) theoretical study on the topic, 4) group discussion, on the proposed scenario, 5) application in the simulation. Final considerations: Through the Realistic Simulation, it was possible to insert the student in the critical-reflexive teaching-learning processes, in which he participated and committed himself to his learning, using the problematization, with positive and satisfactory results in the teaching-learning process.

KEYWORDS: Teaching and nursing and elderly.

“ É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

1 | INTRODUÇÃO

O uso da simulação no ensino na área da saúde é uma ferramenta fundamental para a formação dos estudantes em cursos de graduação e pós-graduação ⁽¹⁾.

No Brasil, a partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei Federal nº 9.394/1996 pelo processo de elaboração e implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, percebe-se uma mudança na área da saúde, especialmente no contexto da formação em saúde. Evidencia-se a necessidade de reformar os currículos de graduação em saúde, considerados tradicionais e inadequados, sobretudo a proposta de edificação do Sistema Único de Saúde, a fim de promover uma organização do conteúdo e inserção de metodologias inovadoras ⁽²⁾.

A proposta é a utilização da Metodologia Ativa (MA), é uma concepção educativa que estimula processos de ensino aprendizagem crítico- reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado, utilizando a problematização ^(3,4).

Os professores que se inserem nessa proposta de ensino precisam ser dotados de ferramentas que permitam ultrapassar o campo da técnica e possibilitem a imersão e

aguçamento da reflexão.

O ambiente hospitalar é um dos cenários onde a insegurança profissional pode estar presente. A falha humana, seja na condução clínica equivocada ou nas intervenções que causam prejuízos imensuráveis a inúmeras vidas, em parte está associada a erros que poderiam ser evitados, se os profissionais estivessem melhor preparados ^(5,6).

Estudo realizado pelo National Training Lab. Bethel, intitulada pirâmide do aprendizado, revelou que a leitura propicia retenção de 5% de aprendizado, a oratória 10%, o áudio visual 20%, a demonstração 30%, a discussão em grupo 50%, a prática monitorada 75% e a atuação na prática (fazer) propicia uma retenção do conteúdo em 90% ⁽⁶⁾. Estes resultados apontam para o impacto que a metodologia de simulação realística pode produzir em forma de aprendizado eficiente ⁽⁶⁾.

É neste espaço que surge e, ganha força, a metodologia de simulação realística que vem sendo melhor compreendida, requerida e estimulada na graduação como metodologia de ensino aprendizagem capaz de interferir positivamente, mobilizando conteúdos acumulados, através da problematização quando o discente é exposto ao problema e à resolução do mesmo. Neste momento ele está sendo conduzido pelo docente para o desenvolvimento do raciocínio crítico, reflexivo, fundamental para a tomada de decisão.

Pesquisas afirmam que a metodologia de simulação realística é componente chave capaz para promover revolução na educação, incluindo a educação continuada, por ser uma técnica de ensino inovadora que possibilita a expansão da formação de equipes e desenvolve habilidades de liderança ao trabalhar a relação humana com ações interdisciplinares, reduzindo o erro humano quando aplicada na área de saúde ⁽⁷⁾.

O uso da metodologia de simulação realística vem sendo ofertado em diversos cenários de aprendizado, principalmente nos Estados Unidos e na Europa. Essa metodologia que permite aos discentes a participação direta na problematização de situações que requerem ação profissional imediata e conseqüentemente, induz o discente à busca de soluções para o problema apresentado ⁽⁷⁾.

No Brasil, sua aplicação pode ser considerada pequena, se considerarmos o potencial desse método em produzir melhorias na relação ensino-aprendizagem.

A simulação realística compreende uma técnica para substituir ou ampliar experiências reais. Na área da saúde especificamente, se apresenta como uma tentativa de reproduzir os aspectos essenciais de um cenário clínico para que, quando um cenário semelhante ocorrer em um contexto clínico real, a situação possa ser gerenciada pela equipe com êxito ^(8,9).

A simulação no aprendizado em saúde surgiu por meio do treinamento militar e a utilização de simuladores de voo. Após expansão, visando aprimoramento técnico e prático, essa metodologia vem sendo utilizada em todo o mundo, com equipamentos de última geração que reproduzem perfeitamente os mais diversos cenários e comportamentos do corpo humano, que podem simular situações de emergência, tais como parada

cardiorrespiratória, pneumotórax; além de outras situações da prática clínica ^(10,11) .

Como estratégia de ensino e aprendizagem na área da saúde, a técnica de simulação realística é destinada a proporcionar experiências de pacientes reais por casos clínicos realizados de forma fictícia e segura, em cenários ou manequins, reproduzindo aspectos da realidade de maneira interativa para o grupo, dinamizando o processo de ensino e aprendizagem ^(12,13).

A simulação, isoladamente, representa uma “técnica” ou uma tecnologia e centra-se na recriação de situações da vida real. Visa permitir aos estudantes o desempenho prático ou a aquisição de habilidades em um ambiente seguro ⁽¹⁴⁾.

Muitos centros adotam simulação de baixa fidelidade para o treinamento de técnicas consideradas simples, como as punções, e para a formação de habilidades essencialmente psicomotoras, enquanto outros adotam simuladores de alta fidelidade para o desenvolvimento e a geração do raciocínio clínico e crítico, visando a aquisição de competências não apenas psicomotoras, mas atitudinais e cognitivas ⁽¹⁴⁾.

Neste contexto, a utilização da Simulação Realística no ensino de Ética no curso de Pós graduação em Enfermagem em Gerontologia e Geriatria. Os temas e a metodologia surgiram após diversas reuniões entre a coordenação do curso e docentes nas reuniões pedagógicas, os quais apontaram as necessidades nas aulas práticas, o que suscitou a necessidade de uma aula diferenciada e com metodologia ativa com base na problematização.

A metodologia de simulação realística pode ser considerada uma nova possibilidade de ensino aprendizagem que engloba estratégias de comunicação e relação humana, privilegiando o trabalho de interação em equipe e proporcionando o desenvolvimento de habilidades e competências técnicas que vão desde questões éticas até o gerenciamento de conflitos.

A simulação é uma técnica que é desenvolvida com auxílio de tecnologia e pode ser aplicada com diversos instrumentos sendo eles de baixa, média e alta complexidade. Tal aplicação se dá através da utilização de estratégias como (Quadro 1) ⁽⁷⁾:

Instrumentos para Simulação	Características
- Manequins de alta fidelidade:	- são robôs de alta tecnologia (custo elevado). Possuem respiração espontânea, choro, fala, pulso, apresentam todos os sinais vitais, a partir de uma programação prévia realizada pelo professor. Seu uso é pequeno na graduação, devido ao alto custo de aquisição e manutenção, embora sejam comuns nos centros de simulação ⁽⁷⁾ ;
Bonecos estáticos:	- aparência real para treinamento de habilidades específicas relacionadas a procedimentos em geral. Detêm menor custo possibilitando a realização de procedimentos como introdução de cateteres no estômago, boca, nariz e bexiga. São muito utilizados nos cursos de graduação ⁽⁷⁾ ;
Peças anatômicas:	- como braços para punção venosa, utilizados para o treinamento da técnica de punção, na qual ocorre introdução de um dispositivo com agulha na veia para realização de medicação e ou aspiração de sangue para exames. Treinamento de procedimentos que causam dor, desconforto e risco de infecção ao paciente; apesar de não interagir com o estudante a peça proporciona a realização da técnica com segurança, podendo ser repetida sem prejuízos ao paciente e ao estudante ⁽⁷⁾ ;
Pacientes padronizados ou pacientes simulados:	- utilizado como pessoa, que pode ser estudante ou ator, caracterizado de paciente, previamente treinado e atendido pelo discente no laboratório e inserido em um cenário que possibilite ao discente a sensação de estar atendendo no ambiente hospitalar. É defendido como padrão ouro devido ao baixo custo e por propiciar maior desenvolvimento das relações humanas, liderança e postura ética, diante do paciente, familiares e equipe, ampliando as possibilidades e relações entre o real e o imaginário da sala de aula implicando positivamente na sua atuação profissional futura ⁽⁷⁾ ;
Realidade Virtual:	- pouco difundida e utilizada no Brasil, seu uso nos cursos de saúde está atrelado principalmente a simulação de procedimentos cirúrgicos para os cursos de medicina com a finalidade de replicar o procedimento. Apresenta a possibilidade de utilização em rede ⁽⁷⁾ ;
Simulação híbrida:	- utilização associada de manequim vivo (paciente simulado) e um manequim e ou peça anatômica para a realização de procedimentos invasivos como introdução de cateteres durante o atendimento ao paciente simulado. Na disciplina de Semiologia o aprendizado ocorre conteúdo prévio e prática monitorada ⁽⁷⁾ .

A metodologia de simulação realística pode ser considerada uma possibilidade de ensino aprendizagem que engloba estratégias de comunicação e relação humana, privilegiando o trabalho de interação em equipe e proporcionando o desenvolvimento de habilidades e competências técnicas que vão desde questões éticas até o gerenciamento de conflitos.

2 | OBJETIVO

Propor a Simulação Realística como estratégia no ensino de Ética na Especialização em Gerontologia e Geriatria.

Relatar a experiência do uso da Simulação Realística como estratégia no ensino de Ética na Especialização em Gerontologia e Geriatria.

3 | DESENVOLVIMENTO

A utilização da Simulação Realística como estratégia no ensino de Ética na Especialização em Gerontologia e Geriatria, foi realizada durante a disciplina de Ética no curso de especialização em Geriatria e gerontologia.

Roteiro para Cenário de Simulação Aspectos Éticos na Assistência ao idoso

Data: _____ Grupo: _____

Unidade Curricular: Ética	Curso: Pós Graduação em Enfermagem Gerontologia e Geriatria	Módulo:				
Duração Total Data:	Tema da aula:	Objetivos de Aprendizagem	Metodologia:	Bibliografia da Aula	Local:	Recursos:
		1. 2. 3.				

Pré-briefing: apresentação do cenário para os alunos da sala)
Briefing (história informada aos participantes, cenário, menos de 10 minutos, apresentação da cena para os alunos)
Debriefing: (discussão sobre a cena e conteúdo,20 minutos)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Como foi a cena? Descrevam (brevemente) 2. Perguntar para cada ator como foi ser enfermeira e idosos. 3. Perguntar para sala: se você estivesse no lugar do enfermeiro faria diferente? O que? 4. Finalizar: passando a conduta mais viável, correta.

→ Ferramentas de apoio: _____

9- Referências utilizadas na construção do cenário

1-
2-
3-

→ OBS: _____

Checklist

Habilidades/ comportamentos	Realizado?	Observação
1-	() sim () não	
2-	() sim () não	
3-	() sim () não	
4-	() sim () não	
5-	() sim () não	

REFERÊNCIAS

1. AEBERSOLD, Michelle; TSCHANNEN, Dana; BATHISH, Melissa. Innovative simulation strategies in education. Nurs. res. pract., New York, v. 2012, article ID 765212, p. 1-7, 2012.
2. Conterno SFR, Lopes RE. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. Trab Educ Saúde. 2013; 11(3): 503-523.
3. Diaz-Bordenave J, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
4. Sobral FR, CAMPOS, Claudinei JG. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. Rev Esc Enferm. USP; 2012; 46(1): 208-218.
5. Clever SL., Dudas, RA., Solomon BS., Yeh HC, Levine, D., Bertram, A. 2011 .Medical student and faculty perceptions of volunteer outpatients versus simulated patients in communication skills training. Acad Med.;86(11):1437-42.
6. Troncon L. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. Medicina (Ribeirão Preto) 2007; 40 (2) : 180-91.
7. Gaban D. M. 2009. Do as we say, not as you do: using simulation to investigate clinical behavior in action. Simul Healthc.;4(2):67-9.
8. Vilella DS, Leite LM, Nassar MED. A simulação realística como estratégia de ensino em atendimento pré-hospitalar: um relato de experiência. São Paulo (SP): Prefeitura de São Paulo; 2010.
9. Sanino GEC. Simulação Realística no Ensino de Enfermagem. São Paulo (SP); 2011.

10. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Rev Bras Enferm. 2009; 62 (3):133-42.[
11. Feitosa RMM, Nobrega LLR. Relato de Experiência acerca do uso da simulação como método de ensino durante disciplina enfermagem na atenção à saúde da mulher, num curso superior de enfermagem em uma universidade privada de Mossoró/RN 2009. In: 62ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; 25 a 30 de julho de 2010; Natal (RN). Disponível no site: [http://www.sbpnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/2082 .htm](http://www.sbpnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/2082.htm) .
12. Ferreira GAA, Gonçalves CAV, Baptista IMC. Relato de experiência: educação continuada nos Serviços de Enfermagem. In: Encontro Latino Americano de Pós Graduação UNIVAP. São José dos Campos (SP): UNIVAP; 2010.
13. Teixeira INDO, Felix JVC. Simulação como estratégia de ensino em enfermagem: revisão de literatura. Interface [Botucatu] 2011; 15(39):1173-84.
14. GABA, David M. A brief history of mannequin-based simulation and application. In: DUNN, William F. Simulators in critical care and beyond. Des Plaines, USA: Society of Critical Care Medicine, 2004. p. 7-14.
15. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009. Disponível em: . Acesso em 22 jul. 2014.
16. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008. MOREIRA, Daniel Augusto. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira/Thomson, 2002.
17. CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; DA SILVA, Roberto. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007.
18. HABERMAS, Jurgen. Dialética e hermenêutica. Porto Alegre: L&PM, 1987. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA. Postado por EaD Anima. (16 min. 17 seg.): son. color. Port. Disponível em: . Acesso em: 15 set. 2014.
19. Portal da Faculdade da Santa Casa de São Paulo. Site: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/> acesso 4 de Novembro de 2017, 18h00.
20. Portal da Escola de Enfermagem de Coimbra. Site: <https://www.esenfc.pt/pt/page/3440/3>,a cesso 4 de Novembro de 2017, 15h00.
21. Yolanda Y.“World Café” ... Você já participou de algum?Revista eletrônica Rh.com.br. Site: http://www.rh.com.br/Portal/Grupo_Equipe/Artigo/6675/world-cafe# acesso 5 de Novembro de 2017, 18h30.

CAPÍTULO 2

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA AMAZÔNIA

Data de aceite: 01/04/2022

Deyrmysson da Silva Santos

Discente do Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Estácio da Amazônia

Lunna Lima Carvalho

Discente do Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Estácio da Amazônia

Daniele Alves Damaceno Gondim

Docente do Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Estácio da Amazônia

RESUMO: No período do ciclo da borracha no início no século XIX, houve uma intensa migração de nordestinos na região amazônica nos arredores dos rios, surgindo então, um povo miscigenado com os indígenas da região os *ribeirinhos*. E com isso a formação de várias comunidades com difícil acesso e que ainda enfrentam inúmeras dificuldades de acesso a saúde. O presente trabalho tem por objetivo verificar as formas de educação em prevenção e promoção em saúde para as comunidades ribeirinhas. E por meio de uma metodologia de pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa contextualizaremos aqui as informações obtidas em sites, livros literários, revistas, manuais e portarias. Por meio dessa análise documental e respeitando as prerrogativas éticas de investigação científica,

o presente trabalho possibilitou enfatizar a necessidade de prevenção em educação a saúde nas comunidades ribeirinhas da Amazônia. Dispondo-se dos fundamentos apresentados, serão abordadas estratégias utilizadas pelas equipes de saúde para promover educação de prevenção a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde; Educação; Prevenção.

ABSTRACT: In the period of the rubber cycle in the beginning of the 19th century, there was an intense migration of northeastern people in the Amazon region around the rivers, emerging then, a people mixed with the indigenous peoples of the region, the riverside dwellers. And with that, the formation of several communities with difficult access and that still face countless difficulties in accessing health. This work aims to verify the forms of education in prevention and health promotion for riverside communities. And through a qualitative bibliographic research methodology, we will contextualize here the information obtained from websites, literary books, magazines, manuals and ordinances. Through this documental analysis and respecting the ethical prerogatives of scientific investigation, this work made it possible to emphasize the need for prevention in health education in riverside communities in the Amazon. With the fundamentals presented, strategies used by health teams to promote health prevention education will be addressed.

KEYWORDS: Health; Education; Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo MARQUES (2019), a delimitação e identificação da Amazônia é muito difícil por dois critérios, um é por ultrapassar as limitações de fronteira do Brasil, e outro são as delimitações que mudam conforme os aspectos das florestas, clima, relevo ou bacia hidrográfica e além da biodiversidade e sua extensão, apresentam diversidades étnicas e culturas se destacando entre elas, as comunidades ribeirinhas.

No século XIX, houve uma intensa migração de nordestinos para a Amazônia, no período que ficou conhecido como o ciclo da borracha, formando então as comunidades ribeirinhas nas mediações do rio Amazonas. (SÁ, et al., 2012).

De acordo com Brasil 2007, que institui o decreto Nº 6.040, sobre a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais em seu art. 3º para os fins deste Decreto e do seu Anexo compreende-se por:

I - Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição;

II - Territórios Tradicionais: os espaços necessários a reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária, observado, no que diz respeito aos povos indígenas e quilombolas, respectivamente, o que dispõem os arts. 231 da Constituição e 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e demais regulamentações; e

III - Desenvolvimento Sustentável: o uso equilibrado dos recursos naturais, voltado para a melhoria da qualidade de vida da presente geração, garantindo as mesmas possibilidades para as gerações futuras.

Na atualidade, com o viés de atender a toda a população brasileira, o Sistema único de Saúde - SUS enfrenta grande desafio em prestar assistência de saúde aos povos ribeirinhos.

Com embasamento dos princípios do SUS: universalidade, equidade e igualdade, surgiu à necessidade de criar o programa de estratégia de saúde da família ribeirinha para que aquela população não ficasse desassistida.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em comunidades pertencentes a áreas em que estão acrescentadas, cujo acesso é por rio. Pela grande dispersão territorial, essas áreas necessitam de embarcações para atender às comunidades dispersas no território. (BRASIL, 2017).

Neste mesmo sentido, a fim de colaborar para a discussão da prática educação nos serviços básicos de saúde, o presente trabalho tem por objetivo refletir sobre práticas educativas em saúde, enfatizando, a educação popular voltada para saúde e higiene em comunidades ribeirinhas, como parte metodológica sugerida e preconizada pelo Ministério

da Saúde. Nesse contexto, foi realizada uma revisão em literaturas sobre esta área da educação, seus aspectos e o trajeto a ser percorrido em populações ribeirinhas.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Analisar as práticas de enfermagem em educação em saúde das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) na atenção primária, compreendendo o segmento de saúde por essas populações.

2.2 Objetivos específicos

Analisar as peculiaridades da vida das comunidades ribeirinha a fim de desenvolver aplicações práticas para essas populações, em particular;

Enfatizar educação em saúde de forma efetiva, no cotidiano dessas comunidades;

Expor resultados teóricos oriundos de uma base literária específica, compreendendo autores clássicos e contemporâneos.

3 | JUSTIFICATIVA

Intentando aprofundar conhecimentos e saberes sobre a população que vive nos arredores dos rios, verificou-se a necessidade de traçar um perfil sociocultural e antropológico para construir novos paradigmas na saúde que alcancem, de fato, os povos que vivem à margem da sociedade e em locais de difícil acesso. Somado a isto, surgiu o dever de buscar soluções e estratégias públicas para melhorar a saúde dos povos ribeirinhos bem como definir de que forma o enfermeiro poderia contribuir, utilizando uma ferramenta básica e acessível que é a educação em saúde.

4 | METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, com fonte bibliográfica e abordagem qualitativa, ou seja, elaborada a partir de um material já publicado. Sendo que o material coletado passou por uma triagem e foi acompanhado de anotações às quais foram utilizadas para descrever o trabalho (GIL, 2010).

A pesquisa bibliográfica baseia-se em fonte secundária que almeja alcançar na literatura científica subsídios de interesse, possuindo como objetivo a tentativa de oferecer aos autores informações relevantes sobre a temática escolhida. Estas pesquisas têm o aperfeiçoamento de ideias (SOUZA, et al, 2021).

Utilizou-se uma abordagem qualitativa que permitisse a construção de novas

abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação e pode ser utilizado “para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias” (MINAYO, 2012).

4.2 Construção e processamento das informações

Através de documentação indireta: revisão de literatura e pesquisas documentais. O processamento se deu pela organização de um acervo de material temático nos quais foi compilado documentos, bem como utilizado informações disponibilizadas por meio de busca de artigos científicos nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google acadêmico. Tendo como descritores: Saúde; Educação; Prevenção. Os trabalhos selecionados foram artigos disponibilizados na íntegra, encontrados através de acesso ao portal de periódicos, que abordavam a temática deste estudo.

4.3 Da análise e critérios de inclusão e exclusão

Foram analisadas as inferências norteadoras com base no estudo bibliográfico na íntegra, comparando as informações e avaliando a maneira pelas quais os achados serviriam para a análise da temática, levando-se em consideração, o tema, o tipo de estudo, trabalhos em língua portuguesa e inglesa, publicados no período que abordassem as orientações da equipe de saúde, principalmente do profissional enfermeiro.

As informações foram disponibilizadas e organizadas com base na literatura pertinente com foco na realidade atual. Realizou-se um levantamento da literatura, com leitura prévia de aproximadamente 50 (cinquenta) artigos dos quais alguns foram descartados por não estarem em conformidade com o tema, obtendo-se um total de 36 (trinta e seis) artigos para construção das informações neste artigo e composição da bibliografia, destes, utilizou-se 06 (seis) artigos de relevância para análise detalhada dos resultados e discussão.

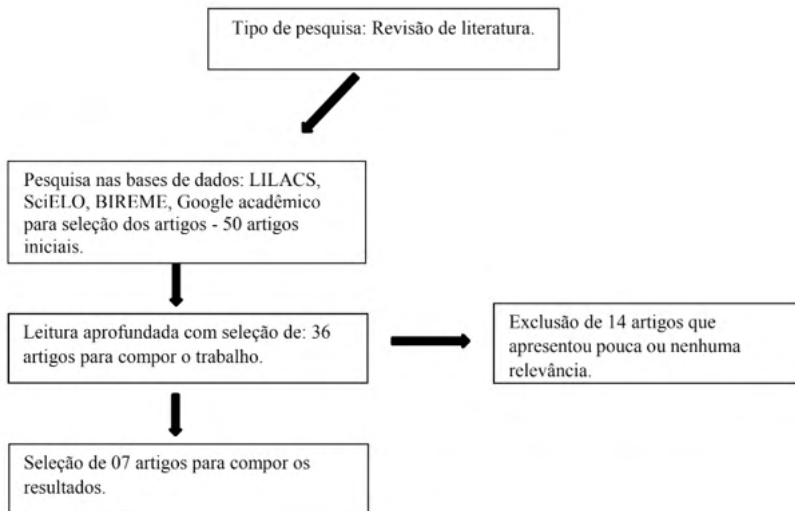


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos arquivos.

Fonte: Elaborado pelos autores desta pesquisa, 2021.

5 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 A Saúde Universalizada: Os ribeirinhos precisam estar nesse universo

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, inclusive firmado em cláusula pétrea, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A partir dessa narrativa, se observa que as infraestruturas socioeconômicas e de saneamento básico são partes de serviços públicos essenciais que influenciam de forma expressiva a saúde das pessoas.

O Movimento da Reforma Sanitária, no Brasil, iniciado no final da década de 1970 que teve ênfase na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi um fato histórico da busca pela saúde como um dever de Estado e a universalidade do acesso aos serviços de promoção e recuperação a todos os cidadãos.

Todavia, o fato é que, no Brasil, a injustiça social sempre refletiu a existência da estratificação da sociedade, onde os indivíduos, inseridos em determinadas relações sociais, têm mais chances em realizar seus interesses (WRIGHT, 1989). Isso se deve pelo fato de que, quando há uma base social desfavorável, as comunidades mais distantes têm um acesso desigual aos serviços sociais, que resultam no desabastecimento de insumos e serviços de saúde, pois os recursos públicos não conseguem atender aos que mais precisam.

Passando décadas em busca de melhorias e acesso igualitário ao serviço de saúde,

foi dada a origem da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 a qual define que “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais”, entre outros, como fatores determinantes e condicionantes para promoção da saúde, (BRASIL, 1990).

Atualmente, considerando as características analisadas por Wright (1989), mesmo após as melhorias que foram estabelecidos aos cidadãos, e a saúde garantida na Constituição de 1988 como um “direito de todos e dever do Estado” ainda é seletiva, pois a fila para os que necessitam de atendimento é grande, e os que podem pagar por um serviço de maior qualidade são atendidos mais rápido. Nesse contexto abre-se a questão da “universalidade” do acesso à saúde, o qual é um dos três pilares do SUS, que somado à igualdade e equidade, convertem-se em princípios feridos.

Em 1988, com a implementação do SUS, houve a modificação dos serviços de atenção à saúde que até aquele momento, não existia. De um modelo de tratamento após a doença instalada, de caráter curativo, passou a ser com modelo voltado às ações de prevenção e de promoção da saúde, aprimorado em atividades principalmente coletivas (VALENTIM, 2007). A partir desse momento, os acessos, à universalização, à integralidade e à territorialização vêm definindo o sistema de saúde do país.

Segundo Mendes 2010, acesso é um dos atributos considerados essenciais para alcançar a qualidade nos serviços de Saúde, mas é um conceito que varia entre as variedades de estudos existentes, incluindo a sua terminologia. Muitos desses estudos utilizam o termo acesso, outros usam o termo acessibilidade, sendo empregados muitas vezes de forma equivocada e simplesmente introduzidos para ter algum sentido. (TRAVASSOS, 2004).

Entretanto, ter acesso aos serviços de saúde no Brasil, continua sendo relatado na literatura como um dos maiores problemas relacionados à assistência (LIMA, 2007). Esses problemas podem ser devidos tanto às características do atendimento quanto às barreiras geográficas e organizacionais (CUNHA, 2010), o que colabora, em muitos casos, para a procura por planos privados de saúde (GERSCHMAN, 2007).

5.2 Formação histórica dos povos ribeirinhos da Amazônia

Os ribeirinhos, no contexto geral, são caboclos que vivem às margens dos rios de onde tiram o seu principal sustento por meio da pesca artesanal. Cultivam pequenas roças, como a mandioca, a banana e as leguminosas para o consumo próprio e, não raramente, extraem vegetais da selva como o palmito (PINHEIRO, et al., 2012, p. 3).

Morar as margens de rios da Amazônia, estabelece limitações em diferentes dimensões (cultural, sanitária, econômica e social). Quem vive nestas áreas usa recursos dos rios e das florestas para se manter, e seus moradores ainda são conhecidos como “Caboclo”, termo que se refere aquele que navega pelos rios e que representa uma miscigenação de diferentes grupos da sociedade (indígenas, migrantes de outras regiões, nordestinos, dentre outros) (DIEGUES, et al., 2000).

Considera-se que *modus vivendi* e a organização política das comunidades tradicionais ribeirinhas são marcadas e orientadas por uma identidade pautada nos valores socioculturais e na dinâmica sócio histórica da região amazônica. Na base dos conhecimentos das comunidades tradicionais, predominam os saberes herdados das populações indígenas que habitam a região, desde momentos que antecedem ao processo de colonização. A influência desses outros povos, principalmente a portuguesa, fez surgir a cultura dos caboclos (MORÁN, 1990).

Para melhor compreensão da origem desses povos amazônicos é preciso entender o que ocorreu naquela região há dois séculos. Mais precisamente no fim do século XIX o rápido avanço da revolução industrial multiplicou a demanda da borracha, e a borracha foi o motivo e o fundamento da explosão amazônica.

Tal cenário foi bem narrado na obra literária de Márcio de Souza (2001) intitulada “Galvez Imperador do Acre”, a qual apresenta a vida em um Brasil pouco visto:

A nossa melhor borracha vem do Acre. Até a metade deste século ninguém discutia a nacionalidade do Acre. Só os índios lá viviam e o Acre era evitado até pelos exploradores mais corajosos. Diziam que por lá havia febre. Os cearenses não tiveram medo da febre e entraram na região. Empurraram a fronteira com a própria miséria (SOUZA, 2001, p. 45 – 46).

Há de se observar que os cearenses são citados e o que confirma Silva (1994) quanto à migração nordestina:

Entre as longas caminhadas na floresta e a solidão nos tapiris rudimentares onde habitavam, esgotava-se sua vida, num isolamento que talvez nenhum outro sistema econômico haja imposto ao homem. Ademais, os perigos da mata e a dura jornada de trabalho encurtavam sua vida, principalmente em relação aos primeiros migrantes nordestinos (Silva, 1994, p.26).

Além das populações indígenas que ali viviam, houve um processo de miscigenação com a chegada dos migrantes nordestinos que, naquelas terras, estavam fugindo das mazelas causadas pela seca, principalmente como a fome. Ainda nesta toada, de acordo com Souza (1984):

A migração em direção ao norte deu seus primeiros passos na grande seca de 1877-1879. O surgimento do ciclo da borracha transformou-se em grande polo de atração para as populações rurais do Nordeste. Migrar para a Amazônia nos anos de seca já se tornara constante na história nordestina, principalmente, no Estado do Ceará. Souza (1984 apud MEDEIROS FILHO, 1998, p.2).

Todavia, quando chegavam acreditando que iriam melhorar suas condições de vida a realidade era totalmente diferente do que imaginavam. (NETO, 1986, p. 45), evidencia que o nordestino na Amazônia começava sempre a trabalhar endividado:

Pois via de regra obrigavam-no a reembolsar os gastos com a totalidade ou parte da viagem, com os instrumentos de trabalho e outras despesas de instalação. Para alimentar-se dependia do suprimento que, em regime de

estrito monopólio, realizava o mesmo empresário com o qual estava endividado e que lhe comprava o produto. As grandes distâncias e a precariedade de sua situação financeira reduziam-no a um regime de servidão (NETO, 1986, p. 45).

Pelos fatos relatados por Miranda Neto (1986) o que ocorriam com os migrantes era um trabalho análogo a escravidão. E eles não conseguindo retornar aos seus lugares de origem ficaram naquela região. Quando o fim do ciclo da borracha encerrou muitos já tinham construído suas vidas na Amazônia ocorrendo à miscigenação principalmente de nordestinos com indígenas e ocupando casas como palafitas na beira do rio Amazonas dando origem à população que chamamos de ribeirinhos, fato inclusive mencionado no clássico literário “Os Sertões”:

O seringueiro é, sobretudo um solitário, perdido no deserto da floresta, trabalhando para se escravizar. Cada dia num seringal corresponde a uma empreitada de Sísifo - partindo, chegando e novamente partindo pelas estradas no meio da mata, todos os dias, sempre, num “eterno giro de encarcerado numa prisão sem muros.” (CUNHA, 1994, p.59).

Chaves (2001) afirma que os ribeirinhos são uma referência de população tradicional na Amazônia, a iniciar pela forma de comunicação, no uso das representações dos lugares e tempos de suas vidas na relação com a natureza. Desde a relação com a água, seus sistemas classificatórios da fauna e flora formam um extenso patrimônio cultural.

5.3 A dificuldade de acesso aos serviços de saúde

Regiões que são geograficamente isoladas, são fatores de importante relevância, pois limitam-se acessos essenciais de cidadãos aos principais serviços públicos, e não menos importante, os serviços de saúde, que é um desafio para ações principalmente de saúde coletiva em todo o Brasil, mais precisamente para desenvolver estratégias em áreas ribeirinhas, pelo interior da Amazônia.

Esses lugares são residência de populações, que vivem em comunidades comumente afastadas da sede do município a qual estas pertencem, sendo compostas por famílias, estendidas às margens de rios, igarapés e lagos.

Essas regiões por serem afastadas de centros urbanos têm dificuldade de acesso às infraestruturas de saneamento básico. Percebe-se a falta eficácia no abastecimento de água, e em muitos casos ausência completa destes serviços (OLIVEIRA, et al., 2008).

A universalização do saneamento básico, segundo a Lei Federal 11.445/2007 (BRASIL, 2011), é o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações que operam o fornecimento e abastecimento de água, saneamento sanitário, limpeza urbana e descarte correto de resíduos sólidos, drenagem e manejo correto da água pluvial, para que seja acessível a todos, um abastecimento de água com qualidade e quantidade suficientes às necessidades da população.

5.4 O Conceito de comunidade, cultura e sociedade

Tonnies (1947), afirma que a comunidade é diferente de sociedade. O que basicamente distingue a comunidade da sociedade é a diferença entre “vida real e orgânica” que une os seres humanos fazendo-os se apoiarem mutuamente.

As relações estabelecidas são pautadas pelos níveis de parentesco, vizinhança e amizade. “Tudo aquilo que é partilhado, íntimo, vivido exclusivamente em conjunto, será entendido como a vida em comunidade” (TONNIES, 1947, p. 35).

Muitos autores entendem de que as comunidades tradicionais, na Amazônia, têm “um modelo particular de gestão dos recursos naturais e de organização social” (CHAVES, 2001), sendo assim, a comunidade se compõe “num espaço onde se estabelecem a construção de identidades sociais, de projetos comuns, mas também, de manifestação da diversidade” (CHAVES, 2001).

Assim a comunidade é o lugar em que se consolidam as relações sociais e estilos de vidas específicos, bem como, formas de gestão adequadas dos recursos locais, o que confirma o importante papel da cultura.

Para o renomado antropólogo Clifford Geertz (2008) a cultura é nada mais que uma espécie de “teia de significados tecida pelo homem”. Para o autor, esta teia guia a existência humana, é verdadeiramente um sistema fluído e organizado de símbolos que conversa com os sistemas de símbolos entre os povos numa interação recíproca.

Já o conceito de sociedade mais adequado, se encontra em Castro (2002), que a definiu como uma condição universal da vida humana, uma predisposição para viver entre seus pares e com eles dividir a vida.

5.5 A enfermagem como protagonista da educação em saúde nas comunidades ribeirinhas

O Ministério da saúde define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2009).

As ações educativas na área da saúde, não eram tidas como prioridade, mas quando praticadas, seu objetivo era aproximar as pessoas para seguirem a normas de conduta. Dessa forma, os trabalhadores da saúde tiveram mínimas oportunidades de pensar sobre as práticas educativas desenvolvidas por eles nos serviços de saúde. Essa situação gerou críticas, sendo tema da X Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

As propostas estabelecidas enfatizaram a necessidade na formação dos profissionais da saúde orientada pelos problemas e condições sociais na saúde da população e pela modificação das relações entre os trabalhadores da saúde e usuários, buscando ter trocas

de informações permanentes de conhecimento das partes envolvidas, em especial com a cultura de determinada região.

Para essas ações de educação, as equipes encontram dificuldades, pois apresentam planos baseados de forma técnica, e assim apresenta, a parte hospitalar propriamente dita, sem a interação da realidade de determinado local. As palestras são a forma que mais apresentam estratégias sobre temas definidos pelos técnicos, sem consulta ou adaptação às necessidades da população (CHIESA, e ta., 1995).

Quando se trata de sistema de saúde, tem que haver um planejamento da política de ação, considerando a elaboração de planos educativos nas vertentes - educação e promoção em saúde. Se isso não ocorrer, a prática contínua que se deseja, não será alcançada e, portanto, incoerente no que se refere às necessidades da população que se pretende alcançar. (CANDEIAS, 1984).

A elaboração de um plano requer compromisso coletivo de qualquer população em relação à realização de construção do saneamento. Deve ser analisada a realidade e traçar os objetivos e positivamente transformar essa estratégia e, assim, definir como cada segmento envolvida da sociedade irá se comprometer para atingir as metas traçadas. Tem que ser formulado sob a coordenação do poder público, com a participação da sociedade e de instituições que atuam no saneamento em um determinado território independente de ter acesso ou não ao serviço (BRASIL, 2012).

Como principal protagonista quando se trata de educação em saúde, o profissional enfermeiro enfrenta diversos desafios para promoção e prevenção de saúde. Em cada região do Brasil existem dificuldades e particularidades. Na região amazônica não é diferente, principalmente quando se trata das comunidades ribeirinhas. Havendo uma problemática a ser enfrentada pela equipe de enfermagem: a dificuldade de locomoção até as pessoas que necessitam de atendimento e de informação, mas que não podem ficar desassistidas.

A atenção à saúde para populações como ribeirinhos é fundamentada pela Política Nacional de Atenção Básica. Através de duas portarias:

Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

1 - Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades loco regionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

A. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As ESFR

são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita (BRASIL, PNAB, 2017).

Conforme a portaria apresentada, se faz necessário enfatizar que o enfermeiro realiza educação em saúde de forma intensa visto que a população ribeirinha precisa de um cuidado especial por conta da remoção do paciente, para uma unidade hospitalar, caso algum tipo de doença agrave. E a melhor solução para que não ocorra proliferação e agravamento de doenças sejam elas causadas por vírus, bactérias ou fungos e até mesmo as crônicas é através da promoção e prevenção de saúde.

Neste mesmo sentido, a carta de Ottawa vem afirmar:

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (CARTA DE OTTAWA, 1986).

6 | DIRETRIZES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

Assim, por determinados fatores inseridos, tanto geograficamente e culturalmente destas populações, a realidade que os profissionais enfrentam para atender essas comunidades ribeirinhas é de fato peculiar, pois além da necessidade de conhecer os meios de abordagem da APS, devem ter assimilação das questões culturais locais.

Em razão das particularidades de cada setor, as equipes encaram problemas de logística diariamente, principalmente aquelas se referem a transporte público. É necessária uma formação de enfermagem específica para atender a essa demanda do modo de vida ribeirinho.

Atualmente, ocorre que o processo de educação em saúde dos ribeirinhos, preferencialmente, é por meio de conversas informais, conduzidas de geração a geração, formados por teorias de base familiar, social, cultural e histórica, possibilitando vastas experiências e a afirmação que seus costumes e tradições se estabeleçam, ao longo dos tempos, dos mais antigos aos mais jovens (MIRANDA HR, et al., 2017).

Considerando o serviço atual de enfermagem, as técnicas de educação em saúde permitem que os enfermeiros incorporem as peculiaridades de cada indivíduo, como as características culturais e sociais, além de oferecer oportunidades, construindo o aprimoramento das experiências coletivas de educação e promoção a saúde. É dessa forma que a da roda de conversa, por exemplo, torna-se um método essencial de discussão, que permite buscar dialogar através das experiências que cada indivíduo tem sobre o assunto (DIAS, et al., 2018).

A enfermagem enfrenta vários desafios para prestar assistência de qualidade, que envolvem determinantes como a distância e ataque de animais. O atendimento em saúde em áreas ribeirinhas exige que o profissional desenvolva habilidades técnicas mais aprimoradas, como a realizar procedimentos específicos (cirúrgicos, diagnóstico e terapêutico), mas vale ressaltar que esse profissional não deixe de buscar de forma efetiva a percepção cultural no aspecto do cuidar (QUEIROZ, et al. 2018).

7 | ANÁLISE E RESULTADOS

Para a elaboração do presente estudo foram analisadas as inferências norteadoras com base no estudo bibliográfico, comparando as informações e avaliando a maneira pelas quais os achados serviriam para a análise da temática. As informações foram disponibilizadas e organizadas com base na literatura pertinente tendo como foco a realidade das populações ribeirinhas.

Realizou-se um levantamento da literatura, leitura prévia e fichamento de aproximadamente 60 (sessenta) artigos que após ter uma segunda análise e aperfeiçoamento do conteúdo, permitiu a seleção de 36 (trinta e seis) artigos para construção das informações pertinentes, destes, utilizou-se 07 (sete) artigos de relevância para análise e resultados.

Segue abaixo um quadro descrevendo os artigos de maior relevância, mostrando semelhanças nos resultados quanto ao tema em questão (quadro 1). Ressalta-se que as informações são originais, retiradas dos trabalhos publicados.

Autor/Ano	Título	Resultados	Conclusões
FERNANDES & MOSER, 2021	Comunidades tradicionais: a formação sócio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas.	Como resultado o estudo demonstra que a modernização dessa região resultou contraditoriamente no crescimento da desigualdade social, em impactos ambientais, poluição dos rios, desmatamento, conflitos, violência e marginalização do povo Amazônico em especial os ribeirinhos.	Para o autor a pluralidade do território Amazônico e complexidade política dificulta em qualquer plano nível nacional, sobretudo no âmbito das políticas públicas. É preciso que se tenha uma visão a partir de suas especificidades, caso contrário, agravam-se as desigualdades regionais historicamente existentes.
ÁVILA, et al., 2018	Análise conjuntural das comunidades ribeirinhas no Brasil e sua importância para ações de saneamento rural.	Foi observado pelos autores que há pouca informação sobre as comunidades ribeirinhas no Brasil. Além do que muitas comunidades não estão corretamente identificadas e reconhecidas pelos gestores públicos, o que leva a necessidade de registrar e reconhecê-las e assim garantir os benefícios e subsídios dos órgãos governamentais, além do acesso aos serviços de saneamento básico.	O registro e reconhecimento dessas comunidades ribeirinhas pode lhes garantir acesso a benefícios do governo, saneamento básico da região, acesso à saúde e educação para essa população.

MIRANDA, et al., 2017	Desvendando saberes e preocupações sobre a saúde entre homens ribeirinhos.	Verificou-se que os dados coletados foram divididos em duas categorias: “Saberes sobre Saúde” e “Preocupações sobre Saúde”, nas quais se discutiram as formas de construção do que é saúde e o que é saúde, para os homens ribeirinhos	Ao final do trabalho pôde ser observado que a multiplicidade de significados de saúde é modificada com as experiências de vida de cada um ao longo da vida.
BRASIL, et al., 2016	Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade na atenção primária de saúde.	O estudo foi realizado com 4 equipes da estratégia Saúde da Família de Populações Ribeirinhas da região metropolitana de Belém/PA. Onde 71% dos participantes concordaram que a equipe deve assistir a população de sua área adscrita de forma longitudinal, 94% acreditam que o vínculo é importante para esse fortalecimento e 81% concordam que a falta de condições de trabalho pode comprometer esse cuidado.	Por fim conclui-se que mesmo o modelo Saúde Família favoreça a constituição de vínculo entre usuários e profissionais, as realidades de vida e de trabalho nos territórios ribeirinhos devem ser valorizadas para o cuidado longitudinal.
CHAVES, 2001	Uma experiência de pesquisa-ação para gestão comunitária de tecnologias apropriadas na Amazônia: o estudo de caso do assentamento de reforma agrária Iporá.	Com o estudo foi levantado a discussão de um conjunto de proposições, tais como: o acesso das comunidades rurais aos bens e serviços sociais; a articulação dos saberes tradicionais aos conhecimentos técnicos-acadêmicos; a preservação do sistema tradicional de manejo dos recursos naturais; a capacitação e valorização das habilidades dos comunitários.	Assim, considerando a relevância social da experiência realizada, faz-se o esboço de uma metodologia de gestão participativa para servir como roteiro a ser adotado em contextos similares.
CANDEIAS, 2001	Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.	Mostra-se que as soluções podem ser conduzidas em dois sentidos, incluindo mudanças individuais e mudanças organizacionais.	Portanto, é preciso que os especialistas tenham profundo conhecimento da viabilidade das áreas de intervenção e compreendam suas funções e seus papéis na prática da Saúde Pública.
CUNHA, 1984	Os sertões.	Trata-se uma obra literária regionalista que narra os acontecimentos da sangrenta Guerra de Canudos, liderada por Antônio Conselheiro (1830-1897), que ocorreu no Interior da Bahia, durante 1896 e 1897. Divida em 3 partes: A Terra, O Homem e a Luta.	O autor o autor contribuiu com a fundação dos primeiros pilares de uma reflexão acerca das singularidades socioculturais brasileiras.

Quadro 1: Registro dos artigos selecionados com maior relevância.

Fonte: Elaborado pelos autores desta pesquisa, 2021.

De acordo com a literatura o conflito social é tão antigo quanto à humanidade e, embora seja algo inaceitável e que deva ser evitado, em termos históricos mais abrangentes,

os conflitos e conquistas influenciaram o universo humano e resultaram na expansão da humanidade pelo global. A cobiça pelo poder e riqueza, as desigualdades sociais e as tentativas de obter status geraram grupos sociais distintos com interesses e identidades em comum que buscam estarem melhores que outros. Assim, para a teoria do conflito, o potencial para rivalidades é uma constante (LACERDA, et al., 2019).

Esse ponto sobre os conflitos sociais é retratado bem na obra *Os Sertões de Euclides da Cunha*. O autor narra a guerra de Canudos nos sertões da Bahia. Canudos era um vilarejo que abrigava viajantes de varias partes do País, já cansados de não terem voz nem vez. Para o Governo da época, o vilarejo era um incômodo. Esse marco histórico acabou se tornando o precursor do pensamento sociológico no Brasil (CUNHA, 1984).

Nesse ponto as desigualdades sociais já se mostravam preocupantes. Por um lado um povo que só queria oportunidade e conseguir sobreviver em meio de tanta soberania e cobiça, por outro lado, uma sociedade que se achava melhor por ter status e riquezas.

Assim, observa-se que a comunidade que habitava Canudos se assemelha as populações ribeirinhas do Amazonas pelas dificuldades vividas, os conflitos sociais a marginalização que muitas vezes se tornaram rotinas e o descaso do governo.

Para os autores as regiões onde estão localizadas as comunidades ribeirinhas dificultam o acesso dessa população aos serviços essenciais, como saneamento básico, infraestrutura, serviços de saúde, dentre outros, fato que tem sido grande desafio para ações de saúde coletiva em todo o País, mais precisamente para desenvolver estratégias nessas áreas no interior da Amazônia (LACERDA, et al., 2019; OLIVEIRA, et al., 2008).

Um ponto em comum levantada pelos autores seria o fato de que essas comunidades geralmente estão muito afastadas da sede do município das quais pertencem, pois muitas famílias se alojando às margens de rios, igarapés e lagos locais de difícil acesso, isso acaba dificultando a chegada das equipes de saúde para fornecer atendimento e educação sobre saúde (ÁVILA, et al., 2018; BRASIL, et al., 2016; ARRUDA, et al., 2014).

Assim, o acesso à saúde pelos ribeirinhos tem sido realizado por meio de pequenas embarcações de madeira, que percorrem longas distâncias entre as comunidades até o serviço de saúde. O hospital é geralmente o mais procurado por eles, isso por que há dificuldades em se conseguir agendamento de atendimento pelas Unidades Básicas de Saúde. É essencial que se tenha uma articulação entre estratégias que promovam o acesso aos serviços de saúde pelos ribeirinhos, viabilizando a continuidade da assistência à saúde dessas populações. Nesse contexto, as equipes de saúde, principalmente a de enfermagem tem um papel extremamente importante na educação dos ribeirinhos e na articulação de estratégias que permita a continuidade da assistência a saúde dessas populações na região do Amazonas (GUIMARÃES, et al., 2020; MIRANDA, et al., 2017).

Para Brasil, et al. (2016), os profissionais de saúde que atendem essas comunidades ribeirinhas, enfrentam uma realidade bem peculiar, uma vez que além da necessidade de conhecer os dispositivos da Atenção Primária a Saúde, devem estar bem estruturados sobre

as questões culturais locais. A característica do território, nada agradável, faz com que essas equipes enfrentam dificuldades de logística em sua rotina nas ilhas, principalmente as referentes a transporte público coletivo e institucional. Portanto, faz-se necessária formação específica para atender as demandas próprias do modo de vida ribeirinho.

Outro ponto citado pelos autores que dificulta o trabalho da enfermagem na educação dessas comunidades seria a rotatividade das equipes, uma vez que isso causa a quebra do processo de trabalho, pois o vínculo conquistado anteriormente se desfaz com a chegada do novo profissional e todo o processo precisará ser iniciado (BRASIL, et al., 2016; CANDEIAS, 2001; CHAVES, 2001).

Ao fim do estudo nota-se que 90% dos trabalhos verificados concordam que ainda há muitas dificuldades para as equipes de enfermagem no atendimento as populações ribeirinhas no Amazonas, seja por questões geográficas, culturais ou até mesmo a falta de registros dessas comunidades. Sendo importante que o governo busque cada vez mais estratégias que proporcionem à aproximação dessa população a civilização, visando sempre suas especificidades para que haja agravamento das desigualdades regionais historicamente existentes.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho, busca-se promover abordagens do cuidar saúde, como o enfrentamento da enfermagem em atender de forma cotidiana buscando melhores condições e qualidade de vida, tomando como referência a localidade onde vivem esses ribeirinhos e seus costumes, junto as terapias utilizadas pelas equipes de saúde.

Em virtude dos fatos mencionados os ribeirinhos são populações que também necessitam de atendimento universal. Sempre buscando formas para que não sejam feridos os princípios do SUS.

Com foco na prevenção e promoção em saúde foi enfatizado a importância de a equipe de enfermagem busquem estratégias para que os povos da Amazônia não fiquem sem assistência.

Uma vez que a enfermagem nesse processo é peça primordial por ser o profissional que mesmo com todas as dificuldades acaba ficando mais próximo dessa população oferecendo a ele recursos e táticas que o permita pelo menos por momento se sentir lembrado. No entanto é importante estabelecer uma relação de confiança, entre a equipe e a comunidade em questão, já que está se encontra bem fragilizada e assustada. Para isso a equipe precisa estar bem capacitada e preparada.

Sendo assim, é possível perceber que o enfermeiro estando bem preparado e qualificado, conseguirá ter sucesso em cada etapa relacionada ao seu atendimento não importando onde esse precise ocorrer.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, S. B. S.; ANDRADE, L. N. P. S.; SOUZA, C. A. et al., Características Socioeconômicas Dos Ribeirinhos No Rio Paraguai, Município De Cáceres, Pantanal Mato- Grossense –Brasil. Geografia em questão. v.7, n 2. 2014.

ÁVILA, L. F.; HORA, K. E. R.; SCALIZE, P. S. Análise conjuntural das comunidades ribeirinhas no Brasil e sua importância para ações de saneamento rural. **48º Congresso Nacional de Saneamento de Assemae**. 2018.

BRASIL, G. B.; et al. Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde. Santa Maria, 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988.

BRASIL, G. B.; SANTOS, D. K. A.; NOGUEIRA, L. M. V. Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade na atenção primária de saúde. **Saúde Santa Maria**, v. 42, n.1, p. 31-38, jan./jun. 2016.

BRASIL. Instituto Trata Brasil, **MANUAL DO SANEAMENTO BÁSICO**. Entendendo o saneamento básico ambiental no Brasil e sua importância socioeconômica, Brasil, 2012.

BRASIL. LEI Nº 11.445, DE 05 DE JANEIRO DE 2007. **Inclui a Política Nacional de Saneamento Básico**, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11445.htm>

BRASIL. X **Conferência Nacional de Saúde [relatório final]**. Brasília; set. 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Brasília 2017.

CACHAPUZ, A. et al. A necessária renovação do ensino de ciências. São Paulo: Cortez, 2011.

CANDEIAS, N. M. F. Forças propulsoras e restritivas na área da educação em saúde. In: **Ação participativa: perspectivas de atuação dos educadores de saúde pública**. Brasília, DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

CANDEIAS, Nelly M. F., Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v 31, n 2, p: 209-213. 2001.

CHAVES, M. P. S. R. **Uma experiência de pesquisa-ação para gestão comunitária de tecnologias apropriadas na Amazônia: o estudo de caso do assentamento de Reforma Agrária Iporá**. 2001. 198 f. Tese (Doutorado em Política Científica e Tecnológica) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate** 1995; 46:19-22.

COUNTRY: BRAZIL». The Joshua Project. Acessado dia 05\11\2021

CUNHA, A. B.O., VIEIRA, L. M. S Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad Saude Publica** 2010;26(4):725- 737.

CUNHA, E. **Os Sertões**. São Paulo: Editora Brasiliense S.A., edição 3. 1984. (Biblioteca do estudante)

FERNANDES, J. S. N.; MOSER, L. Comunidades tradicionais: a formação socio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. **R. Katál**. Florianópolis, v.24, n. 3, p. 532-541, set./dez. 2021.

GERSCHMAN S.; VEIGA L.; GUIMARÃES, C. et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. **Cien Saude Colet** 2007;12(2):487-500.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010.

GUIMARÃES, A. F.; BARBOSA, V. L.; SILVA, M. P. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Rev Pan Amaz Saude**. 2020;

PERSKE, R. C. F. **Sistemas Agroflorestais Em Pequenas Propriedades No Município De Hulha Negra**. 2004. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiental). Universidade da Região da Campanha - URCAMP. Bagé (RS). 2004.

LACERDA, M. J. L.; NASCIMENTO, A. M.; BRASIL, C. M. et al. **Desafios da prática de enfermagem em comunidades ribeirinhas no interior do Amazonas**. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas 4. Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. Cap 20. P: 193-201.

LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B. et al.. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. **Acta paul. Enferm** 2007; v 20, n 1, p: 12-17.

MENDES, A. C. G. A delicadeza esquecida: Avaliação da qualidade das Emergências. **Recife: Editora Universitária da UFPE**; 2010.

MIRANDA, H. R, et al. Desvendando saberes e preocupações sobre a saúde entre homens ribeirinhos. **Rev enferm UFPE online**, Recife, 2017; v 11, n 9, p: 3446-53.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2012.

OLIVEIRA, T.; RODRIGUES, B.; CARNEIRO, E. Qualidade de Vida de Ribeirinhos na Amazônia em Função do Consumo de Água. **In Anais do IV Encontro Nacional da Anppas**, Brasília. Junho. 2008.

QUEIROZ, M. K. S, et al. Fluxos assistenciais e a integralidade da assistência à saúde de ribeirinhos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2018.

SÁ, M. E. E. R.; NASCIMENTO, N. S. F. Acumulação de capital e cidades na Amazônia: produção de riquezas e negação de direitos sociais. In: **GOMES, V. L. B. et al. O avesso dos direitos: Amazônia e Nordeste em questão**. Recife: UFPE, 2012.

SOUZA, M. G. Imperador do Acre. Rio de Janeiro – RJ. 2001.

SOUSA, A. S.; OLIVEIRA, G. S.; ALVES, L. H. A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA: PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS. **Cadernos da FUCAMP**, v.20, n.43, p.64-83. 2021.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**. 2004;20(Supl. 2):190-198.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Cien Saude Coletiva** 2007;12(3):777-788

WRIGHT, E. O. Rethinking, once again, the concept of class structure. In: **The Debate on Classes** (E. O. Wright, ed.), pp. 269-348, Londres: Verso. 1989.

CAPÍTULO 3

COMPONENTES CURRÍCULARES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ALAGOAS

Data de aceite: 01/04/2022

Data da submissão: 07/02/2022

John Victor dos Santos Silva

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Ribeirão Preto – São Paulo
<https://orcid.org/0000-0003-4671-102X>

Thalita Lins Soares Silveira

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
Ribeirão Preto – São Paulo
<https://orcid.org/0000-0002-0518-1619>

Alice Correia Barros

Universidade Estadual de Pernambuco,
Faculdade Nossa Senhora das Graças
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0002-2627-7185>

Thyara Maia Brandão

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas, Curso de Enfermagem
Maceió – Alagoas
<https://orcid.org/0000-0003-4630-6956>

RESUMO: Os componentes curriculares de saúde mental são unidades dentro da matriz curricular da graduação em enfermagem responsáveis por desenvolver os futuros enfermeiros para a assistência das pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento mental. Esses componentes possuem características estruturais distintas até mesmo entre instituições de um mesmo cenário

local. Desta forma, o objetivo deste trabalho é apresentar as características dos componentes curriculares utilizados para a formação em saúde mental na graduação de enfermagem em Alagoas, Brasil. Trata-se de um trabalho descritivo realizado com os 23 três cursos de graduação em enfermagem ofertados pelas instituições de ensino superior do estado. Os dados foram sistematizados e analisados por meio da análise descritiva. Com relação aos 23 cursos no estado: todos com habilitação em bacharelado; duração de 05 anos (78%) ou 04 anos (22%); privados (87%) ou públicos (13%); ofertados na modalidade presencial (78%) e EAD (22%); carga horária total do curso de 4.000 ou mais horas. Com relação aos componentes curriculares de saúde mental: foram identificadas 21 disciplinas de saúde mental; a maioria (70%) apresenta apenas um componente na matriz; 38% não informam a carga horária da disciplina, 33% com 80 horas, 10% com 160 horas, 5% com 90 horas, 5% com 54 horas, 5% com 36 horas e 5% com 30 horas; a nomenclatura diferiu bastante entre os cursos, sendo predominante o termo “saúde mental” (23%); a maioria (43%) não informou o período que ofertam o componente, os demais no 7º período semestral (19%), no 6º (14%), no 8º (10%), no 4º (10%), no 5º (5%). O presente trabalho demonstra que as características dos componentes curriculares de saúde mental ainda apresenta heterogeneidade e que a grande diferença de carga horária entre os cursos pode impactar na qualidade da formação dos futuros enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE: Bacharelado em enfermagem; Educação em enfermagem; Saúde

mental; Enfermagem psiquiátrica.

CURRICULAR COMPONENTS FOR TRAINING IN MENTAL HEALTH IN NURSING UNDERGRADUATE IN ALAGOAS

ABSTRACT: The mental health curriculum components are units within the undergraduate nursing curriculum responsible for developing future nurses to assist people with mental disorders or in mental suffering. These components have different structural characteristics even among institutions in the same local scenario. Thus, the objective of this work is to present the characteristics of the curricular components used for training in mental health in undergraduate nursing in Alagoas, Brazil. This is a descriptive work carried out with the 23 three undergraduate nursing courses offered by higher education institutions in the state. Data were systematized and analyzed using descriptive analysis. Regarding the 23 courses in the state: all with a bachelor's degree; duration of 05 years (78%) or 04 years (22%); private (87%) or 03 public (13%); offered in the face-to-face (78%) and distance learning (22%) modality; total course load of 4,000 or more hours. Regarding the mental health curriculum components: 21 mental health subjects were identified; the majority (70%) have only one component in the matrix; 38% do not inform the course load, 33% with 80 hours, 10% with 160 hours, 5% with 90 hours, 5% with 54 hours, 5% with 36 hours and 5% with 30 hours; the nomenclature differed greatly between the courses, with the term "mental health" being predominant (23%); the majority (43%) did not inform the period they offer the component, the others in the 7th semester (19%), in the 6th (14%), in the 8th (10%), in the 4th (10%), in the 5th (5%). The present work demonstrates that the characteristics of the mental health curriculum components are still heterogeneous and that the large difference in workload between courses can impact the quality of training of future nurses.

KEYWORDS: Education, Nursing, Baccalaureate; Education, Nursing; Mental health; Psychiatric nursing.

INTRODUÇÃO

A formação de futuros enfermeiros para o campo da saúde mental está prevista pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e acontece por meio de unidades formativas presentes na Matriz Curricular (MC) dos cursos de graduação em enfermagem brasileiros (ESPERIDIÃO et al., 2013).

Essas unidades formativas são componentes curriculares presentes na MC da graduação e responsáveis por desenvolver os conhecimentos, habilidades e valores necessários para a assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais ou sofrimento psíquico atendidos nos serviços de saúde mental (VARGAS *et al.*, 2018).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Enfermagem (DCN/ENF) norteiam a estruturação e organização dos cursos de enfermagem no território nacional, porém não direciona de forma específica como deve ocorrer o planejamento e estruturação da formação em saúde mental, deixando aberto para as diferentes interpretações no país, nas regiões e em cada estado brasileiro (REINALDO; SOUZA; SILVEIRA, 2021).

Entretanto, os cursos de enfermagem procuram estruturar a formação do futuro enfermeiro pautada nas políticas públicas de saúde mental, nas diretrizes profissionais e na realidade socioculturais da comunidade em que as instituições de ensino estão inseridas e em conformidade com a estrutura da saúde local (BAIÃO; MARCOLAN, 2020).

Atualmente, os serviços destinados à assistência em saúde mental compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esses serviços são organizados em diferentes níveis e objetivos, trabalhando na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, no modelo fomentado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e previsto na lei nº 10.216 (AMANTANTE; NUNES, 2018).

Os diferentes serviços de saúde mental presentes na RAPS necessita ser trabalhado ao longo da formação dos futuros enfermeiros, haja vista o profissional enfermeiro faz parte da equipe técnica/assistencial em todos eles. Assim, faz-se necessário componentes curriculares para esse fim.

Um levantamento realizado em 2018 caracterizou esses componentes no território nacional (VARGAS *et al.*, 2018). Contudo, torna-se importante identificar as características desses componentes curriculares com vistas na compreensão da estruturada da formação dos futuros enfermeiros, sabendo que a prática de enfermagem em saúde mental pode apresentar singularidades em regiões e estados diferentes.

Outrossim, sabe-se que é preciso prever componentes curriculares que trabalhem conhecimentos científicos – teóricos, políticos, filosóficos, profissionais –, habilidades técnicas e valores éticos do enfermeiro para exercer com responsabilidade e autonomia suas práticas, contribuindo no cuidado integral das pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico (RODRIGUES; SANTOS; SPRICIGO, 2012).

Desse modo, esse trabalho se propõe a responder a seguinte questão: quais as características dos componentes curriculares para a formação em saúde mental na graduação em enfermagem em Alagoas? Assim, o presente trabalho tem como objetivo apresentar as características dos componentes curriculares utilizados para a formação em saúde mental na graduação de enfermagem em Alagoas, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo realizado com 23 cursos de graduação em enfermagem de Alagoas, Brasil. A coleta dos dados aconteceu no mês de janeiro de 2022. Primeiramente, foi feito levantamento na plataforma e-MEC (Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior), do Ministério da Educação, dos cursos de graduação em enfermagem regulamentados, aprovados e com situação ativa em Alagoas.

Logo após o levantamento, foi acessada a plataforma digital (*sites*) das instituições para identificação das MC dos cursos. Para responder ao objetivo do estudo, foram levantados e identificados todos os componentes curriculares (disciplinas) relacionadas

à área da saúde mental presentes nas MC disponíveis. Cinco instituições não possuíam disponíveis suas MC para acesso. Desta forma, foi enviado e-mail para os coordenadores dos cursos ou responsáveis da instituição para compartilhamento das matrizes. Contudo, houve negativa ao pedido de compartilhamento dos documentos.

Os componentes curriculares foram sistematizados e agrupados em programa de *Microsoft Office Excel*® e analisados por meio de estatística simples, do tipo descritiva, por porcentagem. Por trata-se de dados públicos, de livre acesso e disponibilizados em rede, dispensou-se a apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Todavia, respeitaram-se os preceitos éticos em pesquisa, não sendo compartilhados dados ou identificação das instituições que ofertam os cursos apresentados nesse estudo.

RESULTADOS

Características dos cursos de graduação

Atualmente em Alagoas existem 23 cursos de enfermagem regulamentados, em funcionamento e sendo ofertados por diferentes instituições de ensino, no qual 20 cursos (87%) são ofertados em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas e 03 (13%) em IES de caráter público. Das IES citadas, apenas 18 (78%) estavam com sua matriz curricular disponível para acesso.

Todos os cursos são habilitados na modalidade de bacharelado com carga horária total a partir de 4.000 mil horas/aula e duração de 05 anos (78%) ou 04 anos (22%). Quanto à modalidade de oferta, 18 cursos (78%) são presenciais e 05 (22%) em EAD (Educação à distância). Os cursos com 04 anos de duração são todos ofertados na modalidade EAD. A distribuição de cursos por municípios pode ser visualizada na tabela 1, logo abaixo.

Município	Quantidade de curso		Modalidade de Oferta		
	Quantidade	Porcentagem	Modalidade	Quantidade	Porcentagem
Maceió (Capital)	14	61%	Presencial	12	86%
			EAD	2	14%
Arapiraca	4	17%	Presencial	3	75%
			EAD	1	25%
Palmeira dos índios	2	9%	Presencial	1	50%
			EAD	1	50%
Santana do Ipanema	1	4%	EAD	1	100%
Pão de Açúcar	1	4%	EAD	1	100%
Penedo	1	4%	Presencial	1	100%
Total	23	100%			

Tabela 1 – Cursos de enfermagem por municípios, Ribeirão Preto, SP, 2022.

Fonte: dados do estudo.

Componentes curriculares de saúde mental na graduação

Dos 23 cursos de enfermagem deste estudo, 16 (70%) apresentam apenas um componente curricular sobre saúde mental, um (4%) apresentam 02 componentes, um apresenta 03 (4%) componentes e cinco (22%) não foi possível determinar, pois não foi disponibilizada a matriz curricular.

Destes componentes curriculares, 08 (38%) não informa a carga horária da disciplina, 07 (33%) possuem carga horária de 80 horas, dois de 160 horas (10%), um de 90 horas (5%), um de 54 horas (5%), um de 36 horas (5%), um de 30 horas (5%). Em cinco cursos não foi possível determinar a carga horária, pois não foi disponibilizada a matriz curricular. Logo abaixo, na tabela 2, é possível identificar as nomenclaturas dos componentes curriculares utilizados pelos cursos.

Componentes curriculares	Quantidade	
Saúde Mental	6	23%
Não foi encontrada a matriz curricular	5	19%
Psicologia, psiquiatria, saúde mental e cuidado de enfermagem em psiquiatria	2	8%
Gerência e assistência de enfermagem em saúde mental	2	8%
Cuidado à pessoa e a família na saúde mental e psiquiatria	2	8%
Saúde mental e cuidado de enfermagem em psiquiatria	2	8%
Cuidado de enfermagem em saúde mental e psiquiatria	1	4%
Saúde Mental e psiquiatria	1	4%
Saúde mental e atenção psicossocial	1	4%
Intervenção de enfermagem no processo saúde – doença mental	1	4%
Estágio curricular supervisionado na saúde mental	1	4%
Ensino clínico integrado em saúde coletiva e saúde mental	1	4%
Enfermagem na saúde mental	1	4%
Total	26	100%

Tabela 2 – Nomenclatura dos componentes curriculares, Ribeirão Preto, SP, 2022.

Fonte: dados do estudo.

Dos 21 componentes encontrados nos 23 cursos de enfermagem e descritos nominalmente na tabela 2, quatro (19%) são ofertados no 7º período semestral, três (14%) no 6º, dois (10%) no 8º, dois (10%) no 4º, um (5%) no 5º e nove (43%) não informaram o período que ofertam o componente.

DISCUSSÃO

A formação em saúde mental na graduação em enfermagem apresenta alguns pontos que precisam ser discutidos. O primeiro deles refere-se a própria organização da estrutura

e extensão dos cursos de enfermagem no país. Percebe-se que o curso de enfermagem é predominantemente ofertado pela rede privada. Desta forma a formação de enfermeiros para o campo da saúde mental está estritamente ligado a estrutura desses serviços educacionais privados (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA; 2011.; VARGAS *et al.*, 2018).

Tal questão pode ser explicada por processos políticos na educação brasileira que ocorreram na década de 1990. No ano de 1995, iniciou-se o processo de expansão das faculdades privadas no Brasil, incentivados pelo Plano Diretor da Reforma do Estado implementado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, que teve como principais diretrizes, a privatização, a terceirização e a publicização, visando à ampliação do acesso da população brasileira ao ensino superior (CHAVES, 2011).

Dessa maneira, as IES privadas passaram de 711 em 1996, para 1.789 em 2004, compreendendo um crescimento de 151,6%. No mesmo período as universidades públicas passaram de 136 para 169 instituições. Ademais, o quantitativo de cursos de instituições privadas era de 3.666 em 1996, passando para 12.282 cursos em 2004, o que representou um aumento percentual de 237,8% no período em questão. (ROCHA; NUNES, 2013).

Além disso, houve um aumento da oferta de trabalho para enfermeiros, fomentada principalmente com a implementação do Sistema Único de Saúde em 1990, destacando as demandas do mercado de trabalho na área da enfermagem, atraindo pessoas interessadas em realizar a formação na área da enfermagem (ROCHA; NUNES, 2013.; VARGAS *et al.*, 2018).

O segundo ponto a respeito da formação em saúde mental refere-se a estrutura curricular dos cursos de enfermagem. A ausência de uma regulamentação para a construção dos componentes curriculares permite que as IES tenham autonomia na elaboração dos seus Projetos Pedagógicos, embora sejam consideradas a realidade local e as necessidades da comunidade. Essa diversidade de cenários e perspectivas educacionais influenciam na estrutura das disciplinas, escolha dos conteúdos, atividades práticas, métodos de ensino-aprendizagem, avaliativos, entre outros (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Nesse estudo, evidenciou-se que a grande maioria das instituições possuem em sua grade curricular ao menos uma disciplina da especialidade, fato confirmado pela literatura (RODRIGUES *et al.*, 2017.; VARGAS *et al.*, 2018). Entretanto, não é possível afirmar que as IES que não apresentaram componente curricular de saúde mental (19%) apresentavam ou não em sua matriz disciplinas com o foco para a saúde mental.

Nesta perspectiva, percebe-se que as instituições visualizam a rede de saúde mental como campo de trabalho para o profissional de enfermagem de diferentes formas, em detrimento aos demais áreas de atuação. Salienta-se que a pandemia agravou as condições de saúde mental da população, reforçando um apontamento já previsto pela Organização Mundial de Saúde, que é o aumento dos índices de transtornos mentais na sociedade de forma geral (VARGAS *et al.*, 2018.; MOREIRA *et al.*, 2021).

Assim, revela-se diferenças estruturais, principalmente relacionadas a carga horária das disciplinas. Corroborando com estes dados, a literatura afirma que as instituições

de ensino possuem, em seus projetos pedagógicos, uma carga horária reduzida para as disciplinas de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (REINALDO; SOUZA; SILVEIRA, 2021.; SILVA *et al.*, 2021a).

Ressalta-se que a média da carga horária do estado de Alagoas é de 34,6 horas, muito abaixo da média nacional de 104,6 horas (VARGAS *et al.*, 2018). Esse é considerado um aspecto determinante para o ensino da enfermagem em saúde mental no país. A diferença é gritante, comparado aos demais eixos formativos, como no ensino de Urgência e Emergência que apresenta média de 420 horas (PELEK; SILVA-JUNIOR; MULLER, 2021).

A nomenclatura das disciplinas de saúde mental também não segue uma padronização, revelando os diferentes entendimentos do campo de atuação. Isso também é identificado por Vargas *et al.* (2018) num levantamento feito no território nacional. Contudo, é importante destacar que essa questão tem relação com o processo histórico da profissão e dos cuidados com as pessoas com transtornos mentais. A área específica surgiu na psiquiatria, o que trouxe a especialidade da enfermagem psiquiátrica. Com as mudanças políticas e de práticas do cuidado, passou a ser considerada enfermagem em saúde mental, e a enfermagem psiquiátrica uma subárea da atuação (SILVA *et al.*, 2021b).

Para além dessas questões estruturais, o campo da saúde mental sofre modificações constantes, iniciado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e que ainda gera alterações nas implementações de políticas públicas, de novos serviços de saúde e demanda alterações na abordagem do cuidado. Essas questões implicam diretamente no processo formativo e nas trocas de experiências e posicionamentos dos professores e estudantes, quanto ao (VILELA; MAFTUM; PAES, 2013; SILVA *et al.*, 2021c).

Na disciplina de saúde mental, há uma maior oportunização e favorecimento do vínculo e relacionamento entre docente e estudante, bem como da relação entre os estudantes da mesma turma, seja pela discussão e aprofundamento das temáticas de cunho subjetivo e voltadas ao autocuidado e autopercepção, seja pela ampliação do olhar aos cuidados sociais e relacionais que a matéria proporciona (SILVA *et al.*, 2021d; SOUSA *et al.*, 2021).

Nesta perspectiva, precisa-se que as IES estimulem a prática da construção de um pensamento crítico e reflexivo nos discentes, visto as constantes mudanças na psiquiatria brasileira. Faz-se necessário incitar os alunos reconhecerem os saberes e as práticas de cuidados dos transtornos mentais que foram alcançados pelo processo histórico e cultural da Reforma Psiquiátrica, o que deve culminar com o fortalecimento de políticas visando o cuidado comunitário e aberto (VILELA; MAFTUM; PAES, 2013).

Considerando o atual cenário de diversos retrocessos de caráter político e ideológico que o país vivencia no campo da saúde mental, faz-se necessário promover a formação do enfermeiro estimulando competências para que este consiga ofertar cuidados de saúde mental em liberdade, nos moldes da reabilitação psicossocial (NOBREGA *et al.*, 2020).

Torna-se importante preparar os futuros enfermeiros para identificar situações de

sofrimento psíquico e transtorno mental, atuar na promoção e prevenção dos agravos relacionados à saúde mental e, sobretudo, defender o modelo de cuidado pautado na atenção psicossocial (SILVA; SANTOS, 2020). Além disso, dialogar de forma efetiva com a RAPS é primordial que os futuros enfermeiros tenham ferramentas suficientes para promover um cuidado integral em serviços de saúde mental (REINALDO; SOUZA; SILVEIRA, 2021).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa apresentou as características dos componentes curriculares utilizados para a formação em saúde mental na graduação de enfermagem em Alagoas. O estudo apontou que não existe uma matriz curricular padronizada no que diz respeito ao ensino da saúde mental nos cursos de enfermagem. Além disso, as instituições não possuem uma obrigatoriedade na inclusão da disciplina de saúde mental, porém, essa situação precisa ser mudada, uma vez que o curso superior deve contemplar uma formação integral do profissional, previsto nas diretrizes curriculares.

Vale salientar que essa pesquisa apresenta limitação no que diz respeito ao fato de algumas instituições de ensino não terem disponibilizado suas matrizes curriculares para o acesso e contribuição com a pesquisa. Nesse contexto, sugere-se a realização de novas pesquisas que tenham o objetivo de avaliar a percepção e o envolvimento acadêmico na disciplina de saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

BAIÃO, J. J.; MARCOLAN, J. F. **Labirintos da formação em enfermagem e a Política Nacional de Saúde Mental**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. supl., p. 1-8, 2020.

CHAVES, V. L. J. **Expansão da privatização/mercantilização do ensino superior Brasileiro: a formação dos oligopólios**. *Educação & Sociedade*, v. 31, n. 111, p. 481-500, 2010.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. **Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação**. *Enfermagem em Foco*, v. 2, p. 89-93, 2011.

ESPERIDIÃO, E. *et al.* **A enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o departamento científico de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: avanços e desafios**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. spe., p. 171-176, 2013.

MOREIRA, W. C. *et al.* **Intervenções em saúde mental implementadas na pandemia de COVID-19: quais as evidências?** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 1, p. 1-9, 2021.

NÓBREGA, M. P. S. S. *et al.* **Mental health nursing education in brazil: perspectives for primary health care.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 9, n. 29, e20180441, p. 1-13, 2020.

PELEK, C. A.; FERREIRA, M. MULLER, E. V. **Level of knowledge about basic life support of undergraduate students from the health area.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 45, n. 2, e078, 2021.

REINALDO, A. M. S.; SOUZA, G. S.; SILVEIRA, B. V. **Enfermagem psiquiátrica, saúde mental e as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem.** Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, v. 17, n. 3, p. 57-66, 2021.

ROCHA, M. E. M. O.; NUNES, B. M. V. T. **Expansão dos cursos de graduação em Enfermagem: estudo no Piauí.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2013, v. 66, n. 3, p. 391-398, 2013.

RODRIGUES, J. *et al.* **Influência das reformas curriculares no ensino de saúde mental em enfermagem: 1969 a 2014.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 3, p. 1-9, 2017.

RODRIGUES, J. *et al.* **Professors perception of mental health teaching in nursing.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 28, e20170012, p. 1-11, 2019.

RODRIGUES, J.; SANTOS, S. M. A.; SPRICIGO, J. S. **Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 21, N. 2, p. 616-624, 2012.

SILVA, J. V. S. *et al.* **O docente de enfermagem e sua percepção sobre a formação em saúde mental: revisão integrativa.** Diversitas Journal, v. 6, n. 4, p. 4001-4018, 2021a.

SILVA, J. V. S. *et al.* **Caminhos históricos da formação do enfermeiro no campo da saúde mental no Brasil.** História da Enfermagem – Revista Eletrônica, v. 12, n. 2, p. 7-18, 2021b.

SILVA, J. V. S. *et al.* **Estratégias metodológicas utilizadas no ensino da saúde mental na graduação em enfermagem: revisão integrativa.** Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, v. 11, n. 35, p. 209-220, 2021c.

SILVA, J. V. S. *et al.* **Nursing students and their perspective about mental health formation: an integrative review.** Revista de Enfermagem da UFPI, v. 10, e806, p. 1-8, 2021d.

SILVA, J. V. S.; SANTOS, R. A. **Atividades práticas em Centros de Atenção Psicossocial como estratégia na formação de estudantes de enfermagem.** Revista Docência do Ensino Superior, v. 10, p. 1-16, 2020.

SOUSA, J. M. *et al.* **Ensino de enfermagem em saúde mental: foco na tecnologia grupal.** Research, Society and Development, v. 10, n. 12, p. e117101220057-e117101220057, 2021.

VARGAS, D. *et al.* **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil: análise curricular da graduação.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 27, n. 2, p. 1-9, 2018.

VILELA, J. C.; MAFTUM, M. A.; PAES, M. R. **O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 22, n. 2, p. 397-406, 2013.

CAPÍTULO 4

ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA - EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE DIRECIONADA PARA OS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 01/04/2022

Lara Denise dos Santos Moura

UniLS - Unidade Taguatinga
Taguatinga, DF
<http://lattes.cnpq.br/1727615055053825>

Luciana Rodrigues Tavares

UniLS - Unidade Taguatinga
Taguatinga, DF
<http://lattes.cnpq.br/8150235150732239>

Natane Winie Moraes dos Santos

UniLS - Unidade Taguatinga
Taguatinga, DF
<http://lattes.cnpq.br/3676472575822468>

Lustarllone Bento de Oliveira

Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade
Taguatinga
Taguatinga, DF
<http://lattes.cnpq.br/8523196791970508>

Rosimeire Faria do Carmo

UniLS - Unidade Taguatinga
Taguatinga, DF
<http://lattes.cnpq.br/0420342113549275>

RESUMO: O cliente com transtorno relacionados ao uso de substâncias carrega consigo estigmas sociais, sua assistência requer saberes que englobam cuidado biopsicossocial. Fazendo-se necessária a aplicação de educação continuada, e permanente em saúde a esses profissionais. O capítulo tem como objetivo salientar a importância do desenvolvimento e aplicação prática de saberes científicos na enfermagem psiquiátrica,

promovendo um acolhimento integral, abordando saberes e práticas que auxiliam no cuidado do cliente portador de transtorno mental, e reforçam a importância de educação continuada e permanente em saúde na assistência de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem 1. Saúde 2. Transtorno 3. Educação 4. Mental 5.

PSYCHIATRIC NURSING - CONTINUING AND PERMANENT EDUCATION DIRECTED TO DISORDERS RELATED TO SUBSTANCE ABUSE: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: Clients with substance use disorders carry social stigmas, their assistance requires knowledge that encompasses biopsychosocial care. It is necessary to apply continuous and permanent education in health to these professionals. The chapter aims to emphasize the importance of the development and practical application of scientific knowledge in psychiatric nursing, promoting a comprehensive reception, addressing knowledge and practices that assist in the care of the client with mental disorders, and reinforce the importance of continuous and permanent education in health in nursing care.

KEYWORDS: Nursing 1. Health 2. Disorder 3. Education 4. Mental 5.

1 | INTRODUÇÃO

É necessário destacar a importância em educação continuada e permanente em saúde e educação continuada voltados a enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Ainda que por

muitos anos a questão da qualidade cognitiva emocional, não ser agregada ao conceito de saúde e por séculos a psicopatologia foi taxada como loucura, e hoje é reconhecido como uma doença que necessita de cuidados.

É definida saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

A história construiu estigmas sociais ao cliente psiquiátricos. Na idade média a lepra tomou conta da Europa, criando-se leprosários para internar os acometidos pela doença hoje conhecida por hanseníase, com o controle da enfermidade no séc. XVII os espaços foram ocupados por portadores de doenças venéreas e transtornos psíquicos, de modo a afastá-los do meio comunitário. Criou-se então o hospital geral, para que os loucos não atrapalhassem a ordem social, de onde saíram os manicômios, e foi se espalhando o modelo por toda Europa, até que estudiosos começaram a ter um olhar diferente sobre essa população, tendo em vista que a prisão não curava, agravavam (MILLANI; VALENTE, CASTRO, 2008).

Em 1970 houve uma crise do modelo ao cuidado manicomial, onde tiveram denúncias que ocorriam maus tratos nesses hospitais, e desumanização ao cliente hospitalizado. O cuidado do cliente psiquiátrico era restrito sem respeito aos direitos humanos, totalmente diferentes pós-proposta e implantação da Reforma Psiquiátrica (RP) que buscou a desinstitucionalização e a desconstrução dos manicômios (FILHO A *et al.*, 2015).

O enfermeiro teve que desenvolver uma visão diferenciada, empática e sem distinção. Após a RP brasileira, o trabalho em saúde mental, priorizado em serviços extra hospitalar, passou a exigir do profissional uma visão construída a partir de uma abordagem em equipe interdisciplinar, com um novo modelo de acolhimento a essa população. Além disso, o competente precisaria ampliar seus conhecimentos para ter boa inserção na equipe e tornar-se mais capacitado (VARGAS *et al.*, 2011).

O capítulo tem como objetivo apurar a importância de qualificação do profissional enfermeiro atuante no cuidado aos clientes portadores de transtornos mentais relacionados ao abuso de substâncias no CAPS ad, com foco em melhoria do serviço prestado, e ascensão da enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

O cuidado de enfermagem tem como princípio o humanismo, isto é, mudança de um olhar clínico para um olhar compreensivo, desenvolvendo o diálogo, o afeto, o acolhimento, o conforto e a relação do enfermeiro (a) e o cliente (Mariana Cenci, 2015).

É necessário que o cliente seja prioridade e tenha o atendimento de qualidade. É importante que encontre os obstáculos, para que se desenvolvam melhores práticas através de conhecimentos científicos no cuidado de assistência biopsicossocial.

2 | REFORMA PSIQUIÁTRICA – NOVA VISÃO SOCIAL

Com a implementação da reforma psiquiátrica (RP), que tem como proposta oferecer ao até então “louco” uma nova forma de visão social, e buscando tratar todas as suas necessidades individuais. Os profissionais da saúde vêm com uma responsabilidade de pôr em prática esse novo modelo assistencial a fim de modificar a forma com que esse indivíduo, a família, e até mesmo a sociedade o enxergam até então. Visando atendimento integral, reintegração social, e garantia de direitos fundamentais, no entanto, o raso teor de conhecimentos reflete em práticas arcaicas e traumáticas de manejo, reflexos do pré-conceito criado durante anos em torno dessa população, dificultam esse processo (ROCHA, 2017).

A Lei 10.216 de 6 de abril 2001 tem por objetivo de assegurar a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (TM), norteando o modelo de redes de assistência psicossociais (RAPS). O desenvolvimento das políticas de saúde mental é de responsabilidade do estado, da sociedade e da família. A lei propõe a garantias dos direitos humanos ao cliente, direito a proteção, autonomia, informação e tratamento de forma integral com o término de a internação asilar, através da desinstitucionalização, assegurando que esteja apta a reinserção social, sua internação pode ser; involuntária como último recurso e com laudo médico, voluntaria quando por vontade própria e compulsória, quando determinada pela justiça muito usada para usuários de álcool e outras drogas, a família ou representante legal deve estar ligada de forma ativa ao tratamento (Brasil, 2001).

Um dos objetivos da RAPS é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, contínuo e da atenção às urgências. Recomenda ainda, que os pontos de atenção da RAPS na atenção de urgência e emergência se articulem com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais o enfermeiro deve realizar o acolhimento dos clientes em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas. Nesse sentido, cabe a esse dispositivo, articular e coordenar o cuidado nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório (Brasil, 2019).

A portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 dispõe sobre as modalidades de serviços dos CAPS (centro de atenção psicossocial), deve ser classificado conforme a população atendida, sua demanda demográfica, a disposição dos recursos humanos e especialidades necessárias para prestação de serviço da clientela dos diferentes tipos de CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CAPS é o ponto central e norteador da rede de cuidados a pessoa com TM, e deve funcionar um grande precursor da educação permanente em saúde (EPS) para o campo de saúde mental (SM), ofertando aos profissionais um ambiente com propostas de cuidado idealizado pela RP. Os CAPS são fontes de aprendizado para acadêmicos de saúde e principalmente para os profissionais em formação, o estímulo de EPS nesse local

deve ser impulsionado e crescente como meio de promoção no avanço da ciência do cuidar em saúde mental (MATOS *et al.*, 2020).

- CAPS I - população entre 20.000 e 70.000 - 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;
- CAPS II - população entre 70.000 e 200.000 - 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, - podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas;
- CAPS III - população acima de 200.000 habitantes - serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.
- CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes.
- CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria GM/MS n.º 3088/2011 (Brasil, 2011c), posteriormente incorporada pela Portaria de Consolidação. (GM/MS n.º 3/2017).

Foi regida outra LEI de n.º 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019, que altera a Lei n.º 11.343/06, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, incluindo o conceito por adesão SISNAD dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Além disso, a Lei também incluiu um parágrafo no Art. 3.º prevento que o SISNAD deverá atuar em articulação com o SUS, e com o Sistema Único de Assistência Social-SUAS. Coordena medidas relacionadas à prevenção e uso de substâncias, atenção à saúde de usuários, repressão ao tráfico, condições de atenção aos dependentes químicos e do financiamento das políticas sobre drogas. O tratamento do usuário ou dependente de drogas deve ser preferencialmente ambulatorial, na rede de atenção primária, nos CAPSAD, nos ambulatorios especializados inseridos dentro das universidades ou em Ambulatorios de Especialidades (AME) (Brasil, 2019).

3 | ABUSO DE SUBSTÂNCIAS E OS PROBLEMAS SOCIAIS

O abuso de substâncias acarreta vários problemas sociais e de saúde aos acometidos pela psicopatologia, possuem dificuldades de criar vínculos afetivos sólidos, com família, amigos e parceiros amorosos, costumam iniciar o uso das substâncias em sua adolescência, o que gera evasão escolar e posteriormente impacta no desemprego e empregos com baixos salários. Já na clínica fisiológica apresentam pré-disposição a problemas cardíacos, baixa imunidade e acometimentos neurológicos, é comum apresentarem alterações de humor, ansiedade, ideação suicida e devido frequentarem ambientes perigosos ficam

vulneráveis a traumas e violência. O profissional deve estar apto ao acolhimento desse cliente ofertando escuta atenta, encaminhá-los aos centros de referência a essa população como assistência terapêutica psicológica, social a fim de ofertar tratamento integral a sua saúde (KALED *et al.*, 2020).

A RP trouxe uma nova necessidade de mudança na grade de enfermagem incluindo cursos voltados ao cuidado biopsicossocial, à reformulação das grades curriculares dos cursos de enfermagem são definidas pelo MEC junto a Aben, a fim de adequar a proposta educacional ao cenário epidemiológico, carência dos usuários do sistema único de saúde; com ensino focado no aperfeiçoamento da ciência do cuidar em saúde mental e enfermagem psiquiátrica unindo teoria e prática na formação dos estudantes de enfermagem (RODRIGUES *et al.*, 2017).

“Observaram-se uma gestão deficiente, profissionais despreparados no acolhimento da atenção primária e CAPS sobrecarregado, dados que salientam a necessidade de ampliação da rede, investimento em EC e EPS dos profissionais de saúde. (DIAS *et al.*, 2020).

Em 1978, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceituou a EPS como um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, ativo e contínuo, com a finalidade de análise e melhoramento da capacitação de pessoas e grupos, frente à evolução tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais. (11) Após 2003, a Educação Permanente foi instituída no Brasil como política pública. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Sardinha *et al.*, 2013).

Um dos principais desafios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira é a formação de profissionais adequada ao trabalho intersetorial e interdisciplinar, e que seja capaz de produzir a superação do paradigma da tutela e romper com as barreiras do estigma e preconceito. identificou-se como desafio a necessidade de integração de um Programa de Educação Permanente orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente para a Saúde (PNEPS) (SCAFUTO; SARACENO; DELGADO, 2015).

O Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS tem como objetivo geral estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS. Se dá a responsabilidade do Ministério da Saúde, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal no fortalecimento da descentralização e da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS. Considerando a necessidade de desenvolver ações para a formação e a Educação Permanente de profissionais em saúde necessários ao SUS, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço - CIES, com vistas a estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação

profissional dos trabalhadores da área para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS. (PORTARIA N° 3.194, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017).

4 | ENFERMAGEM – EDUCAÇÃO CONTINUADA

A Educação Continuada em Enfermagem é um termo conhecido mundialmente e utilizado, principalmente nos Estados Unidos da América (EUA) e Canadá. No Brasil, resulta de um processo evolutivo de atividades que envolvem treinamento e capacitação dos profissionais de enfermagem em revisão aos procedimentos e técnicas por eles desenvolvidos,^{1,2} a fim de se evitar descompasso entre o cuidado prestado e novas formas de assistir em saúde.³ É, portanto, uma ferramenta de suma importância para garantir o cuidado seguro,⁴ pois contribui para a qualificação dos profissionais da enfermagem e para a assistência realizada. (SILVA *et al.*, 2020).

O processo histórico de cuidados voltados a esse cliente ou a falta dele, levou a sociedade a taxá-los como irracionais, ou incapazes, e essa visão é por vezes replicada pelos profissionais de saúde, que ao focar no diagnóstico esquece que a condição clínica não é essencialmente o cliente em si. O profissional de saúde tem responsabilidade oferecer ao cliente psiquiátrico um serviço baseado no modelo biopsicossocial. O caminho para a mudança desse olhar se dá através do saber científico, a prática clínica de estudantes junto a essa população e a educação continuada auxiliam na desconstrução do preconceito, o profissional é responsável na conscientização social, a cerca desse estigma, fator relevante no cuidado desse cliente (FERREIRA, CARVALHO, 2020).

Para que o cuidado seja eficiente deve haver uma troca multiprofissional em busca de um acolhimento integral. O enfermeiro deve ser flexível, criativo e desenvolver habilidades no manejo desse cliente. Muitos passaram a vida sob regime institucional, e precisam de ajuda para ressignificar o convívio social. A maneira mais eficaz de promover um tratamento humanizado, é garantir a ele autonomia no processo do cuidar, ofertar escuta atenta e desenvolver metodologias para driblar as dificuldades enfrentadas diariamente, seja ela por falta de recursos financeiros, e até mesmo da família, e do ambiente inserido (NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Na enfermagem, os profissionais efetuam planejamentos que é realizado durante a fase de identificação do cliente, trabalha também pondo em prática, ações de enfermagem, explorando assim o cliente e sua condição. A atividade do enfermeiro psiquiátrico é baseada na interação, enfermeiro–cliente e destaca a avaliação e o diagnóstico como as etapas em que os padrões de interação entre o cliente e seu ambiente interno e externo são determinados. Quando apontam a forma pela qual o profissional desenvolve o cuidado na saúde mental, destacam a ação pautada na relação terapêutica. O profissional pode assumir essa relação, pautando-se na perspectiva psicodinâmica para o entendimento

dos comportamentos. Um estudo afirma que cabe ao responsável habilitado desenvolver habilidades para se relacionar com o cliente de modo a compreender o significado de seus comportamentos e estabelecer a relação de ajuda não se esquecendo de que a participação do cliente é uma das formas de manter o desenvolvimento dessa relação, pois, no cuidado de enfermagem em saúde mental, o cliente é protagonista de seu tratamento (GARCIA, *et al.*, 2017).

Consideramos que na enfermagem de saúde mental haja necessidade de se desenvolver competências não só específicas, mas, sobretudo, ampliadas daquelas definidas para o campo profissional da saúde, o que requer um processo de educação continuada por profissionais atuantes na área e maior enfoque em saúde mental durante processo de graduação dos novos profissionais, em concordância nacional dos docentes de enfermagem em saúde mental que o ensino deva ser orientado pelos princípios da RP. Nessa perspectiva, esses docentes acreditam que ao organizarem e desenvolverem o planejamento do ensino está formando enfermeiros competentes para a prática assistencial em saúde mental (TAVARES *et al.*, 2016).

Estudantes de Volta Redondas que tiveram oportunidade de ver dentro de um CAPS a aplicação de normas da RP, e juntamente com ela a inclusão na sua grade curricular a matéria de saúde mental, obtiveram embasamento científico que os auxiliaram, mais tarde em sua carreira profissional, seja em um ambiente com modelo de assistência psicossocial ou a um local institucionalizado, aplicando assim em seu cotidiano, métodos de amparo que auxiliam no cuidado ao cliente, promovendo melhoras ao mesmo, e no trabalho da equipe multidisciplinar; tinham noção do estigma carregado por essa população diante da sociedade, e a importância de um acolhimento integral, do auxílio junto à família e a sociedade durante o processo de cuidar (MARTINS *et al.*, 2018).

Pesquisa realizada entre profissionais de enfermagem atuantes no CAPS e em centro privado de psiquiatria mostra relatos de enfermeiros a respeito de necessidades de maior enfoque dos cursos de graduação em saúde mental, voltados para o lado psicopatológico e não enfocam no fator proposto pela reforma com ação voltada ao cuidado psicossocial, isso se dá pela falta de conhecimento científico e o impacto positivo que eles podem causar no quadro clínico do cliente, e a necessidade de uma atuação ativa da equipe junto à família e a sociedade. (SOUZA, AFONSO; 2015).

Um estudo realizado pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre na ala de internação psiquiátrica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre, onde se busca analisar os saberes de enfermagem em saúde mental, sobre distintos transtornos, analisou-se que a média de saberes dos profissionais no início do estudo era de 53,38% e ao final essa média aumenta para 81,27%, isso se deu por meio de rodas de discussões visando embasamento científico ofertou melhora na prática clínica aplicada pela equipe. Estimular discurso de casos, saberes científicos, e a importância do trabalho psicossocial, junto a equipe, possibilita um avanço no cuidado de enfermagem ao

cliente psiquiátrico (ROCHA *et al.*, 2020).

O profissional tem autonomia e conhecimento científico para levantar diagnósticos e construir planos terapêuticos, para isso deve ofertar escuta atenta e acolhimento integral, o cliente com diagnóstico de TUS apresenta dificuldade para estabelecer vínculos afetivos, e o responsável deve ser capacitado a trabalhar essa sensibilidade durante sua vida acadêmica. Os achados são diversos, diagnósticos como risco de automutilação, rico de violência, isolamento social, ansiedade, tristeza, baixa autoestima, confusão entre outros. O enfermeiro deve acompanhar a evolução do cliente continuamente, pois a involução do quadro clínico pode ocorrer de maneira abrupta. A EPS possibilita meios de adquirir técnicas no manejo clínico do cliente a fim de possibilitar um cuidado minucioso e efetivo (MOLL *et al.*, 2020).

5 I ASSISTÊNCIA AO CLIENTE/PACIENTE USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O cuidado do cliente em uso de substância psicoativa funciona através de assistência em rede com objetivo de redução de danos, visando não apenas na prevenção do adoecimento como na reincidência do uso pelo cliente conhecida como recaída, grande parte dos profissionais da RAPS possuem em mente um conceito equivocado sobre o que são drogas, e o impacto da cultura das mesmas na saúde da população, somente através da educação EPS, será possível ofertar ao portador de TUS um planejamento de saúde de maneira integral, e redução de danos à saúde mental da população, a educação continuada é uma arma que proporciona a evolução e avanço eficaz na saúde psíquica da sociedade em geral através de novas tecnologias em saúde (BATISTA *et al.*, 2019).

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem de nível médio constata que maior parte dos trabalhadores, não teve preparo durante a formação e que entram completamente crus para desenvolver seu trabalho dentro CAPS e somente dentro do ambiente aprendem a ter uma nova perspectiva atinente à doença e percebendo que o uso abusivo de álcool e outras drogas são uma forma de adoecimento. Eles geralmente relacionam o uso de substâncias à causa da doença não como consequência, o que é um equívoco; também não citam aspectos culturais, políticos e sociais como fatores que estão diretamente a ela ligados. Os TUS podem ser consequências de outras patologias psiquiátricas ou fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias. Esta lacuna no olhar da equipe impede que ele aborde o tema de forma holística e programem o modelo psicossocial de maneira efetiva (VARGAS *et al.*, 2015).

Os programas de residência em saúde mental possibilita aos enfermeiros passarem por toda rede de atenção em saúde mental e entender de dentro como funciona, dando aos profissionais uma vivência que os capacita a atuarem em qualquer ponta da raps, desenvolvendo habilidade necessárias ao acolhimento dessa população, unindo teoria e

prática, os residentes são cobrados a desenvolver seus conhecimentos teóricos em campo assim como qualquer profissional da rede, possibilitando a formação de enfermeiros qualificados ao modelo de atenção sabendo como driblar as adversidades encontradas no cotidiano da rede (Silva, Brandão, 2019).

A necessidade de novas práticas em saúde mental e enfermagem psiquiátrica, devida alta demanda de clientes e a carência de profissionais capacitados. Existe uma grande dificuldade em captar preceptores e professores qualificados, a baixa procura de especialização em enfermagem psiquiátrica. Alunos com maior aproveitamento de matérias como fisiologia e farmacologia obtém melhor desempenho para desenvolver a profissão. A evolução da enfermagem psiquiátrica depende de educação diversificada, interação com a equipe multidisciplinar, prática do autocuidado pelo profissional, saiba desenvolver atividades terapêuticas distintas, tenha conhecimento e domínio em novas tecnologias que auxiliam o processo de cuidar, conhecer sobre genética e transtornos psiquiátricos, e saber trabalhar com diversidade (KASS, 2020).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao número crescente em busca de cuidados em saúde mental e a alta demanda de busca por profissionais devidamente capacitados, diversas vagas são preenchidas com profissionais que não possuem qualificação adequada ou até mesmo superficial e vaga, relacionados a cuidados psiquiátricos e saúde mental, os transtornos relacionados ao abuso de substâncias (TUS) requerem cuidados específicos dentro de um modelo de assistência biopsicossocial, saberes sobre práticas de cuidados que envolvem o cliente a família e a sociedade, amplo dos cuidados clínicos aplicados a esse cliente além de características específica como criatividade, e conhecimento crescente em novas tecnologias de cuidar, saberes que integrem o cuidado biológico, fisiológico, social, psicológico, conhecimento amplo em farmacologia e fisiologia e cuidados em psiquiatria, respeitar a diversidade e ter uma visão livre de preconceitos, a educação continuada e permanente em saúde está entrelaçada a ciência do cuidar em saúde mental. Com a reforma psiquiátrica adotase um cuidado embasado no modelo biopsicossocial, a enfermagem deve ter uma visão holística observando não somente as necessidades individuais desse cliente como as das famílias e sociedade, O profissional necessita estar devidamente capacitado e sempre acompanhar evidencias científicas em novas práticas do cuidar.

REFERÊNCIAS

Kaas MJ. **Will We Be Ready? Preparing Psychiatric-Mental Health Nurses for Future Practice.** J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2020 Jan/Feb;26(1):112-119. doi: 10.1177/1078390319878767. <https://doi.org/10.1177/1078390319878767>Epub 2019 Oct 5. PMID: 31587604.

BATISTA, Cássia Beatriz et al. **A educação permanente em redução de danos: experiência do Curso de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 23, e180071, 2019. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100502&lng=en&nrm=iso. access on 19 Apr. 2021. EpubFeb 14, 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.180071>.

Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.** Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm#art2.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

DA ROCHA, Débora Gomes et al. **(Des)construções de conhecimentos na saúde mental por meio da educação permanente em enfermagem. Enfermagem em Foco,** [S.l.], v. 11, n. 4, jan. 2021. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3393>. Acesso em: 09 abr. 2021. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.3393>

DIAS, Bárbara Jéssica de Melo Cezar *et al.* **Cuidado em saúde mental e atenção primária em saúde como campo formador para a enfermagem.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 49-56, jun. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18069762020000200007&lng=pt&nrm=iso. acessos em 18 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153900>.

Ferreira, Marcela Santos; Carvalho, Maria Cecília Araujo. **Contribuições da educação profissional na enfermagem para o enfrentamento da estigmatização associada aos transtornos** Barbarói ; (56): 127-140, jan.-jun. 2020. Artigo em Português I LILACS, Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos I ID: biblio1148433 Biblioteca responsável: BR1314.1 DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.13281>

FILHO, Antonio José de Almeida et al. **Trajatória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil.** Rev. Enf. Ref. [online]. 2015, vol.serIV, n.4 [citado 202004-30], pp.117-125. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832015000100013&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14074>.

GARCIA, Ana Paula RigonFrancischetti et al. **Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 70, n. 1, p. 220-230, fev. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000100220&lng=pt&nrm=iso. acessos em 16 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>

KALED, Manuela et al. **MULTIDIMENSIONALIDADE DA GRAVIDADE DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELO ADDICTION SEVERITY INDEX-6.** Cogitareenferm., Curitiba, v. 25, e70636, 2020. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362020000100363&lng=pt&nrm=iso. acessos em 18 abr. 2021. Epub 18-Dez-2020. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70636>.

MARTINS, Gizele da Conceição Soares et al. **Ensino de graduação em enfermagem em saúde mental como aliado à consolidação do movimento de Reforma Psiquiátrica.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180164, 2018. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452018000400220&lng=en&nrm=iso. access on 20 Apr. 2021. Epub Oct 29, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0164>.

MATTOS, Mússio Pirajá et al. **Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1277-1299, Dec. 2020. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042020000401277&lng=en&nrm=iso. accesson 20Apr. 2021. Epub Mar 31, 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012724>.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762008000200009&lng=pt&nrm=iso.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. **Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html >

Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.194, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017 Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 30 nov. 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/11/2017&jornal=515&pagina=141>>

Moll, et. al. **Diagnósticos de enfermagem após avaliação psiquiátrica.** Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e243869 doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243869 <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243869>>

NASCIMENTO, de et. al. **Dificuldades no atendimento às situações de urgências e emergências psiquiátricas.** Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 23, n. 3, p. 215-220, set./dez. 2019. https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046189>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos**, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Portaria de Consolidação GM nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** [Links] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

ROCHA, Rodrigo Carvalho. Dos manicômios à reforma psiquiátrica: uma revisão histórica dos movimentos da saúde mental. Volta Redonda – RJ, 2017. <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6924/2/Rodrigo%20Carvalho%20Rocha%20%20TCC.pdf>

RODRIGUES, Jeferson et al. **Influência das reformas curriculares no ensino de saúde mental em enfermagem:** 1969 a 2014. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 38, n. 3, e67850, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300407&lng=pt&nrm=iso. acessos em 16 abr. 2021. Epub 05-Abr2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67850>.

SARDINHA PEIXOTO, Leticia et al. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 307-322, jan. 2013. Disponível em < http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 01 jul. 2021.

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO, B.; DELGADO, P. G. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 28, n. 03/04, p. 350-358, 2018. DOI: 10.51723/ccs.v28i03/04.277. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/277> Acesso em: 1 jul. 2021.

SILVA, Camila Pureza Guimarães da et al. Da educação em serviço à educação continuada em um hospital federal. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 4, e20190380, 2020. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400212&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 jun. 2021. Epub 03-Jul-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0380>

SOUZA, Miriam Candida; AFONSO, Maria Lúcia Miranda. **Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica**. Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de fora, v. 8, n. 2, p. 332-347, dez. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198382202015000300004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 20 abr. 2021.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo et al. **Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem**. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. spe4, p. 25-32, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602016000400004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 05 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0137>.

VARGAS, de et al. **Concepções de profissionais de enfermagem de nível médio perante o dependente químico**. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1063-1068, Dec. 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000601063&lng=en&nrm=iso. access on 23 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/00347167.2015680610i>.)

VARGAS, Divane de. et al. **A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo**, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 115-122, Feb. 2011. Available from; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Apr. 2020.

COMPETÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO E A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA FACE À PESSOA COM MANIFESTAÇÕES DE PERTURBAÇÃO MENTAL: ESTUDO NUM HOSPITAL GERAL PORTUGUÊS

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 23/01/2022

Dorine Gomes Moreira

Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Hospital do Divino Espírito Santo
Ponta Delgada, Açores, Portugal

Carlos Laranjeira

Doutor em Ciências de Enfermagem
Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde/ *Center for Innovative Care and Health Technology* (ciTechCare), Politécnico de Leiria
Leiria, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>

Luís Machado Gomes

Doutor em Enfermagem
Professor Coordenador na Universidade dos Açores, Portugal
<https://www.cienciavitae.pt/9D1B-8B15-74AF>

RESUMO: Face aos novos desafios sociais, torna-se imprescindível uma aprendizagem emocional, que possa facilitar as relações interpessoais dos enfermeiros, designadamente face à pessoa com manifestações de perturbação mental. Este estudo teve como objetivo central conhecer a influência da competência emocional do enfermeiro na comunicação terapêutica face à pessoa com manifestações de perturbação mental. Foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo-correlacional. A amostra foi de 171 enfermeiros de um hospital geral dos Açores.

O instrumento de colheita de dados incluiu um questionário sociodemográfico e profissional, a Escala Veiga de Competência Emocional – Reduzida [EVCE-Reduzida], e o questionário “Comunicação terapêutica: utilização pelos enfermeiros”. Os enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, com idades entre 20 e 40 anos, revelam níveis moderados de competência emocional. Os enfermeiros especialistas com mais tempo de exercício profissional demonstram ser mais literatos emocionalmente. A EVCE-Reduzida demonstra uma boa fiabilidade interna. A Automotivação foi a capacidade mais preditiva da competência emocional, e a Autoconsciência a capacidade com maior média. Delinearam-se 3 perfis comunicacionais, sendo o Perfil 1 (Enfermeiro centrado na pessoa e em si) o mais representativo. Apesar de não se verificar correlação entre a competência emocional e a comunicação terapêutica, evidenciou-se que quanto mais empáticos os enfermeiros se percebem, mais utilizam as técnicas de comunicação terapêutica; e quanto melhor gerem as emoções, mais mobilizam as técnicas de comunicação terapêutica e atitudes face à pessoa com manifestações de perturbação mental. Face aos resultados obtidos importa aprofundar o modo como a comunicação terapêutica e a competência emocional se manifestam na prática profissional, o que facilita ou inibe a sua expressão, e como se pode potenciar o seu desenvolvimento. Neste sentido, as instituições de saúde devem investir na formação dos enfermeiros, através do contributo da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental, permitindo aprimorar a literacia

emocional e performance nos contextos de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Competência emocional; Enfermagem; Saúde mental; Comunicação; Abordagem quantitativa.

EMOTIONAL COMPETENCE OF NURSES AND THERAPEUTIC COMMUNICATION TOWARDS THE PERSON WITH MANIFESTATIONS OF MENTAL DISORDER: STUDY IN A PORTUGUESE GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT: Faced with the new social challenges, emotional learning becomes essential, which can facilitate the nurses' interpersonal relationships, namely with the person with manifestations of mental disorder. The main objective of this study was to know the influence of the nurse's emotional competence in the therapeutic communication towards the person with manifestations of mental disorder. A quantitative, descriptive-correlational study was developed. The sample consisted of 171 nurses from a general hospital in the Azores. The data collection instrument included a sociodemographic and professional questionnaire, the Veiga Scale of Emotional Competence – Reduced [EVCE-Reduced], and the questionnaire "Therapeutic communication: use by nurses". Nurses, mostly female, aged between 20 and 40 years, show moderate levels of emotional competence. Specialist nurses with more time in professional practice demonstrate to be more emotionally literate. The EVCE-Reduced demonstrates good internal reliability. Self-Motivation was the most predictive ability of emotional competence, and Self-Awareness the ability with the highest average. 3 communication profiles were outlined, with Profile 1 (Nurse centered on the person and on the self) being the most representative. Although there was no correlation between emotional competence and therapeutic communication, it was evident that the more empathetic nurses perceive themselves, the more they use therapeutic communication techniques; and the better they manage emotions, the more they mobilize therapeutic communication techniques and attitudes towards the person with manifestations of mental disorder. In view of the results obtained, it is important to deepen the way in which therapeutic communication and emotional competence are manifested in professional practice, what facilitates or inhibits their expression, and how their development can be enhanced. In this sense, health institutions should invest in the training of nurses, through the contribution of specialized practice in Mental Health Nursing, allowing for the improvement of emotional literacy and performance in work contexts.

KEYWORDS: Emotional competence; Nursing; Mental health; Communication; Quantitative approach.

1 | INTRODUÇÃO

O cuidar de pessoa com manifestações de perturbação mental acarreta no enfermeiro reações emocionais diversas, para as quais o profissional deve estar habilitado a reconhecer e a gerir eficazmente. Estas reações, sendo comuns entre os profissionais de saúde, estão em parte relacionadas com imaginário social, bem como a falta de formação/ conhecimento (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015). Para os profissionais de saúde, lidar com as manifestações de perturbação mental constitui uma condicionante ao processo de

cuidar. Algumas dessas manifestações estão associadas à depressão, ansiedade, delírio, agressão, resistência e desconfiança, as quais podem contribuir para o stresse emocional dos enfermeiros (MYKLEBUST; BJØRKLY, 2019). Neste sentido, o enfermeiro parte de um sentimento de desconfiança face ao desconhecido, devendo lidar com esse receio de forma positiva, para além de deter conhecimento sobre como agir com estes comportamentos (HAMMARSTRÖM; HÄGGSTRÖM; DEVIK; HELLZEN, 2019).

Com base nestes contributos será possível incrementar o desenvolvimento pessoal do enfermeiro, considerando que a autoconsciência traduz o conhecimento de si (GOLEMAN, 2016), facto que representa elevada importância, tanto na vida em geral como na profissão de enfermagem, em particular. Significa que quanto melhor for a compreensão que o enfermeiro tem de si próprio, melhor será a sua comunicação, e maior facilidade terá em manter relações profissionais satisfatórias, permitindo-lhe gerir situações complexas.

Atendendo ao interesse crescente na temática da competência emocional e a sua aplicabilidade no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, surgem cada vez mais estudos nesta área de conhecimento. A competência emocional é referida na literatura como influenciadora no âmbito profissional, para melhorar o bem-estar dos enfermeiros, assim como para promover um melhor desenvolvimento da prática de enfermagem (LI; CHANG; ZHANG; YANG; LIU; SONG, 2021), sendo evidente que a razão necessita da emoção para manter o trabalhador em equilíbrio (CORTIZO; ANDRADE, 2018).

A evidência é clara ao afirmar que a competência emocional dos enfermeiros está associada com a prestação de serviços de elevada qualidade (ADAMS; ISELER, 2014) e com a satisfação dos clientes (OYUR CELIK, 2017). Além disso, o nível de inteligência emocional do enfermeiro parece ser um importante preditor da produtividade (AL-HAMDAN; OWEIDAT; AL-FAOURI; CODIER, 2017), do sucesso profissional (CASSANO; TAMBURRANO; MELLUCCI; GALLETTI; DAMIANI; LAURENTI, 2020), da satisfação e da retenção no local de trabalho (TAGOE; QUARSHIE, 2017). Enfermeiros emocionalmente inteligentes são melhores comunicadores (ZHU; CHEN; SHI; LIANG; LIU, 2016), exibem mais comportamentos de cuidado (ABDURRAHMAN; SITUMORANG; ZAINUDDIN, 2020) e habilidades adaptativas para lidar com conflitos (AL-HAMDAN; OWEIDAT; AL-FAOURI; CODIER, 2017).

Concomitantemente, a comunicação terapêutica surge como condição *sine quo nom* para o desenvolvimento da relação de ajuda no âmbito do cuidar em enfermagem em geral, e da saúde mental em particular (HARTLEY; RAPHAEL; LOVELL; BERRY, 2020).

A comunicação assume um papel relevante no quotidiano do enfermeiro. Num estudo sobre a relação existente entre a inteligência emocional dos enfermeiros e as suas capacidades comunicacionais em serviços de urgência, ficou demonstrada uma relação direta e positiva entre as duas variáveis (RAEISSI; ZANDIAN; MIRZARAHIMY; DELAVARI; RAHIMI, 2019). Da mesma forma, Amini, Amini, Nabiee e Delavari (2019) assumem que elevados níveis de inteligência emocional são imprescindíveis à comunicação eficaz e, por

consequente, para melhores resultados em saúde.

Atendendo à impossibilidade de desaparecer com as situações geradoras de stresse perante o cuidar de pessoas com manifestações de perturbação mental, os enfermeiros devem ser dotados de adequadas habilidades comunicacionais e de regulação socioemocional que lhes permitam desenvolver relações interpessoais positivas. A comunicação enquanto ferramenta terapêutica, constitui uma via para obtenção de ganhos em saúde no desempenho do exercício em enfermagem.

Face aos novos desafios sociais, e consequentes transformações nos comportamentos, torna-se imprescindível uma aprendizagem emocional, que se traduza em competência emocional, que possa facilitar as relações interpessoais com a pessoa com manifestações de perturbação mental. A experiência de sentir emoções está presente em todas as pessoas, nas diversas situações em que existe interação entre os indivíduos.

Perante o aumento das perturbações mentais e dos desafios que estas colocam nos diferentes contextos cuidativos, a intervenção do enfermeiro torna-se ainda mais complexa. Justifica-se, desta forma, a importância de os enfermeiros mobilizarem as suas competências comunicacionais, relacionais e de regulação socioemocional.

De salientar que, em Portugal, não são conhecidos estudos primários que tenham relacionado a competência emocional com o uso da comunicação terapêutica nas práticas de enfermagem dirigidas às pessoas com manifestações de perturbação mental, o que legitima a relevância científica do tema. Perante a realidade descrita, torna-se necessário conhecer a problemática em apreço e verter os seus achados em propostas que traduzam a melhoria dos cuidados de saúde.

Pretende-se responder à seguinte questão: Que influência a competência emocional do enfermeiro tem na comunicação face à pessoa com manifestações de perturbação mental, num hospital geral português?

2 | MÉTODOS

Design

Estudo quantitativo de cariz descritivo-correlacional, transversal e exploratório que visa contribuir para a análise do fenómeno da competência emocional do enfermeiro e suas implicações na comunicação face à pessoa com manifestações de perturbação mental.

População e amostra

A população alvo foram os enfermeiros do Hospital Divino Espírito Santo – EPER, Ponta Delgada, Portugal.

Para a seleção da amostra estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão:

a) enfermeiros prestadores de cuidados de enfermagem diretos à pessoa adulta; e b)

com mais de 6 meses de profissão. Foram excluídos os enfermeiros com funções de gestão, enfermeiros que prestem cuidados a crianças, adolescentes e puérperas, ou que estivessem ausentes por baixa médica.

A amostra foi obtida pelo método de amostragem não probabilística por conveniência, e responderam ao questionário 171 enfermeiros (de um total de 372) correspondente a uma taxa de resposta de 46%.

Instrumento

Para a colheita de dados, optou-se pela aplicação de um questionário composto por 3 secções. A primeira secção compreende identificação das características sociodemográficas e profissionais (sexo; idade; habilitações académicas; título de especialista pelo Ordem dos Enfermeiros; serviço onde exerce a atividade profissional; tempo exercício profissional; e formação avançada na área da comunicação terapêutica e da competência emocional).

A segunda secção é relativa à avaliação da competência emocional através da Escala Veiga Branco de Competência Emocional – Versão Reduzida [EVCE-Reduzida], VEIGA BRANCO, 2021) dividida em cinco subescalas. Cada subescala representa uma das cinco capacidades da Competência Emocional. Os itens são avaliados segundo uma escala de tipo *Likert* com 7 pontos (1 “Nunca” a 7 “Sempre”), e revelou uma adequada consistência interna ($\alpha=0.91$) (ALMEIDA, 2021). São considerados 3 níveis de Competência Emocional: a) baixo entre 1 e 3,49; b) nível moderado entre 3,50 e 5,45; c) nível alto entre 5,46 e 7.

Por fim, a terceira secção é composta pela caracterização da comunicação terapêutica, pelas técnicas de comunicação terapêutica e não terapêutica, e atitudes do enfermeiro adotadas pelo enfermeiro face à pessoa com manifestações de perturbação mental (adaptado de COELHO, 2015), avaliados segundo uma escala tipo *Likert* com cinco pontos (1. “Discordo totalmente” a 5. “Concordo totalmente”).

Procedimentos éticos e formais

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 (HDES/2021/264). Não foram atribuídas compensações pela participação no estudo. O período de colheita de dados ocorreu entre abril e junho de 2021 e, em média, os participantes demoraram 10 minutos a preencher o instrumento.

Tratamento dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28. 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, visando a caracterização e/ou descrição da amostra e das variáveis em estudo. Numa segunda fase, contemplou a estatística inferencial, através de testes paramétricos,

os quais exigem que as variáveis sejam métricas, baseiam-se nos valores observados e permitem testar afirmações sobre parâmetros como médias, variâncias, proporções e correlações (MARÔCO, 2021).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

A amostra ficou constituída por 171 enfermeiros, sendo a maioria dos inquiridos do sexo feminino (77.8%), com idades compreendidas entre 20 e 40 anos e licenciados (66.7%). Cerca de 27% dos participantes têm o título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros, em que a Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica é a mais prevalente. A maioria dos participantes exerce atividade no serviço de Urgência (30.4%), com um tempo de serviço entre os 11 e os 20 anos. Apenas 3.5% da amostra tem formação avançada sobre comunicação terapêutica e 1.8% formação em competência emocional.

Perfil da competência emocional da amostra

Para acedermos ao perfil da Competência Emocional dos enfermeiros em estudo foi necessário analisar a EVCE-Reduzida (VEIGA BRANCO, 2021), a qual representa os comportamentos e atitudes que definem a competência emocional como descrito no construto teórico. A partir de uma análise fatorial exploratória, foram identificados 8 fatores relacionados com as capacidades da competência emocional após a eliminação de 3 dos 33 itens iniciais. Verificou-se que a Autoconsciência e a Empatia reúnem apenas um fator e que a Gestão das emoções, Automotivação e Gestão de relacionamentos reúnem 2 fatores cada uma. O valor de alfa de Cronbach (global) foi de 0.867, o que indica uma boa consistência interna da EVCE-Reduzida.

Capacidades/Fatores	Min.-Máx.	Média	DP
AUTOCONSCIÊNCIA – $\alpha = 0.888$	12-49	38.01	6.73
F1. Reações de instabilidade emocional, racional e relacional – $\alpha = 0.888$	7-44	18.00	6.73
GESTÃO DE EMOÇÕES – $\alpha = 0.570$	12-42	28.70	4.89
F2. Controlo emocional através da razão ou atividade física – $\alpha = 0.690$	3-21	12.46	4.15
F3. Adaptação negativa – $\alpha = 0.644$	3-17	6.81	3.04
AUTOMOTIVAÇÃO – $\alpha = 0.645$	18-46	34.30	5.27
F4. Iliteratos, manipulados pela energia emocional negativa – $\alpha = 0.753$	4-27	9.53	4.21
F5. Estado de fluxo – $\alpha = 0.587$	3-21	11.78	3.26
EMPATIA – $\alpha = 0.931$	4-28	20.28	4.53
F6. Sintonia emocional - $\alpha = 0.931$	4-28	20.28	4.53

GESTÃO DE RELACIONAMENTOS – $\alpha= 0.825$	6-42	26.13	5.84
F7. Percepção emocional e Sincronismo – $\alpha= 0.841$	4-28	17.03	4.46
F8. Estabilidade pessoal e relacional – $\alpha= 0.619$	2-14	9.10	2.19

Tabela 1. Distribuição das capacidades e fatores da competência emocional.

Relativamente ao perfil de competência emocional, os enfermeiros obtiveram níveis moderados de competência emocional global ($X=4.97$), sendo a autoconsciência a capacidade com níveis mais elevados de percepção, seguindo-se da empatia, automotivação, gestão de emoções e por último a gestão de relacionamentos, sendo os dados semelhantes a estudos anteriores desenvolvidos por Rodrigues (2017) e Soeima e Neto (2020).

Caracterização da comunicação terapêutica

Para uma prática diária do cuidado centrado na pessoa, o reconhecimento da pessoa é tão importante quanto a implementação de técnicas específicas (BRITTEN; MOORE; LYDAHL; NALDEMIRCI; ELAM; WOLF, 2017), como a comunicação terapêutica facilitadora. Relativamente às técnicas de comunicação terapêutica utilizadas pelos enfermeiros face à pessoa com manifestações de perturbação mental, os enfermeiros recorreram mais à utilização das seguintes técnicas de comunicação/atitude: “silêncio”; “aceitação das mensagens”; “reconhecimento”; “estar disponível”; “proporcionar um diálogo aberto”; “descodificação de sentimentos”; “focalização”; “clarificação e validação”, sendo estas técnicas facilitadoras da relação terapêutica (POTTER; PERRY; STOCKERT, 2021). Verifica-se assim que os enfermeiros adotam, maioritariamente, uma comunicação promotora do cuidado centrado na pessoa, permitindo otimizar as capacidades pessoais e a participação ativa da pessoa nos cuidados (OHLÉN, 2017). Por outro lado, as técnicas de comunicação terapêutica permitem ao enfermeiro mobilizar-se a si próprio como instrumento terapêutico (BRITTEN; MOORE; LYDAHL; NALDEMIRCI; ELAM; WOLF, 2017).

A “exploração”, “verbalização do implícito/subentendido”, “confrontação com a realidade”, “colocar os acontecimentos em sequência temporal”, “repetição” e “reforçar pistas”, foram as técnicas de comunicação terapêutica menos utilizadas perante a pessoa com manifestações de perturbação mental, o que evidencia a existência de dúvidas acerca do seu significado e/ou utilização.

Perante as técnicas de comunicação não terapêutica, os enfermeiros revelaram não concordar ou estarem indecisos na sua aplicação perante a pessoa com manifestações de perturbação mental, sendo a técnica “fazer comentários estereotipados” a que levou à discordância total dos enfermeiros, não havendo dúvidas quanto à ineficácia da sua aplicação.

No que respeita às atitudes dos enfermeiros face à pessoa com manifestações de perturbação mental, os sujeitos do estudo concordam com a maioria das atitudes apresentadas, nomeadamente “empatia”, “respeito caloroso”, “autenticidade”, “esperança”,

“congruência” e “aceitação”, sendo a empatia a que traduz a opinião mais consolidada, manifestando que o envolvimento emocional promove o sentimento de respeito nas pessoas, levando ao aumento da confiança e ao sentimento de cuidado (DIOGO, 2017).

Com o intuito de melhor compreender as respostas apresentadas pelos inquiridos relativamente às técnicas de comunicação apresentadas (Toque, Distância, Postura, Olhar, Escuta Ativa, Silêncio, Síntese, Questionamento, *Feedback* e Dar Informação), submeteram-se as afirmações “utilizo o/a (cada técnica) para responder a uma necessidade minha” e “utilizo o/a (cada técnica) intencionalmente para responder às necessidades das pessoas” a uma análise de *Clusters*.

Através da média dos scores dos respondentes para cada uma das afirmações “utilização da técnica de comunicação terapêutica para responder a uma necessidade do enfermeiro” e “utilização das técnicas de comunicação terapêutica para responder às necessidades das pessoas”, chegaram-se à construção de 3 perfis (*clusters*) de resposta.

Na tabela 2, pode verificar-se que, relativamente ao posicionamento de enfermeiro relativamente ao uso da comunicação para responder a uma necessidade da pessoa ou do próprio, podemos delinear 3 perfis, nomeadamente o Perfil 1 – “Enfermeiro centrado na pessoa e em si”; Perfil 2 – “Enfermeiro pouco centrado na pessoa e pouco centrado em si”; e o Perfil 3 – “Enfermeiro muito centrado na pessoa e pouco centrado em si”, sendo as diferenças entre os perfis estatisticamente significativas ($p \leq 0.001$).

	1 (n=80)	2 (n= 40)	3 (n=51)
	X	X	X
Comunicação Centrada na Pessoa	4.37	3.31	4.35
Comunicação Centrada no Enfermeiro	3.91	2.77	1.94

Tabela 2 – *Clusters* relativos aos perfis comunicacionais.

Relação entre a competência emocional e as técnicas de comunicação e atitudes face à pessoa com manifestações de perturbação mental

Com base nos perfis delineados anteriormente, e com o intuito de se apurar se existem diferenças entre os perfis relativamente à competência emocional dos enfermeiros (cf. Tabela 3), foi realizado o teste ANOVA, que revelou diferenças significativas no que respeita à capacidade da Empatia e respetivo fator (unifatorial) [$F(2, 168) = 5.339; p = 0.006$].

Capacidades/fatores	Perfil 1 (n=80)		Perfil 2 (n=40)		Perfil 3 (n=51)		p
	X	DP	X	DP	X	DP	
Autoconsciência	5.34	1.06	5.41	0.91	5.59	0.84	0.332
F1	2.66	1.06	2.59	0.91	2.41	0.84	0.332
Gestão de Emoções	4.90	0.80	5.02	0.87	4.94	1.01	0.805
F2	4.13	1.36	4.19	1.23	4.16	1.54	0.973
F3	2.32	1.09	2.16	0.97	2.28	0.94	0.710
Automotivação	4.76	0.83	4.90	0.80	5.10	0.74	0.067
F4	2.52	1.18	2.41	1.04	2.14	0.81	0.129
F5	3.80	1.09	3.98	1.00	4.08	1.14	0.348
Empatia	4.99	1.23	4.73	1.13	5.46	0.85	0.006*
F6	4.99	1.23	4.73	1.13	5.46	0.85	0.006*
Gestão de Relacionamentos	4.43	1.03	4.14	0.92	4.41	0.91	0.270
F7	4.40	1.15	3.96	1.02	4.27	1.10	0.131
F8	4.50	1.11	4.49	1.13	4.68	1.05	0.616
Competência Emocional (Global)	4.89	0.63	4.84	0.68	5.10	0.58	0.088

Tabela 3: Descrição das capacidades/fatores da competência emocional por perfil comunicacional.

O *post-hoc* de Tukey revela que em média, os níveis de empatia dos enfermeiros do perfil 2 – “Enfermeiro pouco centrado na pessoa e pouco centrado em si” são diferentes estatisticamente dos enfermeiros do perfil 3 – “Enfermeiro muito centrado na pessoa e pouco centrado em si” ($p= 0.005$), mas não dos enfermeiros do perfil 1- “Enfermeiro centrado na pessoa e em si”.

Para analisar as correlações existentes entre a adoção de técnicas de comunicação terapêutica, não terapêutica e atitudes face à pessoa com manifestações de perturbação mental, procedeu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* (cf. tabela 4).

Ao analisar-se os resultados verifica-se a existência de correlações significativas (positivas e fracas) entre a Empatia ($p= 0.169$), Gestão de Relacionamentos ($p= 0.273$), Fator 6 - Sintonia emocional ($p= 0.169$), Fator 7 - Perceção emocional e Sincronismo ($p= 0.277$) e Fator 8 - Estabilidade pessoal e relacional ($p=0.172$), com as técnicas de comunicação terapêutica. Isto significa que quanto mais elevada for a sintonia emocional, perceção emocional e sincronismo, estabilidade pessoal e relacional, empatia e gestão dos relacionamentos, mais os enfermeiros mobilizam técnicas de comunicação terapêutica face à pessoa com manifestações de perturbação mental.

	Técnicas de comunicação terapêutica	Técnicas de comunicação não terapêutica	Atitudes
Autoconsciência	-0.139	-0.050	-0.125
F1	0.139	0.050	0.125
Gestão de Emoções	0.060	-0.065	0.009
F2	0.109	0.036	0.058
F3	0.122	0.177*	0.103
Automotivação	-0.017	-0.126	-0.046
F4	0.105	0.178*	0.047
F5	0.061	-0.008	-0.004
Empatia	0.169*	-0.042	0.081
F6	0.169*	-0.042	0.081
Gestão de Relacionamentos	0.273**	0.043	0.224**
F7	0.277**	0.056	0.227**
F8	0.172*	-0.024	0.113
Competência Emocional (Global)	0.107	-0.065	0.029

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$.

Tabela 4: Correlação de *Pearson* entre as Capacidades de Competência Emocional e a as técnicas de comunicação/atitudes.

O Fator 3 - Adaptação negativa ($p=0.177$) e o Fator 4 – Iliteratos e manipulados pela energia emocional negativa ($p=0.178$) correlacionam-se significativamente (de forma fraca e positiva), com as técnicas de comunicação não terapêutica. Esta correlação dá-se positiva pelo facto do fator ser negativo. Isto significa que enfermeiros que recorrem mais à adaptação negativa e são mais iliteratos e manipulados pela energia emocional negativa, têm um nível de concordância maior relativamente ao uso de técnicas de comunicação não terapêutica face à pessoa com manifestação de perturbação mental.

A Gestão de Relacionamentos ($p=0.224$) e o Fator 7 - Perceção emocional e Sincronismo ($p= 0.227$) demonstram correlações significativas (positivas e fracas) com as atitudes face à pessoa com manifestações de perturbação mental. Como a correlação é positiva, significa que quanto maior é a perceção emocional e sincronismo dos enfermeiros, mais estes recorrem a atitudes terapêuticas face à pessoa com manifestação de perturbação mental.

Por fim, as capacidades “Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação”, Competência Emocional (global), Fator 1 (Reações de instabilidade emocional, racional e relacional), Fator 2 (Controlo emocional através da razão ou atividade física) e Fator 5 (Estado de fluxo) não demonstraram correlações significativas.

As emoções e consequentes comportamentos dos enfermeiros podem afetar a qualidade do seu relacionamento com o doente, comprometendo a comunicação, a

interação terapêutica, a colaboração, e os resultados das intervenções. Relativamente à gestão de emoções, quanto menor a recorrência dos enfermeiros à adaptação negativa, menor a utilização de técnicas de comunicação não terapêutica face às pessoas com manifestações de perturbação mental. De acordo com GOLEMAN (2016) é impossível separar a racionalidade das emoções, determinando o sentido da eficácia das decisões, a partir do seu controlo. Ao recorrer à adaptação negativa para gerir a raiva ou a fúria, dos pensamentos persistentes ou mesmo através da utilização de objetos ou pessoas para descarregar a raiva, desencadeiam-se inúmeras alterações neurovegetativas que culminam em ações de ataque a nível comportamental, de uma forma quase inconsciente (VEIGA-BRANCO, 2004). Este controlo torna-se assim um elemento importante na otimização dos níveis de desempenho profissional e na qualidade dos cuidados prestados.

4 | CONCLUSÕES

Apesar do conceito de competência emocional em Portugal ter cerca de duas décadas de evolução, este reflete a compreensão e gestão das emoções, sendo um pré-requisito para o sucesso pessoal e profissional. É essencial na prestação de cuidados, pelas relações interpessoais que o enfermeiro estabelece, em particular com as pessoas com manifestação de perturbação mental, onde o *setting* terapêutico acarreta acrescidos níveis de stresse. Compreender e lidar com as emoções é assim uma competência essencial em enfermagem. O enfermeiro emocionalmente competente, traduz essa competência em ganhos em saúde, através das relações que estabelece consigo próprio e com os outros, tornando-se produtivo no desempenho das suas funções.

Neste sentido e atendendo a que as instituições assumem um papel preponderante na gestão dos recursos humanos e na melhoria dos cuidados de saúde prestados aos seus clientes almeja-se que o enfermeiro seja capaz de gerir as suas emoções junto da pessoa cuidada. As capacidades de competência emocional constituem um contributo direto na comunicação e, por conseguinte, na relação com as pessoas, sendo necessário investir no seu desenvolvimento, pelo que se sugerem momentos de formação, *debriefing* e treino no seio das equipas. O principal objetivo é trazer os processos de raciocínio e os padrões de comportamento para a superfície e torná-los explícitos.

Por outro lado, sugere-se o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que apostem no desenvolvimento de competências emocionais entre os profissionais de saúde, bem como de estratégias comunicacionais face à pessoa com manifestações de perturbação mental.

REFERÊNCIAS

ABDURRAHMAN, A.; SITUMORANG, B.; ZAINUDDIN, Z. The effect of interpersonal communication, emotional intelligence, supervision and motivation of achievement in caring behaviour in nursing. *Journal of Global Pharma Technology*, 2020, v. 12, n. 2, p. 504–511.

ADAMS, K.; ISELER, J. The Relationship of Bedside Nurses' Emotional Intelligence with Quality of Care. **Journal of Nursing Care Quality**, 2014, v. 29, n. 2, p. 174–181. doi.10.1097/NCQ.0000000000000039

AL-HAMDAN, Z.; OWEIDAT, I.; AL-FAOURI, I.; CODIER, E. Correlating Emotional Intelligence and Job Performance Among Jordanian Hospitals' Registered Nurses. **Nursing Forum**, 2017, v. 52, p. 1, p. 12–20. doi.10.1111/nuf.12160

ALMEIDA, E.J. (2021). **Competência emocional dos enfermeiros no contexto dos cuidados de saúde primários**. Tese de mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Porto: ESEP, 2021.

AMINI, M.; AMINI M.; NABIEE P.; DELAVARI S. The relationship between emotional intelligence and communication skills in healthcare staff. **Shiraz E-Medical Journal**, 2019, v. 20, n. 4, p. e80275. doi.10.5812/semj.80275

BRITTEN, N.; MOORE, L.; LYDAHL, D.; NALDEMIRCI, O.; ELAM, M.; WOLF, A. Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. **Health Expectations**, 2017, v. 20, n. 3, p. 407–418. doi.10.1111/hex.12468

CASSANO, F.; TAMBURRANO, A.; MELLUCCI, C.; GALLETI, C.; DAMIANI, G.; LAURENTI, P. Evaluation of emotional intelligence among master's degree students in nursing and midwifery: a cross-sectional survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2020, v. 17, n. 17, p. 6347. doi.10.3390/ijerph17176347

COELHO, M. **Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros**. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: ICBAS, 2015.

CORTIZO, M.; ANDRADE, R. **A relação entre a inteligência emocional e a vida profissional**. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0443.pdf>. Acesso em: 16/10/2021.

DIOGO, P. Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. **Pensar Enfermagem**, 2017, v. 21, n. 1, p. 20–30.

GOLEMAN, D. **Trabalhar com Inteligência Emocional** (5a). Lisboa: Círculo de Leitores, 2016.

HAMMARSTRÖM, L.; HÄGGSTRÖM, M.; DEVIK, S. A.; HELLZEN, O. Controlling emotions—nurses' lived experiences caring for patients in forensic psychiatry. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being**, 2019, v. 14, n. 1, p. 1682911. doi.10.1080/17482631.2019.1682911

HARTLEY, S.; RAPHAEL, J.; LOVELL, K.; BERRY, K. Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. **International Journal of Nursing Studies**, 2020, v. 102, n. 103490. doi.10.1016/j.ijnurstu.2019.103490

LI, X.; CHANG H.; ZHANG Q.; YANG J.; LIU R.; SONG Y. Relationship between emotional intelligence and job well-being in Chinese clinical nurses: multiple mediating effects of empathy and communication satisfaction. **BMC Nursing**, 2021, v. 20, n. 1, p. 144. doi.10.1186/s12912-021-00658-4

MARÔCO, J. **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. (8. ed.) Lisboa: Edições Report Number, 2021.

MYKLEBUST, K.; BJØRKLY, S. The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards. **BMC Psychiatry**, 2019, v. 19, n. 251. doi:10.1186/s12888-019-2236-y

OHLÉN, J. Como podemos distinguir entre palavras da moda e inovações promissoras: o caso dos cuidados centrados na pessoa. **Revista de Enfermagem Referência**, 2017, v. IV, n. 5, p. 1–8.

OYUR CELIK, G. The relationship between patient satisfaction and emotional intelligence skills of nurses working in surgical clinics. **Patient Preference and Adherence**, 2017, v. 11, p. 1363–1368. doi.10.2147/PPA.S136185

POTTER, P.; PERRY, A.; STOCKERT, P. **Fundamentals of nursing**. (1ª ed.) USA: Elsevier, 2021.

PRADO, M.; SÁ, M.; MIRANDA, L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde em Debate**, 2015, v. 39, p. 320–337.

RAEISSI, P.; ZANDIAN, H.; MIRZARAHIMY, T.; DELAVARI, S.; RAHIMI, G. Relationship between communication skills and emotional intelligence among nurses. **Nursing Management**, 2019, v. 26, n. 2, p. 31–35. doi.10.7748/nm.2019.e1820

RODRIGUES, P. **Determinantes da Competência Emocional de Profissionais em Saúde na abordagem ao Doente Crítico**. Tese de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Bragança: Politécnico de Bragança, 2017.

SOEIMA, S.; NETO, H. Emotional competence in occupational nursing practice. **International journal on working conditions**, 2020, v. 20, p. 91–110. doi.10.25762/gjmh-fz58

TAGOE, T.; QUARSHIE, E. The relationship between emotional intelligence and job satisfaction among nurses in Accra. **Nursing Open**, 2017, v. 4, n. 2, p. 84–89. doi.10.1002/nop2.70

VEIGA-BRANCO, M.A. **Competência emocional**. (1ª ed.) Coimbra: Quarteto Editora, 2004.

VEIGA-BRANCO, M.A. **Competência emocional: os dados tomam a palavra**. Jornadas da Associação Portuguesa de Inteligência Emocional. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2021.

ZHU, B.; CHEN, C.-R.; SHI, Z.-Y.; LIANG H.-X.; LIU, B. Mediating effect of self-efficacy in relationship between emotional intelligence and clinical communication competency of nurses. **International Journal of Nursing Sciences**, 2016, v. 3, n. 2, p. 162–168. doi.10.1016/j.ijnss.2016.04.003.

ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: ENSINO MEDIADO POR TÉCNICAS DE SIMULAÇÃO E DRAMATIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 08/03/2022

Dayane de Aguiar Cicolella

Docente do curso de Enfermagem da
Faculdade Cesuca
Cachoeirinha- RS
<http://lattes.cnpq.br/2409743386933944>

Márcia Dornelles Machado Mariot

Docente do curso de Enfermagem da
Faculdade Cesuca
Cachoeirinha- RS
<http://lattes.cnpq.br/0102443455714158>

Fátima Helena Cecchetto

Coordenadora do curso de enfermagem da
Faculdade Cesuca
Cachoeirinha- RS
<http://lattes.cnpq.br/9460096774723369>

Yasna Patrícia Aguilera Godoy

Docente do curso de enfermagem da
Faculdade Cesuca
Cachoeirinha-RS
<http://lattes.cnpq.br/9575028708938953>

Lúcia Fabiane da Silva Luz

Docente do curso de enfermagem da
Faculdade Cesuca
Cachoeirinha-RS
<http://lattes.cnpq.br/3022832520886900>

RESUMO: Introdução: atualmente o ensino superior, em especial os cursos das áreas relacionadas a saúde, vem passando por

transformações para acompanhar as concepções teóricas que norteiam a formação dos futuros profissionais. Um bom exemplo para a educação inovadora são as simulações de casos clínicos, que ampliam as relações entre a teoria e a prática, oportunizando aprendizagem e treinamento, através de um ambiente seguro. No ensino de Enfermagem em Saúde Mental a simulação de casos pode ser associada à dramatização, visto que não é possível capacitar o estudante com uso exclusivo de manequins que não interagem e, sendo assim, a obtenção da aprendizagem nesta área específica torna-se comprometida.

Objetivo: descrever a experiência da construção de um cenário de consultório de enfermagem com uso de dramatização de casos clínicos sobre acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico em uma instituição de ensino superior.

Metodologia: estudo descritivo, tipo relato de experiência sobre a construção de um cenário para simulação, apoiado na representação teatral, com o propósito de promover aprendizagem sobre acolhimento em consultas de enfermagem em saúde mental. As atividades ocorreram durante a disciplina Prática de Enfermagem em Saúde Mental do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Cesuca.

Resultados e Discussões: observou-se que a metodologia utilizada possibilitou o exercício e desenvolvimento de autoconfiança em relação às futuras abordagens a serem realizadas pelos estudantes. O *debriefing* proporcionou pensar acerca das questões e ações para futura melhoria do processo. **Considerações Finais:** a experiência contribuiu significativamente para o aprendizado dos acadêmicos, demonstrando-se

uma prática pedagógica inovadora no curso. Contudo, as práticas simuladas ainda precisam ser discutidas para adequar o ensino em Enfermagem aos resultados esperados, para que a formação profissional seja mais ativa e participativa e, principalmente, capaz de transformar realidades no contexto da assistência em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Enfermagem; Educação em enfermagem; Simulação.

MENTAL HEALTH NURSING: TEACHING MEDIATED BY SIMULATION AND DRAMATIZATION TECHNIQUES FOR THE DEVELOPMENT OF SKILLS AND COMPETENCES

ABSTRACT: Introduction: currently, higher education, especially courses in health-related areas, has been undergoing transformations to accompany the theoretical concepts that guide the training of future professionals. A good example for innovative education is the simulations of clinical cases, which expand the relationship between theory and practice, providing opportunities for learning and training, through a safe environment. In Mental Health Nursing teaching, case simulation can be associated with dramatization, since it is not possible to train the student with the exclusive use of mannequins that do not interact and, therefore, the achievement of learning in this specific area becomes compromised. **Objective:** to describe the experience of building a scenario of a nursing office with the use of dramatization of clinical cases about the reception of people in psychological distress in a higher education institution. **Methodology:** descriptive study, type of experience report on the construction of a scenario for simulation, supported by theatrical representation, with the purpose of promoting learning about reception in nursing consultations in mental health. The activities took place during the discipline of Nursing Practice in Mental Health of the undergraduate course in Nursing at Faculdade Cesuca. **Results and Discussions:** it was observed that the methodology used allowed the exercise and development of self-confidence in relation to future approaches to be carried out by students. The debriefing provided thinking about the issues and actions for future process improvement. Final Considerations: the experience contributed significantly to the students' learning, demonstrating an innovative pedagogical practice in the course. However, simulated practices still need to be discussed to adapt Nursing teaching to the expected results, so that professional training is more active and participatory and, above all, capable of transforming realities in the context of health care.

KEYWORDS: Mental health; Nursing; Nursing education; Simulation.

INTRODUÇÃO

Atualmente o ensino superior, em especial os cursos das áreas relacionadas a saúde, vem passando por transformações para acompanhar as concepções teóricas que norteiam a formação dos futuros profissionais. O modelo de ensino tradicional tem sido gradativamente modificado, incorporando cada vez mais novas estratégias pedagógicas, as quais permitem o desenvolvimento de um profissional que deverá ser capaz de transformar sua realidade social e o cotidiano (ALVES et al., 2017).

Nesse contexto, as instituições de ensino têm repensado suas práticas educativas empregando estratégias inovadoras para a formação de profissionais competentes e

capazes de atuar em diferentes cenários, fato que tem ressaltado o uso de ferramentas diversas que valorizam o processo de ensino-aprendizagem (NEGRI et al., 2017). Essas novas tecnologias educacionais permitem aplicabilidades pedagógicas inovadoras que podem contribuir para resultados diferenciados, permitindo através do processo da comunicação tecnológica que todos se apropriem do conhecimento (CHIOFI; OLIVEIRA, 2014).

Um bom exemplo para a educação inovadora são as simulações de casos clínicos, importantes processos que ampliam as relações entre a teoria e a prática, oferecendo oportunidade de aprendizagem e treinamento, através de um ambiente seguro (BARRETO et al., 2014). A simulação é um processo dinâmico que envolve a criação de uma situação representativa de uma realidade, facilitando a participação ativa do aluno e integrando as complexidades do aprendizado prático e teórico com oportunidades para a repetição, feedback, avaliação e reflexão (QUIRÓS; VARGAS, 2014).

A dramatização pode ser definida como uma representação teatral determinada a partir de um foco ou tema. Trata-se de um recurso que confere significados e possibilita que os conteúdos ensinados sejam experimentados em ambiente semelhante a prática real (BONAMIGO; DESTEFANI, 2010). Nesse sentido, percebe-se uma relação positiva da dramatização como estratégia facilitadora no processo educativo, contribuindo na formação do futuro profissional através do desenvolvimento de habilidades necessárias à implementação de intervenções para a melhoria da assistência à saúde (TOBASEL, 2018).

No ensino de Enfermagem em Saúde Mental a simulação de casos pode ser associada à dramatização, visto que não é possível treinar o estudante com uso exclusivo de manequins que não interagem e, sendo assim, a obtenção da aprendizagem nesta área específica torna-se comprometida. Os objetivos estipulados para os cuidados de enfermagem em Saúde Mental envolvem acolhimento, afeto e empatia com a pessoa em sofrimento psíquico. Assim, os casos clínicos a serem organizados devem proporcionar aos estudantes uma aproximação real aos sentimentos e emoções que serão vivenciados futuramente.

O estudo objetiva descrever a experiência da construção de um cenário de consultório de enfermagem com uso de dramatização de casos clínicos sobre acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico em uma instituição de ensino superior.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, tipo relato de experiência sobre a construção de um cenário para simulação, apoiado na representação teatral, com o propósito de promover aprendizagem sobre acolhimento em consultas de enfermagem em saúde mental.

O cenário da atividade foi a disciplina de Prática de Enfermagem em Saúde Mental do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Cesuca e teve como foco estratégico preparar os estudantes para situações a serem vivenciadas em seus futuros campos de

práticas de estágio. O planejamento da cena e do caso a ser trabalhado pelos alunos foi organizado pela docente da disciplina e com auxílio de uma monitora, estudante do 9º semestre do curso de enfermagem.

Para início do processo foi necessária a realização de um estudo em conjunto com os estudantes sobre simulação e dramatização, suas finalidades e objetivos de aprendizagem. Além disso, também foi necessária uma revisão teórica sobre acolhimento em Saúde Mental, consulta de enfermagem e etapas do Processo de Enfermagem, temas já discutidos em outras disciplinas do curso e, em especial, na disciplina teórica de Saúde Mental.

O principal objetivo da simulação planejada era que os estudantes pudessem realizar o acolhimento em saúde mental, através da consulta de enfermagem. Essa atividade deveria incluir: coleta de informações (anamnese), estabelecimento do diagnóstico de enfermagem prioritário, resultados esperados e a proposição de intervenções para sua resolução da problemática em questão. Nesse sentido, também se fazia necessário a aplicabilidade de manejo verbal para o caso em dramatização de forma condizente à cena proposta.

Para fidelidade e aproximação real a cena foi conduzida por dramatização teatral tendo como atores da cena: o sujeito em sofrimento, representado pela monitora da disciplina e a enfermeira, representada por um aluno voluntário em curso da disciplina prática. O cenário da consulta de enfermagem foi produzido em ambiente específico para esta finalidade, denominado “sala dos espelhos”, local que simula um consultório com poltronas confortáveis, equipado com microfones ocultos e que permite a projeção do áudio e da cena para um auditório de espectadores, neste caso, os demais alunos da disciplina que não estão inseridos no ambiente de experiência. A dramatização teve duração máxima de 10 minutos.

O caso clínico elaborado foi o seguinte:

“M.S.C, 25 anos, diagnóstico médico de transtorno depressivo há 2 anos e com abandono do tratamento medicamentoso; comparece ao Centro de Atenção Psicossocial acompanhada da mãe para acolhimento pelo profissional enfermeiro. Informa pensamentos negativos recorrentes nas últimas semanas, sentimentos de desespero e ruína. Refere desejo de fim para sua vida, pois está ocasionando muitos problemas no contexto familiar. Não consegue trabalhar, nem estudar, mantém-se isolada em seu quarto nos últimos meses. Diz não possuir amigos ou rede de relações, apenas um grupo de desconhecidos em aplicativos virtuais que estimulam suas ideias de destruição contra si mesma. Alega sentir o coração acelerado e também, falta de ar”.

Durante a encenação o aluno voluntário necessitou realizar o exercício de suas habilidades no papel de profissional enfermeiro, acolhendo e confortando, tornando-se também parte do cenário. Contudo, para o mesmo não havia roteiro a seguir e deveria este deveria fazer uso de seus conhecimentos prévios obtidos durante a disciplina teórica de Saúde Mental em Enfermagem para realizar manejo verbal do caso representado pela

monitora.

Em virtude da necessidade de acompanhamento das aprendizagens obtidas a docente elaborou algumas ações a serem esperadas para monitorar os objetivos a serem atingidos pelo estudante em cena durante a atividade, conforme apresentado na Figura 1.

Acompanhamento do estudante em cena		
Informação	Coleta de dados	Ações esperadas
Abandono de tratamento	Medicações em uso no passado	Investigar motivos do abandono de tratamento
Pensamentos de desvalia	Origem, frequência, tendência, operacionalização	Conhecer a fonte dos pensamentos. Verificar possibilidade de alucinações auditivas com vozes de comando
Ideação suicida	Planejamento das ações autodestrutivas	Verificar se existe um plano a ser executado ou estimulado por terceiros. Atentar para o risco Observação e supervisão até remissão de sintomas
Palpitações	Fontes de ansiedade	Verificar sinais vitais
Taquipneia	Fontes de ansiedade	Verificar sinais vitais

Figura 1. Quadro de descrição do relato do caso, coleta de dados e ações esperadas do estudante na simulação de consulta de enfermagem em saúde mental.

Fonte: CICOLELLA (2019).

Após representação da cena solicitou-se aos a todos os estudantes que realizassem um plano de cuidados em papel para o caso dramatizado. Para isso, necessitavam estabelecer os principais diagnósticos de enfermagem para a situação presenciada, em acordo com a taxonomia proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) versão 2018-2020 e, posteriormente definiriam os resultados a serem esperados e as intervenções de enfermagem para alcance dos mesmos, seguindo fases conforme a figura 2.

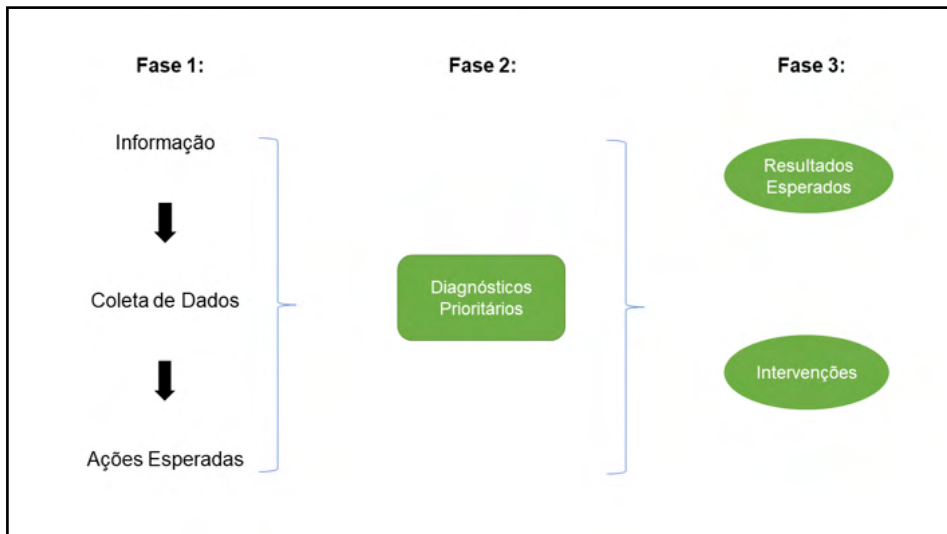


Figura 2. Descrição das etapas a serem seguidas pelo estudante durante a simulação de consulta de enfermagem em saúde mental.

Fonte: CICOLELLA (2019).

A etapa final consistiu na realização de *debriefing* com todos os participantes, fora do ambiente de simulação. Nesta etapa foram questionados os principais sentimentos frente à situação presenciada, os conhecimentos adquiridos durante a simulação da prática profissional, reflexão sobre aspectos facilitadores e dificultadores do contexto experienciado e, também, sugestões de possíveis melhorias.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A atividade ocorreu no mês de agosto de 2019, duas semanas antes dos estudantes iniciarem suas práticas em campo de estágio. Participaram da simulação 12 acadêmicos, todos em curso da disciplina de Prática de Enfermagem em Saúde Mental. Todo o processo realizado foi previamente explicado aos estudantes objetivando sanar possíveis dúvidas antes do início da dramatização.

Para que o professor possa guiar o caminho a ser percorrido pelos estudantes, garantido que as habilidades esperadas sejam desenvolvidas, alcançando o objetivo final da cena, é necessário descrever o roteiro. Do mesmo modo, a utilização de uma linguagem padrão para descrição das informações poderá ajudar pesquisadores a desenvolver cenários e instrumentos psicométricos para replicação de estudos (GROOM; HENDERSON; SITTNER, 2014). Na cena em questão, siglas e outras linguagens regionais não foram utilizadas.

Observou-se que a metodologia utilizada para representação de acolhimento

em saúde mental possibilitou o exercício e desenvolvimento de confiança em relação às futuras abordagens a serem realizadas pelos estudantes. Alguns referiram maior dificuldade ao pensar sobre o manejo e a atenção em relação às questões que envolviam os riscos e a ideação suicida do caso trabalhado em cena, uma vez que tal temática ainda é considerada um tabu em nossa sociedade, sendo difícil pensar em como agir mediante tal situação. Outros, relataram maior conflito para identificar a origem, frequência, tendência, operacionalização dos pensamentos de desvalia na encenação teatralizada. Todavia, todos os estudantes referiram estarem motivados em relação à prática pedagógica proposta, visto que nunca haviam participado de atividade semelhante com uso de casos e cenas dramatizadas, solicitando novas oficinas em outras oportunidades que atentam a inovação em sala de aula.

Inovar significa criar práticas pedagógicas mais autônomas e atrativas, que sejam do interesse dos estudantes, para que tenha sentido e significado para eles. Contudo, a motivação para aprender e para ter um engajamento no processo de aprendizagem depende do estudante e, mas também, do professor, ao desempenhar seu papel de mediador desse processo (WIEBUSCH; LIMA, 2018).

A inserção do estudante voluntário no cenário dramatizado permitiu ao mesmo experimentar, na prática, suas habilidades em conduzir situações com uso do manejo verbal para acolhimento em saúde mental. Segundo Tobasel (2018) a palavra dramatização advém do grego e significa ação, realização. É o momento em que o estudante abandona seu próprio papel e assume o personagem proposto em uma estória. No cenário preparado, o estudante entra em cena, comentando, refletindo, expressando as suas mensagens, manifestando espontaneidade, a criatividade e elaboração de diferentes ideias.

Ao utilizar metodologias inovadoras o professor proporciona condições reais para o aluno que está em contato crítico com as tecnologias em sala de aula, para que o mesmo consiga lidar com as transformações da sociedade tornando-se sujeito ativo. Este tipo de trabalho será facilitado na medida em que o professor dominar o saber relativo às tecnologias, tanto em termos de valoração e conscientização de sua utilização, ou seja, por que e para que utilizá-la, bem como em termos de conhecimentos técnicos relacionados à como utilizá-la em acordo com as suas características e, também, de conhecimento pedagógico sobre como integrá-las ao processo educativo (CHIOFI; OLIVEIRA, 2014).

A etapa final da experiência simulada é uma discussão em torno da situação vivenciada, denominado o *debriefing*. Essa etapa deve ocorrer após a cena e compreende o momento em que os estudantes e o professor refletem sobre o ocorrido, atentado para o que poderia ou não ter sido feito diferente. O *debriefing* é o momento chave da simulação, pois é através dele que o estudante observa sua conduta, reflete sobre ela e compreende o que está faltando para que a competência seja alcançada. Importante destacar que para não haver prejuízo da etapa o professor precisa compreendê-lo como momento do estudante e conter-se para não o transformar em uma palestra (OLIVEIRA, 2018).

Realizar o *debriefing* de simulação funciona como um processo de reflexão estruturada e orientada, onde os estudantes avaliam ativamente seu desempenho dentro de um determinado contexto de habilidade. Essa etapa final da simulação fornece aos alunos uma oportunidade de assumir um papel ativo durante o processo de aprendizagem. Portanto, é uma ferramenta que permite a reformulação de métodos e processos avaliativos pedagógicos arcaicos e ineficientes (SOUZA et al., 2017).

Percebeu-se que desenvolver o *debriefing* com os estudantes na presente simulação proporcionou pensar acerca das questões e ações para futura melhoria do processo. Visto que muitos apontaram algumas dificuldades em relação a coleta de informações e planejamento de ações esperadas do caso para integralização do Processo de Enfermagem em todas as suas etapas, o *debriefing* permitiu replanejamento pelo docente sobre a cena dramatizada e seus objetivos, buscando enriquecer o processo de aprendizagem dos futuros estudantes que poderão participar da simulação da consulta de enfermagem em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As metodologias ativas são importantes recursos a serem utilizados na sala de aula, pois permitem a imersão dos estudantes em ambientes próximos aos diferentes contextos de saúde através do protagonismo, autonomia, pensamento crítico e relações de afeto. No presente estudo, o uso da dramatização associado à simulação de caso contribuiu positivamente como estratégia facilitadora favorecendo aprendizagens, fixação de conteúdos, aproximação a realidade do enfermeiro que atua na área de saúde mental e protagonismo para solução de problemas.

Por fim, a experiência contribuiu significativamente demonstrando-se como uma prática pedagógica inovadora no Curso de Enfermagem da Faculdade Cesuca. Contudo, muitos progressos ainda são necessários e se faz necessário, cada vez mais, que as práticas simuladas sejam discutidas de forma a adequar o ensino em Enfermagem aos resultados esperados para a formação de um profissional mais ativo e participativo, capaz de transformar realidades no contexto da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.N.T. et al. Metodologias Pedagógicas Ativas na Educação em Saúde. **Id on line. Revista de psicologia**, v.10, n.33, p. 339-45, 2017.

BARRETO D.G et al. Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem: Revisão integrativa. **Rev. baiana enferm.**, v., 28, n.2, p.208-14, 2014.

BONAMIGO E.L.; DESTEFANI A.S. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **Rev Bioet.**, v.18, n.3, p.725-42, 2010.

CHIOFI L.C; OLIVEIRA M.R.F. O uso das tecnologias educacionais como ferramentas didáticas no processo de ensino e aprendizagem. **Cadernos PDE**, v. 1, n.1, p.1-15, 2014.

GROOM J.A, HENDERSON D., SITTNER B.J. NLN/Jeffries *Simulation Framework State of the Science Project: Simulation Design Characteristics*. **Clinical Simulation in Nursing**, v.10, n.7, p.337-44, 2014.

NEGRI E.C. et al. *Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**., v.25, e2916, p. 1-10, 2017.

OLIVEIRA S.N. et al. Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**., v. 71, suppl 4, p. 1896-903, 2018.

QUIRÓS S.M, VARGAS M.A.O. Simulação clínica: uma estratégia que articula práticas de ensino e pesquisa em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**., v. 23, n. 4, p. 813-4, 2014.

SOUZA, J.M.O et al. *Debriefing* como ferramenta de avaliação qualitativa no ensino simulado. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, n.1, p. 841-48, 2017.

TOBASE L. A dramatização como estratégia facilitadora no processo ensino aprendizagem dos estudantes de enfermagem. **Rev Paul Enferm [Internet]**, v.29; n. 1-2-3, p.77-99; 2018.

WIEBUSCH A.; LIMA V.M.R. Inovação nas práticas pedagógicas no Ensino Superior: possibilidades para promover o engajamento acadêmico. **Educação Por Escrito**, v. 9, n. 2, p. 154-169, 2018.

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO ALIADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 28/02/2022

Fabiana Melo da Silva

Prefeitura Municipal de São Pedro do Turvo
São Pedro do Turvo – São Paulo

Camila Stein

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Guarapuava – Paraná

Tatiana da Silva Melo Malaquias

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5259507149354975>

Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7736902142194081>

Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0491121915604898>

Kátia Pereira de Borba

Universidade Estadual do Centro-Oeste
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0569263573136110>

Alessandra Cristina de Paula Faria Zampier

Faculdade Campo Real
Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2734578979547153>

Laila Ruiz Ketly Tiradentes Ruiz

Universidade Estadual de Londrina
Londrina – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/3298522202232316>

RESUMO: O direito de brincar deve ser preservado mesmo quando a criança está hospitalizada. **Objetivo:** descrever os efeitos da utilização do Brinquedo Terapêutico para crianças submetidas a punção venosa em unidade de internação pediátrica e identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o uso deste instrumento. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa, que foi realizada em unidades de internação pediátrica em dois hospitais do município de Guarapuava, PR. **Resultados:** diante da análise dos dados surgiram duas categorias temáticas: - A atuação do profissional de enfermagem junto ao Brinquedo Terapêutico abordando o conhecimento dos mesmos sobre o assunto, mostrando que o instrumento é desconhecido pela equipe, e; - O Brinquedo Terapêutico como aliado na assistência à criança onde apresenta a intervenção com duas crianças internadas na pediatria dos hospitais participantes do estudo e a percepção dos profissionais quanto aos efeitos da internação sobre a criança e o reconhecimento da importância do brinquedo/ brinquedo terapêutico no período de internação dos pequenos. **Conclusão:** o estudo possibilitou compreender que o Brinquedo Terapêutico, desde o momento que lhe é oferecido para a criança estabelece uma interação e relação de confiança entre ela e a equipe. Embora os profissionais reconheçam a importância do

Brinquedo Terapêutico, percebe-se a necessidade de preparar os enfermeiros desde sua formação até o desenvolvimento de sua prática para que este seja usado por todos que trabalham com criança.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças; Enfermagem; Jogos e Brinquedos.

THE THERAPEUTIC TOYS AS AN ALLY IN NURSING ASSISTANCE

ABSTRACT: The right to play must be preserved even when the child is hospitalized. Objective: to describe the effects of using the Therapeutic Toy for children undergoing venipuncture in a pediatric inpatient unit and to identify the knowledge of the nursing team about the use of this instrument. Method: this is an exploratory descriptive research with a qualitative approach, which was carried out in pediatric inpatient units in two hospitals in the city of Guarapuava, PR. Results: in view of the data analysis, two thematic categories emerged: - The role of the nursing professional with the Therapeutic Toy approaching their knowledge on the subject, showing that the instrument is unknown by the team, and; - The Therapeutic Toy as an ally in child care where it presents the intervention with two children hospitalized in the pediatrics of the hospitals participating in the study and the perception of professionals regarding the effects of hospitalization on the child and the recognition of the importance of the therapeutic toy in the period of hospitalization of children. Conclusion: the study made it possible to understand that the Therapeutic Toy, from the moment it is offered to the child, establishes an interaction and relationship of trust between the child and the team. Although professionals recognize the importance of Therapeutic Toy, there is a need to prepare nurses from their training to the development of their practice so that it can be used by everyone who works with children. **KEYWORDS:** Child; Nursing; Play and Playthings.

1 | INTRODUÇÃO

A hospitalização é um fator gerador de medo para a maioria das pessoas. Quando se trata de crianças hospitalizadas, o agravante é ainda maior, devido às situações de afastamento do convívio familiar e social e aos procedimentos, principalmente os invasivos, que é submetida durante a internação (MALAQUIAS et al, 2014).

Os efeitos da hospitalização sobre a criança dependem de muitos fatores, entre eles: idade, tempo de permanência no hospital, tipo de doença, funcionamento psíquico, apoio familiar, a terapêutica antes, durante e após a internação, experiências anteriores em ambientes de saúde, apoio da equipe e condições emocionais. A criança ainda enfrenta outros desafios como: adaptação a um novo ambiente, conviver com outras crianças, com outras pessoas e passar por efeitos indesejáveis resultantes do tratamento (SILVA et al, 2010; CASTRO et al, 2010).

Os sentimentos e sensações desagradáveis que a hospitalização infantil provoca costumeiramente são potencializados quando os ambientes de internação são desprovidos de meios e agentes que favoreçam a humanização da assistência em saúde, privando a criança de desempenhar as atividades que lhe são inatas e essenciais para o seu

desenvolvimento, como o brincar (MALAQUIAS et al, 2014).

O direito de brincar deve ser preservado mesmo quando a criança está hospitalizada. O recurso lúdico no ambiente hospitalar favorece momentos de entretenimento e distração à criança como também auxilia na terapêutica, aliviando o estresse, o medo e ansiedade (KICHE, 2009).

Quando a criança brinca, ela cria o seu próprio mundo e expressa por meio destes objetos seus sentimentos, vontades e medos. Brincando a criança tem a oportunidade de se colocar em ação e ter autonomia para fazer as escolhas, o que muitas vezes é prejudicado pela hospitalização, pois todas as decisões são tomadas por ela (CASTRO et al, 2010).

Deste modo, nos ambientes de assistência em saúde, um dos instrumentos utilizados como facilitador do cuidado às crianças tem sido o Brinquedo Terapêutico (BT). É um brinquedo estruturado que possibilita à criança aliviar o estresse gerado por experiências desconhecidas, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada. É uma técnica não diretiva, que deve ser usada sempre que for difícil para a criança compreender a situação estranha que lhe é apresentada, ou mesmo dando a oportunidade de descarregar a tensão após momentos angustiantes, ao dramatizar as situações vividas e manusear os instrumentos utilizados ou brinquedos que os representem (KICHE, ALMEIDA, 2009).

O brinquedo terapêutico pode ser classificado em três tipos: **Dramático ou catártico** - permite a descarga emocional da criança; **Instrucional** - permite a explicação de procedimentos para a criança; **Capacitador de funções fisiológicas** – permite que a criança seja capacitada para utilizar suas funções de acordo com sua condição biofísica (GIACOMELLO; MELLO, 2011).

Os profissionais de saúde que atuam em unidades pediátricas devem utilizar o BT no preparo e auxílio de procedimentos que são desconhecidos e traumatizantes para os infantes, com o objetivo de orientar, educar, minimizar o estresse e ansiedade, identificar necessidades e servir como aliado no processo de comunicação entre a equipe de saúde e a criança (MALAQUIAS et al, 2014).

A enfermagem enquanto arte de cuidar deve proporcionar meios de ajudar a criança a atravessar a situação de hospitalização ou de doença, com mais benefícios que prejuízos. Desde 2004, através da resolução 295, é assegurada ao enfermeiro que atua na área pediátrica, a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas (RESOLUÇÃO COFEN-295/2004).

Apontadas a aplicabilidade e importância da utilização do BT na assistência à saúde infantil, sabendo que a criança tem suas especificidades para o desenvolvimento do cuidado, despertou-nos o interesse em conhecer os efeitos do emprego do BT ante os procedimentos considerados traumatizantes para as crianças, enfocando neste estudo a punção venosa. Deste modo, este estudo tem por objetivo descrever os efeitos da

utilização do brinquedo terapêutico para crianças submetidas à punção venosa em unidade de internação pediátrica e identificar o conhecimento da equipe de enfermagem da unidade pediátrica sobre o uso do brinquedo terapêutico para as crianças hospitalizadas.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa. Conforme Gil (2002) a pesquisa exploratória é utilizada quando se quer realizar um estudo preliminar do objeto da pesquisa de modo que a pesquisa subsequente possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão e tem como objetivo deixar mais próximo o problema, isto é, deixá-lo mais claro.

Já as pesquisas descritivas, possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. A grande contribuição das pesquisas descritivas é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida (GIL, 2002).

Na abordagem qualitativa, segundo Silva e Menezes (2001), há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados

O estudo foi realizado em unidades de internação pediátrica de dois hospitais do Município de Guarapuava, PR.

A população de estudo foi constituída por 5 crianças pré-escolares, de ambos os sexos, internadas na unidade pediátrica no período de desenvolvimento da pesquisa, que necessitaram ser submetidas à punção venosa e pelos pais/responsáveis destas crianças que aceitarem participar da pesquisa. Os critérios de inclusão das crianças foram: faixa etária (pré-escolar de 03 à 05 anos 11 meses e 29 dias), condições para brincar (conscientes e contactuando), consentimento prévio dos pais e necessidade de punção venosa.

Foram também sujeitos desta pesquisa os profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) que atuam na unidade pediátrica do hospital selecionado para o estudo e que aceitarem participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semi-estruturada e observação participante.

Para Queiroz et al (2007) a observação participante consiste na introdução do pesquisador no grupo observado interagindo com os sujeitos da pesquisa buscando sentir o que significa estar naquela situação. Um ponto importante é inserir o observador na observação e o conhecedor ao seu conhecimento. Com a observação participante, o pesquisador analisa a realidade do sujeito da pesquisa podendo captar conflitos e

tensão existentes bem como identificar indivíduos que tem motivação para as mudanças necessárias.

Os pais/responsáveis foram convidados a participar da pesquisa e sendo aceito, foram esclarecidos os objetivos do estudo e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor para ciência e assinatura. A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista semiestruturada, na unidade de internação pediátrica, em um local reservado para este fim. Foi utilizado um roteiro elaborado pelas pesquisadoras que constou as informações referentes à caracterização socioeconômica e demográfica dos pais/responsáveis e da criança participante da pesquisa.

Para as crianças, a coleta de dados se deu por meio da observação participante, da seguinte forma:

Etapa 1: As pesquisadoras se aproximaram das crianças internadas na unidade pediátrica passando alguns períodos junto a elas crianças e responsáveis, procurando conhecer e identificar aquelas que se adequaram aos critérios de inclusão do estudo por meio de conversas e atividades lúdicas buscando a formação de vínculo.

Etapa 2: Os infantes que atendem os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa, após o consentimento dos pais/responsáveis e assentimento da criança, instrução prévia dos objetivos do estudo e assinatura dos termos de consentimento e assentimento.

Etapa 3: 30 minutos antes da punção venosa, a criança foi preparada pelas pesquisadoras para tal, com a utilização de brinquedos terapêuticos que simularam a situação que vivenciarão. Ela pode manipular alguns equipamentos similares que são utilizados como a seringa, o garrote, o equipo e frasco de soro, tala, fita adesiva, que não oferecem riscos significativos à sua saúde. Também observam (sem manipular) o material utilizado para puncionar sua veia (cateter agulhado escalpe ou agulha). Na sequência, uma história semelhante ao procedimento foi contada e dramatizada com o auxílio de bonecos de panos, explicando o que seria feito e por que necessitam deste cuidado. Os brinquedos foram: bonecos de panos representando a criança, que será puncionada, o cuidador e a enfermeira, seringa, agulha de brinquedo, tala, fita adesiva, algodão, frasco de soro, equipo e garrote. Os pais/responsáveis também participaram deste preparo juntamente com as crianças. A punção venosa da criança foi realizada por alguém da equipe de enfermagem da pediatria para dar mais segurança e confiabilidade à criança e a família.

Etapa 4: Após o procedimento de punção venosa foi oferecido pelas pesquisadoras os brinquedos terapêuticos novamente a criança, observando como ela se comportou depois da ação, quais sentimentos que expressou e como percebeu a pessoa que a puncionou.

Etapa 5: Os dados coletados foram registrados num instrumento elaborado pelas pesquisadoras especificamente para esta observação e foram sistematizados e organizados para a análise. As crianças foram identificadas com nomes fictícios de personagens de desenhos animados para preservar suas identidades.

Para os profissionais, foram selecionados aqueles que são funcionários da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) da Unidade Pediátrica dos hospitais de estudo, sendo convidados pessoalmente a participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, após o aceite e esclarecimentos sobre o estudo, previamente agendada e foi guiada por um roteiro semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras, dividido em duas partes: a primeira foi à caracterização socioeconômica dos entrevistados e a segunda parte constou as questões que nortearam a pesquisa. As entrevistas foram gravadas em gravador digital para a maior credibilidade do estudo e depois de analisados os dados serão preservados por 05 anos.

Para a análise dos dados foi utilizada a metodologia da etnoenfermagem, proposta por Leininger (1985), que aconteceu da seguinte forma:

- a primeira fase constituiu-se da coleta, registro e organização das informações. Estas foram coletadas a partir das observações. foram feitas anotações no instrumento elaborado para este fim. Depois de várias leituras, as informações foram organizadas, de acordo com as situações vividas com cada informante. Após, identificou-se o fenômeno estudado, presente em cada circunstância. Em seguida, atribuiu-se significados aos fenômenos que emergem e, a partir disto, escolheram-se as palavras chaves;
- a segunda fase foi marcada pela identificação de categorias e de componentes. Nesta etapa da análise as informações, destacadas na fase anterior, foram agrupadas em subcategorias, em função das semelhanças e das diferenças entre os comportamentos dos informantes, correspondentes à questão de pesquisa. As subcategorias evidenciadas passaram a caracterizar os componentes das categorias de análise.
- a terceira fase caracterizou-se pela análise do contexto e dos padrões. As informações obtidas nas entrevistas e nas observações foram organizadas de acordo com as categorias encontradas e examinadas minuciosamente, para o desvelamento dos padrões de comportamento e dos significados do contexto.
- a quarta fase realizou a abstração das categorias, dos resultados encontrados e as formulações teóricas. Esta foi a fase mais complexa da análise das informações, pois exige uma síntese do pensamento e uma análise criativa das informações trabalhadas nas etapas anteriores. Reflete-se sobre as informações encontradas e sobre os achados da literatura, realizaram-se formulações teóricas e algumas recomendações.

A participação dos sujeitos de pesquisa se deu em consonância com todos os preceitos éticos estabelecidos pela norma ética vigente (RESOLUÇÃO 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde), e mediante a instrução prévia completa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais ou responsáveis, para os profissionais de enfermagem e Termo de Assentimento para as crianças.

3 | RESULTADOS

Participaram da pesquisa 9 profissionais de enfermagem, sendo 6 técnicos em enfermagem, 1 auxiliar e 2 enfermeiras. Em relação ao estado civil, 8 eram casadas e 1 solteira. O tempo de trabalho em pediatria variou de 5 meses a 10 anos. Quanto ao número de filhos, 8 das profissionais possui filhos e somente 1 não possui.

A intervenção com o Brinquedo Terapêutico (BT) foi realizada com duas crianças de sexo feminino, ambas com 5 anos de idade, internadas na mesma unidade pediátrica que necessitaram de punção venosa e que atenderam aos critérios de inclusão do estudo.

Com base na análise dos discursos dos entrevistados e nas observações feitas durante as sessões com o BT foi possível elencar categorias que serão discutidas a seguir.

Atuação do profissional de enfermagem junto ao BT

Com relação ao brinquedo terapêutico e sua utilização, a maioria dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa relataram o desconhecimento e a não utilização do mesmo em sua prática profissional. Muitos confundem o BT com o brinquedo lúdico e fazem apenas uso deste no desenvolvimento do cuidado.

“A gente não tem muito brinquedo, acaba enchendo uma luva, fazendo de bola. É o que a gente tem. Usando os brinquedos da brinquedoteca para as crianças, agradando antes do procedimento” (Margarida, auxiliar de enfermagem).

Quando interrogados quanto o porquê do BT ser ou não utilizado na prática profissional, a maioria dos participantes não sabia justificar a não utilização; outra justificativa foi a falta de tempo ou que não fazia parte da rotina de cuidados dispensados a criança nas unidades de internação pediátrica do estudo.

“Na verdade eu não sei te dizer o que é o brinquedo terapêutico, porque não é como norma e rotina do hospital não é utilizado” (Orquídea, técnica de enfermagem).

“Falta tempo para a aplicação de brinquedos na prática” (Azaléia, técnica de enfermagem).

“Não conheço o brinquedo terapêutico. Também não entendo, não sei como é” (Rosa, técnica de enfermagem).

“Não tive contato na minha formação com o brinquedo terapêutico e nem aqui no hospital” (Jasmim, Enfermeira).

O brinquedo terapêutico como aliado na assistência à criança

Para verificar a visão das crianças sobre o BT, realizou-se a intervenção com duas crianças internadas na pediatria dos hospitais participantes do estudo.

A primeira intervenção foi realizada com Cachinhos de Ouro, que tinha 5 anos de idade e nasceu com hidrocefalia. Desde então, passa por procedimentos e internações. Muito assustada e traumatizada, apesar de ser muito comunicativa com os profissionais,

e também carinhosa, chora e grita muito em qualquer procedimento por mais simples que seja. Antes do procedimento, quando explicado para ela, por meio do BT que ela teria que trocar de veia, no mesmo instante ela começou a chorar e com as mãos no rosto falou:

“Não quero (que seja puncionada), e não quero mais conversar”(Cachinhos de Ouro, 5 anos).

Os profissionais participantes da pesquisa também acreditam que o hospital é um ambiente estressante, causador de medo e trauma nas crianças, reconhecem que os procedimentos invasivos e dolorosos são difíceis para os pequenos, pois eles não entendem o porquê estão passando pelo sofrimento.

“O ambiente hospitalar é muito estressante” (Iris, enfermeira).

“Você vai e segura a criança e diz só um pouquinho, só um pouquinho que vai ter uma picadinha, mas ela não entende o porquê da picadinha...”(Jasmim, enfermeira).

“Eles ficam bem chorosos e nervosos diante de procedimentos invasivos” (Girassol, técnica de enfermagem).

“Se o adulto tem medo da hospitalização, imagine a criança” (Jasmim, enfermeira).

A segunda intervenção foi realizada com a Pequena Sereia, 5 anos, que aos 3 anos de idade foi diagnosticada com púrpura trombocitopênica idiopática e recebe imunoglobulina a cada 21 dias por via endovenosa. Na atualidade, ela é muito colaborativa, porém sua mãe relatou que ela chorou muito no começo e não aceitava o procedimento. A criança representou na boneca o cuidado que tinha ao retirar o algodão e a fita adesiva para curativos quando retornava para casa depois da hospitalização.

Quanto à importância do BT para amenizar as angústias e medos das crianças, todos os profissionais que participaram da pesquisa afirmaram ser muito importante a utilização de brinquedos na interação com a criança:

“O brinquedo é importante para a criança”. (Tulipa, técnica de enfermagem)

“ O brinquedo ajuda no relacionamento com a criança.” (Girassol, técnica de enfermagem)

“Todo e qualquer brinquedo que você possa oferecer para a criança ajuda bastante”. (Iris, enfermeira)

“(O BT) Ajuda a criança a entender o que está acontecendo com ela”. (Iris e Jasmim, enfermeiras)

“(O BT) Funciona para aliviar o estresse”. (Tulipa, técnica de enfermagem).

Os benefícios do BT, reconhecidos pelos profissionais, pode ser evidenciado pelas falas das crianças participantes do estudo, como a Cachinhos de Ouro, que durante o procedimento da punção, ficou mais calma com aplicação do brinquedo terapêutico, apenas chorou bastante e na segunda tentativa esticou os braços para sua mãe e falou:

“Está doendo mamãe, não quero mais isso” (Cachinhos de ouro, 5 anos).

Ainda com relação aos benefícios do BT, Pequena Sereia demonstrou que a explicação do que será feito antes do procedimento, ajuda a criança a conhecer os materiais e entender o que será realizado:

“Porque eles colocam esse (pegou o garrote na mão) no braço da gente?. Porque colocar algodão depois que retira o remédio?” (Pequena sereia, 5 anos)

Apesar de não utilizarem e conhecerem o BT, alguns dos profissionais defenderam sua implantação em unidade pediátrica:

“Toda pediatria deveria ter (o BT)” (Girassol, técnica de enfermagem).

“Como a gente convive com as crianças, a cada momento a gente está levando brinquedo para elas, como desenhos para elas se sentirem mais em casa e que por meio de desenho elas possam expressar seus medos e angústias ” (Azaléia, técnica de enfermagem).

“A equipe de enfermagem quanto tem tempo procura distrair a criança, com uma luva de procedimento, fazendo uma bola, fazendo uns desenhos nos braços delas” (Margarida, auxiliar de enfermagem).

“O brinquedo é o mundinho deles” (Orquídea, técnica de enfermagem).

4 | DISCUSSÃO

Em relação ao conhecimento e aplicação do BT na prática profissional, pode-se observar que a maioria dos participantes da pesquisa desconhecem seu uso e finalidade e não aplica no cotidiano da assistência à criança. Esses dados corroboram com a pesquisa realizada por Malaquias et al (2014) com profissionais de enfermagem, onde foi observado que os colaboradores do estudo não tinham clareza e compreensão das finalidades do BT e também não utilizavam no desenvolvimento do cuidado.

Em outro estudo, de Lemos et. al. (2010), desenvolvido em um hospital universitário de Aracaju-SE com profissionais de uma equipe de enfermagem da pediatria, os sujeitos também não utilizam o recurso do BT de maneira clara, não sabendo informar o tipo de brinquedo ideal. Na hospitalização o BT é direcionado a equipe de enfermagem e juntos possuem o objetivo de promover o bem-estar do paciente, com isso o recurso é de total importância.

A equipe de enfermagem por estar mais próxima ao paciente é quem mais realiza cuidados. Para tanto, devem utilizar-se de meios que favoreçam a assistência à criança. O BT torna-se aliado na prestação de cuidados infantis quando a criança está hospitalizada.

O direito de brincar não deve ser retirado da criança, pois é uma necessidade vital para o desenvolvimento infantil. Mesmo hospitalizada, a criança deve ter esse direito garantido. Para tal, necessita-se de espaços e ambientes favoráveis e profissionais capacitados para o atendimento dessa necessidade.

Um estudo realizado com enfermeiras que trabalham com crianças vítima de câncer avançado, onde Silva et al (2014) trazem que uma das estratégias de cuidados adotadas por elas, é o brincar e evidencia que esta atividade proporciona diversão, prazer e segurança amenizando assim o estresse da hospitalização e melhorando a parceria da criança e da família com os profissionais.

O processo de trabalho do enfermeiro deve estar voltado as práticas flexíveis de forma a facilitar a adaptação da criança em qualquer ambiente estranho e que tragam medo para ela.

Medeiros et al (2009) utilizaram em seu estudo o BT instrucional para o preparo de crianças submetidas à punção venosa em uma emergência, proporcionou uma compreensão da importância do BT mesmo em pronto socorro, permitindo assim a construção de que um atendimento assim pode ser realizado em qualquer ambiente, uma vez que entre tantos benefícios, permitiu à criança saber o que esperar e como participar tornando-a mais comunicativa com os profissionais.

Na aplicação do BT às crianças participantes do estudo para a realização da punção venosa, percebeu-se que após a intervenção elas ficaram mais calmas e colaboraram com o procedimento. O estudo de Maia et al (2011) corrobora com este achado, no qual os profissionais de enfermagem utilizaram o BT na assistência à criança e perceberam que as mesmas ficaram mais tranquilas diante de procedimentos dolorosos, além de favorecer a proximidade e vínculo com as crianças e familiares.

Além de garantir benefícios para a criança, a aplicação do BT é competência do profissional enfermeiro, conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº295/2004. Deste modo, é imprescindível que, principalmente o enfermeiro, utilize este instrumento de trabalho na assistência à criança, como facilitador do cuidado. As enfermeiras participantes do estudo não conheciam o BT desde a sua formação acadêmica, justificando a não utilização do mesmo.

Ainda Lemos et al (2010), demonstrou em seu estudo que as participantes também não tiveram abordagem do tema em sua formação acadêmica e afirma que essa deficiência na formação leva a compreender algumas divergências entre os participantes, como por exemplo, compreender a importância do lúdico, porém não utilizarem em sua prática.

Portanto, é imprescindível que desde a formação acadêmica, o profissional de enfermagem aprenda a finalidade do BT e sua importância como instrumento de trabalho.

Cintra et al (2006) ao verificarem o trabalho de 76 docentes de enfermagem que ministram aulas de enfermagem pediátrica, puderam observar que quando o BT é ensinado aos alunos desde a graduação, sua aplicabilidade na prática é mais viável e torna-se um recurso facilitador da comunicação com a criança, aliviando o estresse e promovendo a interação criança-família-profissional, refletindo no impacto da hospitalização.

A hospitalização para a criança é muito mais traumática do que para um adulto. A criança visualiza, muitas vezes, a internação como um castigo, como foi observado no

estudo de tudo Gomes et al (2011), no qual verificaram que ao ser hospitalizada a criança fica muito ansiosa e tem medo do desconhecido exacerbando outras necessidades sociais, físicas e afetivas, decorrentes do resultado negativo da situação hospitalar.

Para minimizar esta situação geradora de stress na criança, a brincadeira é uma atividade essencial mesmo na hospitalização, pois proporciona bem-estar e distrai sua atenção para outros aspectos não relacionados à internação. Oliveira et al. (2015) em um estudo com 20 enfermeiros, ressalta que entre diversos tipos de brincar, encontramos o BT que nada mais é que um brincar estruturado com inúmeras possibilidades, onde pode-se simular situações que a criança vivenciará na hospitalização, como procedimentos dolorosos, orientando-a e amenizando seus anseios.

O estudo de Maia et al (2010), verificou que os participantes de sua pesquisa também reconhecem os inúmeros benefícios que BT trás para a prática profissional, e ao se deparar com as inúmeras dificuldades no dia-a-dia da assistência à criança, encontraram por meio do BT uma maneira de facilitar a assistência aos pequenos.

As colaboradoras desta pesquisa, apesar de não conhecerem e utilizarem o BT reconheceram sua importância após a intervenção com as crianças participantes deste estudo. Puderam observar que BT é um instrumento facilitador da assistência, principalmente na realização dos procedimentos dolorosos. Os resultados do estudo Oliveira et. al. (2015) corroboram com estes dados, no qual observaram que o BT é um recurso primordial no cuidado infantil, pois proporciona distração e torna o ambiente estranho à criança mais agradável, por meio da orientação/educação em saúde.

Portanto, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano dos profissionais de enfermagem para prestar uma assistência com qualidade à criança, o carinho e atenção devem sempre estar presentes no desenvolvimento do cuidado, fortalecendo o vínculo não só com a criança, mas também com seus familiares.

A brincadeira e a utilização do BT favorecem esta interação, mesmo com recursos mínimos. Kiche e Almeida (2009) evidenciam isso, em seu estudo com 34 crianças submetidas a sessões de BT antes e após curativo cirúrgico, em que se verificou uma mudança de comportamento significativa antes e após sessões, onde quase 100% das crianças colaboraram mais, permaneceram caladas, não apresentaram expressão de medo e não solicitaram presença da mãe.

5 | CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu compreender que desde o primeiro contato da criança com o BT se estabelece uma interação e relação de confiança entre a criança e a equipe de enfermagem.

Pode-se compreender a importância do brinquedo terapêutico para a prática profissional de enfermagem na assistência à criança hospitalizada ou em cuidados

ambulatoriais. No desenvolvimento deste estudo, observou-se que o BT é um instrumento facilitador do cuidado, que fornece a criança uma capacidade de escolha, resgatando sua individualidade e adquirindo confiança no profissional que está lhe prestando cuidados.

Quando a criança brinca, ela entra em um mundo inventado por si que lhe dá autonomia, segurança e o mais importante, prazer, não devendo isso ser negado mesmo em momento de doença, pois é através da brincadeira que ela alivia toda a sua tensão.

A equipe de enfermagem, por estar mais próxima do paciente, deve sempre encontrar meios que facilitem a assistência e que proporcionem facilidade para exercer sua função. Verificou-se neste estudo que as participantes buscam meios de recreação com as crianças internadas, porém não fazem uso do BT, que é um brinquedo sistematizado e educativo e corrobora com a prática assistencial.

Portanto, verifica-se uma necessidade de aprofundamento teórico nos cursos de graduação e de formação técnica em enfermagem sobre o brinquedo terapêutico, possibilitando aos alunos a capacitação necessária desta prática para assistência, para que assim este instrumento seja parte de um plano de cuidado humanizado em enfermagem pediátrica.

Espera-se que este estudo venha contribuir para que as equipes de enfermagem pediátrica se motivem a incorporar o BT na prestação de cuidados tanto para a criança hospitalizada ou em tratamento ambulatorial, quanto para a família que os acompanham.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S.Q. **O uso de brinquedo terapêutico por enfermeiros que trabalham em unidades de internação pediátrica em Cone Leste Paulista**. 2011. 105f. Dissertação (mestrado em enfermagem) Centro de pós-graduação e pesquisa, universidade Guarulhos. 2011;
- CASTRO, D. P.; ANDRADE, C. U. B.; LUIZ, E.; MENDES, M.; BARBOSA, D.; SANTOS, L. H. G. Brincar como instrumento terapêutico. **Revista de Pediatria**, n. 32, v.4, p. 246-254, 2012.
- CINTRA, S. M. P.; SILVA, C. A.; RIBEIRO, C. A. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de São Paulo. **Revista brasileira de enfermagem**. n. 59. v. 4. p. 497-501. 2006.
- COLLET, N., OLIVEIRA, B.R.G. **Enfermagem pediátrica**. Goiânia; AB, 2002;
- CONCEIÇÃO, C. M.; RIBEIRO, C. A.; BORBA R. I. H.; OHARA, C. V. S.; ANDRADE, P. R. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa ambulatorial: percepção dos pais e acompanhantes. **Revista Escola Anna Nery**, n.15 v.2, p. 346-353, 2011.
- CRUZ, D.S.M., SILVA, E.C.L., SILVA, R.C., MEDEIROS, R.A.A., MONTEIRO, J.P.C., ARAÚJP, A.S. Humanização da assistência de enfermagem-relato de caso sobre o uso do brinquedo terapêutico. **Ciência Saúde Nova Esperança**. n. 11. v. 3. p. 47-53. 2013.

FRANCISCHINELLI, A.G.B., ALMEIDA, F.A., FERNANDES, D.M.S.O.F., Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**. n. 25. v. 1. p. 18-23. 2012.

GIACOMELLO, K. J.; MELO, L.L. Do faz de conta à realidade: compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n.16, p.1571-1580, 2011.

GIL, CARLOS, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, G. C.; PINTANEL, A. C.; STRASBURG, A. C.; ERDMANN, A. L. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. **Revista de Enfermagem UERJ**. n. 19. v. 1. p. 64-69. 2011.

HOCHENBERRY, M.J., WILSON, D. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. Elsevier. 2011;

KICHE M. T.; ALMEIDA F. A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta Paulista de Enfermagem**, n.22, v.2, p.125-130, 2009.

LEMOS, L. M. D.; PEREIRA, W. J.; ANDRADE, J. S.; ANDRADE, A. S. A. Vamos cuidar com brinquedo? **Revista Brasileira de Enfermagem**. n. 63. v.6 p. 950-955. 2010.

MAIA, E. B. S.; RIBEIRO, C. M.; BORBA, R. I. H. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; n.45, v.4, p.839-46, 2011.

MEDEIROS, G.; MATSUMOTO, S.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. **Acta Paulista de Enfermagem**, n.22, p. 909-15, 2009.

MALAQUIAS, T. S. M.; BAENA, J. A.; CAMPOS, A. P. S.; MOREIRA, S. R. K.; BLADISSERA V. D. A.; HIGARASHI I. H. O uso do brinquedo durante a hospitalização infantil: saberes e práticas da equipe de enfermagem. **Revista Ciência Cuidado Saúde**, n.13, v.1, p.97-103, 2014.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F.; Brincar no hospital: estratégia de enfrentamentos da hospitalização infantil. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.

OLIVEIRA, C. S.; MAIA, E. B. S.; BORBA, R. I. H.; RIBEIRO, C. A. Brinquedo terapêutico na assistência à criança: Percepção dos enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. v. 15. n.1. p. 21-30. 2015.

POLIT, D. F.; BECCK, C. T.; HUNGLER, B. P.; **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed: 2004

QUEIROZ D. T.; VALL J.; SOUZA A. M. A.; VIEIRA N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, n.15, v.2, p.276-83, 2007.

RIBEIRO, C. A.; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n.39, v.4, p. 391-400, 2005.

RIBEIRO, C.A., BORBA, R.I.H., MAIA, E.B.S., CARNEIRO, F. O brinquedo terapêutico na assistência a criança: o significado para os pais. **Sociedade dos Enfermeiros Pediatras**. v.6, n. 2, p.75-83. 2006;

ROSA N. G.; LUCENA A. F.; CROSSETTI M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n.1, 2003.

SCHIMITZ S.M., PICCOLI, M., VIEIRA, C.S., A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. n. 2. v. 1. p. 67-73. 2003;

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E. L.; MENESES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. Florianópolis: LED/UFSC, 2001.

SILVA, M. M.; VIDAL, J. M.; LEITE, J. L.; SILVA, T. P. Estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros na atenção a criança hospitalizada com câncer avançado e no cuidado de si. **Ciência, Cuidado e Saúde**. n. 13. v. 3. p. 471-478. 2014.

SOUSA, L. C., VITTA, A., LIMA, J. M., VITTA, F. C. F., Brincar no contexto hospitalar na visão dos acompanhantes de crianças internadas. **Journal of Human Growth and Development**. n. 25. v. 1. p. 41-49. 2015;

SOUZA, L. P. S.; SILVA, C. C.; BRITO, J. C. A.; SANTOS, A. P. O.; FONSECA, A. D. G.; LOPES, J. R.; SILVA, C. S. O.; SOUZA, A. A. M.; O Brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, n. 30. v. 4. p. 354-358. 2012.

AÇÕES PREVENTIVAS DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS PARA A PRÁTICA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 03/03/2022

Andriele Fernanda Becker

Universidade do Estado de Santa Catarina
Chapecó, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-9917-418X>

Clarissa Bohrer da Silva

Universidade do Estado de Santa Catarina
Chapecó, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1254-019X>

Carine Vendruscolo

Universidade do Estado de Santa Catarina
Chapecó, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>

Letícia de Lima Trindade

Universidade do Estado de Santa Catarina
Chapecó, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

Karina Schopf

Prefeitura Municipal de Paraíso
Paraíso, SC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8143-2056>

RESUMO: **Objetivo:** identificar as ações preventivas desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Método:** pesquisa qualitativa, realizada com 11 enfermeiros que atuavam na atenção primária de um município do Oeste de Santa Catarina. A produção das informações ocorreu em 2020, por meio de questionário no *Google Forms*. A análise

temática evidenciou duas categorias: 'Ações preventivas e sua relação com as demandas e intervenções de saúde prevalentes na atenção primária' e 'Desafios para prática de prevenção quaternária'. **Resultados:** as doenças crônicas foram a demanda prevalente e a terapia medicamentosa a mais recomendada aos usuários. Entre os quatro tipos de ações preventivas, os níveis secundário e terciário foram os mais citados. As Práticas Integrativas e Complementares foram consideradas uma opção à prevenção quaternária. **Conclusão:** evidencia-se a necessidade de aprimoramento para embasar a prática da prevenção quaternária e inspirar estratégias de qualificação das ações preventivas na atenção primária, especialmente, pela enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção Quaternária; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Medicalização; Iatrogenia.

PREVENTIVE ACTIONS DEVELOPED BY NURSES IN PRIMARY CARE: CHALLENGES FOR THE PRACTICE OF QUATERNARY PREVENTION

ABSTRACT: Objective: to identify the preventive actions developed by nurses in Primary Health Care. **Method:** qualitative research, carried out with 11 nurses who worked in primary health care in a city in the west of Santa Catarina. The production of information occurred in 2020, through a questionnaire on Google Forms. The thematic analysis showed two categories: 'Preventive actions and their relationship with the health demands and interventions prevalent in primary care' and 'Challenges for the practice

of quaternary prevention'. **Results:** chronic diseases were the prevalent demand and drug therapy was the most recommended to users. Among the four types of preventive actions, secondary and tertiary levels were the most cited. Integrative and Complementary Practices were considered an option to quaternary prevention. **Conclusion:** there is evidence of the need for improvement to support the practice of quaternary prevention and inspire strategies to qualify preventive actions in primary health care, especially by nursing.

KEYWORDS: Quaternary Prevention; Nursing; Primary Health Care; Medicalization; Iatrogenic Disease.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde foi sendo aprimorado ao longo do tempo, abandonando o ideário simplista da ausência de doença e incorporando uma concepção integral dos diferentes fatores e determinantes sociais que interferem na saúde (biológico, social, econômico, cultural, psicológico). Dessa forma, a prevenção de doenças tem como objetivo evitar o adoecimento ou o agravamento de uma condição aguda ou crônica, utilizando estratégias para combater os possíveis agentes causadores, a partir da investigação de fatores sociais, biológicos, sanitários e emocionais, e da educação em saúde dos usuários (MORAES, NEIVA, GOMES, 2015).

A medicina preventiva pressupõe que a doença seja interrompida o quanto antes para estabelecer a normalidade de saúde, minimizando os danos. Com isso, foram definidos os tipos de ações preventivas de forma cronológica, linear e técnica, visando prevenir eventos mórbidos futuros com ações no presente, baseada no saber médico-científico, sendo elas: primária, secundária, terciária, quaternária. Esses quatro tipos de ações preventivas contemplam a experiência do usuário e a perspectiva do profissional (TESSER, 2017).

A prevenção primária tem o objetivo de evitar ou remover a causa de um problema de saúde em um indivíduo ou população antes do seu surgimento, ou seja, volta-se para o bem-estar do paciente e o não desenvolvimento da doença. Como exemplo desse tipo de prevenção tem-se a imunização. A prevenção secundária constitui a ação de detectar a doença/problema de saúde já existente, em estágio inicial, e introduzir o tratamento precoce, visando facilitar a sua cura ou reduzir e prevenir a sua disseminação ou efeito a longo prazo. Como exemplo se tem as ações de rastreamento de patologias. A prevenção terciária visa ações que reduzam os efeitos crônicos de um problema de saúde já instalado em um indivíduo ou população, a fim de minimizar os prejuízos funcionais, incluindo a reabilitação quando possível. Como exemplo, tem-se a prevenção de complicações da Diabetes Mellitus (DM) (TESSER, 2017).

A prevenção quaternária foi um conceito proposto por Jamoule, médico de família belga, em meados de 1986, sendo não associada ao risco de desenvolvimento de doença, mas ao risco de adoecimento iatrogênico, devido ao uso desnecessário de medicamentos e de intervenções. Trata-se da conduta profissional por meio de práticas em saúde e

oferta de procedimentos eticamente aceitáveis que visem diminuir os efeitos recorrentes do intervencionismo excessivo (seja por exames ou por fármacos) que implica danos e iatrogenias (TESSER, NORMAN, 2019).

A prevenção quaternária exige habilidades éticas, filosóficas e técnicas para o aperfeiçoamento do cuidado, por meio do olhar clínico generalista e integralizado para o reconhecimento das necessidades de saúde do indivíduo. O conceito permeia os outros níveis de prevenção com o objetivo de evitar práticas excessivas. Assim, não leva em conta somente a doença, mas também os fatores de risco, possuindo menos tolerância com as oscilações de normalidade e os diagnósticos que se ampliam e indicam mais intervenções. Dessa forma, a prevenção quaternária possui impacto nas despesas de saúde, por meio da oferta da racionalidade do tratamento e utilização cautelosa dos recursos e melhoria na qualidade do cuidado (TESSER, NORMAN, 2019).

Diante disso, torna-se necessário compreender os conceitos e fundamentos da prevenção de doenças para guiar uma efetiva prática e repertórios profissionais perante a realidade de cada usuário e o reconhecimento das suas necessidades de saúde. Ainda, a fim de elencar as condutas clínicas, ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças para a gestão do caso, pautadas em evidências, autonomia, comunicação, resolubilidade e corresponsabilização entre profissional e paciente (TESSER, NORMAN, 2019).

Nesta perspectiva, o/a enfermeiro/a ganha destaque integrando a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvendo ações de prevenção, que observam a dimensão integral no contexto individual e coletivo diante das necessidades em saúde. Contudo, por ser um profissional prescritor na APS, o enfermeiro também sofre pressão dos pacientes acerca da cultura intervencionista e medicalizadora, tornando um obstáculo perceber que o excesso de prevenção gera ansiedade e insegurança, convertendo indivíduos saudáveis em doentes (TESSER, 2017).

O presente estudo tem o propósito de contribuir para o aprimoramento da prática de profissionais e gestores APS, em especial, os enfermeiros que atuam nas equipes de Saúde da Família (eSF), com vistas à qualificação do trabalho das equipes e do cuidado clínico-sanitário ofertado à população. Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo foi identificar as ações preventivas desenvolvidas por enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em unidades da APS (designadas como Centros de Saúde da Família - CSF), em um município do Oeste de Santa Catarina. Os participantes do estudo foram os(as) enfermeiros(as) dessas unidades, seguindo o seguinte critério de inclusão: atuar como enfermeiro no CSF por, no mínimo, seis meses, devido ao conhecimento sobre as práticas desenvolvidas na sua unidade e aos costumes da comunidade adscrita. Destaca-se que no município

em estudo os enfermeiros possuem protocolos para os atendimentos e consultas de enfermagem que respaldam a atuação de prescrição de medicamentos e solicitação de exames. Foi considerado critério de exclusão: estar em licença ou afastado do trabalho, por qualquer motivo, no período da coleta de dados.

A produção das informações ocorreu de forma online, entre os meses de maio e junho de 2020, devido à situação pandemia de COVID-19. Para isso, foi elaborado um questionário utilizando o *Google Forms*, que continha perguntas que abordavam as ações preventivas cotidianas do enfermeiro na APS e sua percepção sobre a prática da prevenção quaternária no serviço.

Os profissionais foram contatados através do e-mail e telefone conforme uma lista disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município aos pesquisadores, para realização do convite a participar do estudo. No e-mail, foi enviado um texto de apresentação, sinalizando o convite à pesquisa e seus objetivos, contendo o link de acesso ao formulário do *Google Forms*. Este formulário continha o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para leitura e manifestação de anuência do participante. A produção das informações foi encerrada quando o pesquisador detectou redundâncias entre as respostas dos participantes, sinalizando a saturação dos dados (MINAYO, 2014).

As informações/dados foram tratados, utilizando a análise temática (MINAYO, 2014), constituída por três etapas, quais sejam: pré-análise, com organização do material em uma planilha, após leitura flutuante e início de formulações de convergências das informações; exploração do material, em que, após repetidas leituras, os dados foram sistematicamente organizados e recortados por temas definidos por cores alternadas com a finalidade de codificar as informações; por fim, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que ocorreu a interpretação dos dados brutos das informações do estudo, proposição de interferências ou teóricas advindas da leitura do material. Nessa última etapa, ocorreu a categorização final das informações e a classificação das ações preventivas descritas na literatura (primária, secundária, terciária e quaternária) e citadas pelos participantes.

A Figura 1 exemplifica parte dessa técnica de análise temática de dados desenvolvida no presente estudo.

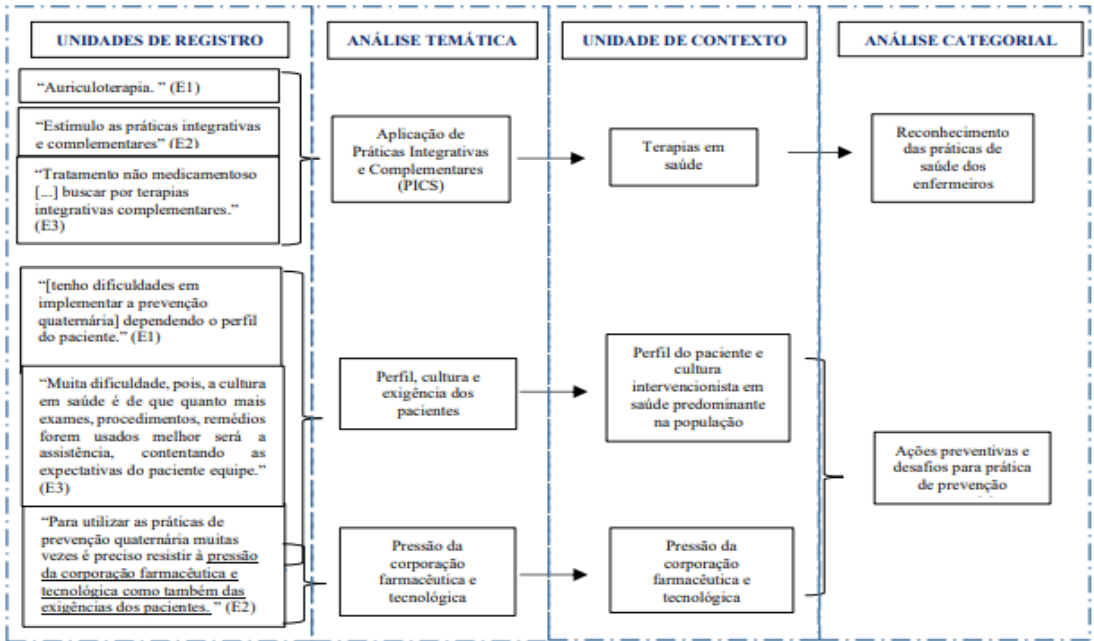


Figura 1 – Representação da técnica da análise de dados.

Fonte: Autores (2021).

O estudo respeitou os preceitos éticos previstos na Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto de pesquisa matricial do qual esse estudo faz parte, intitulado “Prevenção Quaternária na Atenção Primária: Interfaces com as Melhores Práticas em Saúde”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, sob parecer n° 3.375.951/2019. O projeto matricial possui financiamento pelo Termo de Outorga: 2001TR1006 - Edital chamada pública FAPESC n° 27/2020 apoio a infraestrutura para grupos de pesquisa da UDESC.

RESULTADOS

Participaram do estudo 11 enfermeiros. Os participantes eram, majoritariamente, do sexo feminino (n=10), na faixa etária entre 26 e 59 anos, com pós-graduação (n=8). O tempo de atuação em unidade de APS contemplou uma média de 2,7 anos (entre 0 e 6 anos) e o tempo de formação profissional obteve média de 8,3 anos (entre 4 e 16 anos).

Os resultados foram organizados a partir de duas categorias emergidas na análise intituladas: ‘Ações preventivas e sua relação com as demandas e intervenções de saúde prevalentes na atenção primária’ e ‘Desafios para prática de prevenção quaternária’.

Ações preventivas e sua relação com as demandas e intervenções de saúde prevalentes na atenção primária

A fim de entender o contexto de atuação dos enfermeiros para as ações preventivas foi abordado, inicialmente, o reconhecimento das demandas e intervenções em saúde desenvolvidas na APS, mediante questões específicas. Os participantes citaram como problemas de saúde prevalentes as doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a DM, transtornos e doenças mentais, demandas de atenção à saúde da mulher, queixas álgicas, obesidade e sífilis.

HAS, DM, doenças mentais (depressão e ansiedade) e problemas osteomusculares.
(E2)

Queixas crônicas relacionadas à dor, saúde mental, saúde da mulher, hipertensos e diabéticos. (E4)

Hipertensão, diabetes, sífilis e gravidez na adolescência. (E10)

Na descrição das intervenções em saúde mais recomendadas ou aplicadas aos usuários, a terapia medicamentosa foi a mais lembrada na resposta dos participantes. Apesar disso, também foram citadas ações alternativas e que visam a promoção à saúde, como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), orientações para hábitos de vida saudáveis e ações individuais e coletivas voltadas à saúde mental.

Prescrição de medicação. (E2)

Tratamento não medicamentoso, buscar por terapias integrativas complementares.
(E3)

Auriculoterapia, psicoterapia. (E6)

Grupos de saúde mental, mudanças de estilo de vida. (E7)

Alimentação saudável e atividade física. (E10)

Entre as ações preventivas realizadas na APS para os usuários e/ou coletividades descritas pelos participantes, foi possível distinguir os quatro tipos de ações preventivas (primária, secundária, terciária e quaternária) (Quadro 1).

Ações para estimular o hábito de vida saudável (E3, E9, E10) Educação em saúde (E1, E7, E2, E10)	Nível de prevenção	Ações preventivas	Participantes
	Prevenção Primária	Ações e orientações para imunização	E3
		Ações de planejamento reprodutivo	E2
		Ações voltadas à saúde das gestantes	E2, E8, E11
		Práticas direcionadas ao crescimento e desenvolvimento infantil	E6, E11
	Prevenção Secundária	Práticas de prevenção de câncer na mulher (rastreamento de câncer de colo de útero e mama)	E2, E5, E6, E7, E11
		Ações de prevenção de IST	E2, E9
	Prevenção Terciária	Ações de controle e tratamento às doenças crônicas (HAS e DM)	E2, E8, E9, E10, E11
		Ações de controle e tratamento de IST	E2, E9
	Prevenção Quaternária	Práticas integrativas e complementares (auriculoterapia)	E1

Quadro 1 – Classificação das ações preventivas citadas pelos participantes nos níveis de prevenção: primário, secundário, terciário e quaternário. Oeste Santa Catarina, Brasil. 2020.

Fonte: Autores (2021).

Os níveis de prevenção lembrados por mais participantes foram o secundário e o terciário, convergindo com a realidade de demandas e intervenções em saúde abordadas anteriormente. As ações de prevenção quaternária foram lembradas, em específico, por um participante quando se referiu às práticas integrativas e complementares, apesar de ter sido lembrada como intervenção em saúde por outros participantes, anteriormente. Entretanto, cabe ressaltar que outras ações preventivas citadas, de estimular o hábito de vida saudável (n=3) e de realizar educação em saúde (n=4), podem perpassar todos os níveis de prevenção, inclusive o de prevenção quaternária.

Desafios para a prática da prevenção quaternária

No que se refere à promoção de práticas baseadas em prevenção quaternária, todos os participantes alegaram ser um desafio na APS. Essas dificuldades são decorrentes do perfil do paciente e da cultura intervencionista em saúde predominante na população, a qual é reforçada por alguns profissionais de saúde.

Muita dificuldade, pois a cultura em saúde é de que quanto mais exames, procedimentos, remédios forem usados melhor será a assistência, contentando as expectativas do paciente e equipe. Porém, isso não é verdade. (E3).

A população ainda acredita muito em tratamentos com comprimidos, injeções, pomadas. É um tanto trabalhoso fazê-lo mudar suas condutas. (E4).

Resistência dos usuários que necessitam “estar doentes”; e dos profissionais validam essa conduta dando inúmeros diagnósticos e tratamentos. (E10).

Os desafios também perpassam pela pressão da corporação farmacêutica e

tecnológica, até a falta de conhecimento dos profissionais sobre as evidências da prática da prevenção quaternária. Os depoimentos a seguir demonstram essas colocações:

Para utilizar as práticas de prevenção quaternária, muitas vezes, é preciso resistir à pressão da corporação farmacêutica e tecnológica como também das exigências dos pacientes. (E2).

Se tem pouco conhecimento e evidências acerca destas práticas. (E5).

Não tenho entendimento suficiente sobre essa prática. (E6).

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa evidenciaram os problemas de saúde prevalentes na APS do cenário estudado, segundo percepção dos participantes, ressaltando as doenças crônicas. Essas doenças têm progressivamente aumentado em função da transição demográfica e do envelhecimento populacional, podendo causar limitações funcionais e incapacidades, o que exige não só prevenção e o controle de doenças, mas a promoção da saúde, mediante a adoção de um estilo de vida saudável (SCHENKER, COSTA, 2019).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde orienta para o envolvimento das equipes de saúde, sobretudo da APS, com medidas ampliadas de atenção na tentativa de intervir, tanto quanto possível, em problemas relacionados aos determinantes sociais em nível comunitário, como: saneamento básico, distribuição de renda, democratização do poder, educação formal, segurança e alimentação. Contudo, os serviços de APS não dão conta, sozinhos, desses complexos fatores, os quais precisam equilibrar no conjunto de ações desenvolvidas pelas equipes da ESF.

Os transtornos e doenças mentais também aparecem como uma demanda na APS. A Reforma Psiquiátrica foi um marco importante na mudança do modelo de atenção saúde, pois provocou a ampliação do olhar, observando a saúde mental e as demais dimensões do ser humano, para a melhoria do cuidado aos usuários e na sua qualidade de vida. Assim sendo, a APS representa fundamental importância para o cuidado integral e a multidimensionalidade de cada usuário (MIRANDA et al., 2021).

As queixas álgicas foram apontadas como prevalentes e são frequentemente, relatadas nos atendimentos em saúde (DIONÍSIO, SALERMO, PADILHA, 2020). As doenças osteomusculares possuem maiores prevalência em auxílios-doença (ASSUNÇÃO, ABREU, 2017). Para tanto, é necessário um olhar integral que considere o contexto de vida da pessoa para o manejo adequado e qualificado de práticas clínicas.

A atenção à saúde da mulher também, é apontada como uma demanda de prevenção na APS. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, a assistência à mulher deve ser prestada em toda sua vida, não apenas em seu ciclo reprodutivo (MENDES et al., 2019).

A obesidade é outro problema encontrado na APS, segundo os enfermeiros, a qual

possui importância no desenvolvimento de outras doenças, principalmente, as crônicas, atingindo 20% dos adultos e mais de 50% desses apresentam sobrepeso, sendo de difícil reversão (BURLANDY et al., 2020).

Além das condições de saúde anteriores, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) foram citadas como prevalentes problemas de saúde pelos participantes. Entre as IST, destaca-se a sífilis, considerada um problema de saúde pública, apesar de haver na APS a expansão de acesso à métodos, diagnóstico e terapêutica visando a redução da transmissão (BRASIL, 2018).

Dentre as terapias recomendadas na APS pelos enfermeiros, a terapia medicamentosa foi prevalentemente, citada. Estudo indica que mais da metade dos medicamentos são utilizados de forma inadequada ou automedicada na APS, sendo que 22,9% dos usuários medicados inadequadamente que podem sofrer complicações de saúde (SILVA et al., 2017).

Apesar disso, também, foram citadas pelos participantes práticas menos invasivas e que visam a promoção à saúde, como a aplicação de PICS, que se trata de uma realidade no Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente, como método não medicamentoso que auxilia no autocuidado físico e mental mediante diversas alternativas menos invasivas oferecendo promoção em saúde e qualidade de vida (AGUIAR, KANAN, MASIERO, 2019). A saúde mental tem sido considerada a demanda em saúde do século, que necessita de um cuidado integral e humanizado e de estratégias para um cuidado efetivo em saúde (JUNIOR, TOBIAS, TEIXEIRA, 2019).

As práticas de prevenção desenvolvidas na APS citadas pelos participantes caracterizam os quatro níveis, evidenciada a prevenção primária, pois é focalizada e seletiva como primeiro nível de serviço clínico, o qual coordena o cuidado pela organização (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016). Entre as práticas de prevenção primária, as ações voltadas para gestantes foram as mais presentes no estudo. O acompanhamento da saúde gestacional ocorre por meio do pré-natal, em que o enfermeiro desempenha papel essencial nas consultas intercaladas e nas demais ações de educação em saúde, com impactos preventivos ao reduzir os riscos de morbidade e mortalidade materno-infantil (TOMASI et al., 2017).

Também, foi considerado na prevenção primária, o planejamento reprodutivo, garantido por lei, no qual a APS busca promover a educação dos usuários, ao envolver a concepção e contracepção de forma autônoma e corresponsabilizada (BEZZERA et al., 2018). Existem várias políticas que garantem a saúde e proteção das crianças e conferem importância ao desenvolvimento dessa fase, com inúmeras ações voltadas a seu cuidado. Nessa direção, o enfermeiro tem destaque nas consultas de puericultura e nas boas práticas relacionadas (GÓES et al., 2018).

Ainda na prevenção primária, foram citadas ações e orientações para imunização, uma prática que deve ser assegurada aos usuários e uma das principais medidas de

promoção da saúde pública. Além disso, a equipe de enfermagem possui papel fundamental no planejamento e implementação das ações de imunização (DUARTE et al., 2019).

Como prevenção secundária, foi prevalente as ações voltadas às práticas de prevenção de câncer na mulher, por meio do rastreamento oncológico de colo de útero e mama. Esta é uma ação programática estratégica desenvolvida na APS devido a alta prevalência nessa população (SANTOS et al., 2020). É importante ressaltar que, considerando a prevenção quaternária, programas de rastreamento maciços, como, por exemplo, para câncer de mama, útero, próstata e afecções relacionadas à tireoide, devem partir da necessidade do usuário considerando a individualidade e a rede social de cada indivíduo, para haver a garantia de que não irão causar danos (TESSER, 2020).

Além disso, foram apontadas, como prevenção secundária, ações de prevenção e controle de IST, que constituem problema de saúde pública, pois frequentemente, há procura de atendimento para esses casos. É fundamental o diagnóstico precoce para o tratamento eficiente e diminuição destas infecções. Como forma de prevenção cita-se a educação em saúde individual ou coletiva, inclusive no pré-natal (RICCI et al., 2020).

No nível terciário, prevaleceram as ações de controle e tratamento às doenças crônicas (HAS e DM), que como doenças prevalentes na APS constituem-se como desafio para os profissionais de saúde. O adequado manejo e desempenho das ações preventivas dessas doenças, evitam hospitalizações, complicações e mortalidade (BORGES, JESUS, SCHNEIDER, 2018).

O aumento das doenças crônicas está relacionado aos efeitos da transição epidemiológica, demográfica e nutricional e também, aos hábitos de vida da população. São consideradas condições sensíveis à APS, devido à possibilidade de intervenção em saúde por meio do acompanhamento longitudinal e da promoção da saúde individual e coletiva (MINAYO, 2014).

Em relação à prevenção quaternária, trata-se de uma prática pouco reconhecida no cenário estudado. Foi identificada apenas uma ação, no discurso dos participantes, que se refere à aplicação de PICS. As PICS ganharam destaque após a adição de terapias não farmacológicas no sistema de saúde. Evidencia-se a auriculoterapia como uma das práticas com a proposta de prevenção de agravos, promoção e recuperação de saúde, especialmente em queixas algicas (TESSER, 2021). As PICS representam potencial de contribuições para a prática da prevenção quaternária ao ativar conscientemente o seu potencial desmedicalizante, enriquecer o autocuidado, facilitar o autoconhecimento e a atitude crítica, reduzir a iatrogenia, fornecer novos entendimentos e vias de acesso à saúde-doença, entre outros (ARTIOLI, TAVARES, BERTOLINI, 2019).

Entretanto, cabe ressaltar que a prevenção quaternária, assim como práticas de promoção da saúde, como a de estimular o hábito de vida saudável e de realizar educação em saúde, podem perpassar todos os níveis de prevenção. A educação em saúde é uma das ferramentas mais importantes para as eSF, pois contribui para a promoção da

qualidade de vida e para a prevenção de doenças por meio da troca de conhecimentos e experiências, seja de forma individual ou coletiva, mediante o incentivo do vínculo, para a conscientização e o esclarecimento de dúvidas (COSTA et al., 2020).

No que se refere à promoção de práticas baseadas em prevenção quaternária, evidenciou-se a dificuldade dos participantes em reconhecer essa prática, sendo que todos alegaram ser um desafio na APS, ao tomar mais contato com o conceito, durante a pesquisa. A prevenção quaternária é considerada recente e tem sido incluída em espaços de discussão, especialmente na APS, mas considerando a sua articulação na rede de atenção à saúde. A APS é considerada o espaço ideal para o desenvolvimento de práticas preventivas devido ao vínculo, acolhimento, tecnologias leves que possibilitam a clínica ampliada e o reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários, minimizando iatrogenias (TESSER, 2017).

As dificuldades para a prática da prevenção quaternária elencadas pelos participantes passam pela cultura intervencionista, decorrente do modelo de atenção à saúde biologicista e centrado na figura médica. Ainda, da falta de educação em saúde de usuários e profissionais para a adequada interpretação das situações clínicas, para o reconhecimento dos efeitos da sobremedicalização e desconsideração das evidências científicas e normas que guiam as práticas em saúde, de forma a limitar ações intervencionistas danosas à saúde (MACIEL, SANTOS, PRADO, 2020).

Destaca-se que o modelo de saúde biologicista, replicado desde a formação profissional, corrobora com produção do processo de medicalização e com o perfil intervencionista dos profissionais. Trata-se de um modelo incorporado e esperado socialmente, mas que não atende às necessidades de saúde da população, sendo que a perspectiva da saúde integral depende de mudanças na forma de se encarar e ensinar sobre o corpo e sobre o processo saúde-doença-cuidado. A formação em saúde e para o SUS almeja que o ensino e as práticas pedagógicas incorporem discussões sobre saúde de forma interdisciplinar, social e culturalmente (OLIVEIRA et al., 2020).

Além disso, os desafios perpassam a pressão da corporação farmacêutica e tecnológica. No modelo de gestão da oferta para indução de demanda, tecnologias em saúde disponíveis são utilizadas independentes das reais necessidades, apoiada pela relação não simétrica entre profissionais, usuários e prescritores de tecnologias. Estes estão ancorados em razões culturais, pela representação do poder político e por interesses de prestadores e da indústria da saúde (DIONÍSIO, SALERMO, PADILHA, 2020).

Assim, a atuação do enfermeiro na APS possibilita a autonomia para definir, mediante a prática clínica sustentada por relações dialógicas, escuta ativa e prática humanizada, na perspectiva da integralidade e do cuidado às famílias e comunidades. Esta conduta fortalece o vínculo do profissional e usuário, inovando nas ações preventivas e promotoras de saúde, de acordo com as necessidades evidenciadas. As ações preventivas beneficiam os pacientes e contribuem para o melhor usufruto dos recursos (OLIVEIRA et al., 2020), a

partir da prática clínica e educativa, com atitudes responsáveis pelo cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu distinguir a realização dos quatro tipos de ações preventivas (primária, secundária, terciária e quaternária) desenvolvidas pelos enfermeiros na APS. As ações preventivas lembradas por mais participantes foram as de níveis secundário e terciário, englobando as ações de controle e tratamento às doenças crônicas e rastreamento de saúde da mulher.

Como problemas de saúde mais prevalentes na APS foram indicadas as doenças crônicas, seguido dos transtornos e doenças mentais, dores agudas e crônicas, distúrbios osteomusculares, demandas de atenção à saúde da mulher, obesidade e sífilis. Na descrição das terapias em saúde mais recomendadas ou aplicadas aos usuários pelos enfermeiros da APS, a terapia medicamentosa foi reconhecida, mas também, foram citadas a aplicação de PICS, orientações para hábitos de vida saudáveis (alimentação e atividade física) e ações individuais e coletivas voltadas à saúde mental.

Evidenciou-se a dificuldade dos participantes reconhecerem a prática da prevenção quaternária e, assim, apontaram como desafio sua implementação. Esse desafio decorre de aspectos como a cultura intervencionista em saúde, predominante na população e em alguns profissionais, a falta de conhecimento dos profissionais e usuários e a pressão farmacêutica e tecnológica.

Como limitação do estudo tem-se o contexto de uma única realidade municipal, porém os resultados oferecem subsídios para refletir e propor ações preventivas, especialmente de prevenção quaternária. Além disso, fomentam o intercâmbio de informações para próximos trabalhos, artigos e demais informativos relacionados ao tema, proporcionando à ampliação do olhar dos pesquisadores sobre as ações preventivas.

Dessa forma, recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos, incluindo outros atores da equipe de saúde, a fim de preencher tais lacunas e contribuir para a oferta de ações por parte dos serviços de saúde voltadas à educação em saúde de profissionais e usuários, de forma a reorientar o modelo de atenção à saúde. Diante da complexidade da temática, conclui-se que ainda há que se avançar no processo de estruturação de um cuidado integral e humanizado para promoção ações preventivas e da prática da prevenção quaternária, com a oferta de alternativas para sua viabilização de modo adequado e contundente atenção às necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.; KANAN, L.A.; MASIERO, A.V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde debate*. v. 43, n. 123, p. 1205-1218, 2019.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde colet.* v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

ARTIOLI, D.P.; TAVARES, A.L.F.; BERTOLINI, G.R. Auriculoterapia: neurofisiologia, pontos de escolha, indicações e resultados em condições dolorosas musculoesqueléticas: revisão sistemática de revisões. *BrJP.* v. 2, n. 4, p. 356-361, 2019.

ASSUNÇÃO, A.A.; ABREU, N.S. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica.* v. 51, n. supl 1, p. 10S, 2017.

BEZZERA, I.N.M. et al. Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência. *Revista Ciência Plural.* v. 4, n. 3, p. 82-90, 2018.

BORGES, C.D.; JESUS, L.O.; SCHNEIDER, D.R. Prevenção e Promoção da Saúde: Revisão Integrativa de Pesquisas. *Psicol. pesq.* v. 12, n. 2, p. 5-13, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde. 2018.

BURLANDY, L. et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* v.36, n. 3, p. e00093419, 2020.

COSTA, D.A. et al. Enfermagem a educação em saúde. *RESAP.* v. 6, n. 13, p. e6000012, 2020.

DIONÍSIO, G.H.; SALERMO, V.Y.; PADILHA, A. Sensibilização central e crenças entre pacientes com dores crônicas em uma unidade de atenção primária de saúde. *BrJP.* v.3, n.1, p.42-47, 2020.

DUARTE, D.C. et al. Acesso a vacinação na atenção primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento. *Esc. Anna Nery.* v.23, n.1, p. e20180250, 2019.

JUNIOR, M.G.; TOBIAS, G.C.; TEIXEIRA, C. Saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev. Aten. Saúde.* v.17, n. 60, p.101-116, 2019.

MACIEL, F.B.M.; SANTOS, H.L.P.C.; PRADO, N.M.B.L. Contribuições técnicas e socioculturais da prevenção quaternária para a atenção primária à saúde: caminhos e desafios. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* v. 15, n. 42, p.2571, 2020.

MENDES, D.S. et al. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. *Journal Health NPEPS.* v.4, n. 1, p. 302–318, 2019.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 2014. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MIRANDA, P.I.G. et al. Ações realizadas na atenção primária à saúde às pessoas com transtorno mental: revisão integrativa. *Rev Rene.* v. 22, p. e60496, 2021.

MORAES, C.F.; NEIVA, T.S.; GOMES, L. Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quaternária. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* v. 6, n. 2, p. 1418-1428, 2015.

OLIVEIRA, E.A. et al. Atenção primária em saúde coletiva e enfermagem no contexto das ações e práticas de saúde: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. v. 12, n. 10, p. e4784, 2020.

RICCI, A.P. et al. Infecções sexualmente transmissíveis na gestação: educação em saúde como estratégia de prevenção na atenção básica. *Braz J Hea Rev*. v. 2, n. 1, p. 565-570, 2020.

SANTOS, C.S. et al. Conhecimento sobre câncer de mama entre enfermeiros da atenção primária de Divinópolis-MG. *Nursing (São Paulo)*. v. 23, n. 267, p. 4452-4458, 2020.

SCHENKER, M.; COSTA, D.H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.24, n. 4, p.1369-1380, 2019.

SILVA, A.S. et al. Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. v. 41, p. 132, 2017.

TESSER, C.D. Convergências entre prevenção quaternária e promoção da saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família e Comunidade*. v.15, n.42, 2020.

TESSER, C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?. *Rev Saude Publica*. v.51, n.116, p. [9 páginas], 2017.

TESSER, C.D. Prevenção Quaternária e Práticas Integrativas e Complementares: uma aproximação. In.: Vendruscolo C; Tesser CD, Adamy EK. *Prevenção Quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre, Moriá, 2021.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. *Interface (Botucatu)*. v. 9,n. 23, p. e180435, 2019.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*. v. 33, n. 3, p. e00195815, 2017.

AS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 23/02/2022

Rodolfo de Oliveira Medeiros

Universidade de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0002-4930-684X

Luiz Fernando Fregatto

Universidade de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0002-4433-7022

Patrícia Aparecida Aires Rodrigues

Universidade de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0001-9138-0894

Rogério Padovan Gonçalves

Universidade de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0001-6312-3938

Karen Daniele Rocha dos Santos

Universidade de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0002-8959-2174

Camila Marcondes de Oliveira

Universidade de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0003-4715-6160

Elaine Cristina Mulato Gonçalves

Universidade de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0001-5829-3393

RESUMO: Introdução: No atual contexto de ensino técnico em enfermagem, com o intuito de superar tendências pedagógicas tradicionais voltadas para uma formação técnica, as metodologias ativas de ensino e aprendizagem tem ganho, de forma gradual, destaque cada vez mais relevante neste cenário, pois, considerando as necessidades de uma sociedade em constante desenvolvimento, faz-se necessária a reflexão acerca das propostas pedagógicas da contemporaneidade. **Objetivo:** identificar, por meio de evidências literárias, quais estratégias são utilizadas para se aplicar as metodologias ativas de ensino e aprendizagem no ensino técnico em enfermagem. **Método:** Trata o presente de Revisão Integrativa da Literatura, realizada mediante à seis etapas: Pergunta de pesquisa, busca na literatura e estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados, análise de dados, discussão dos resultados e apresentação da versão final da Revisão. As bases de dados utilizadas para a realização da busca dos artigos foram Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis And Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram incluídos artigos originais, nos idiomas inglês e português. **Resultados:** Foram constituídas três categorias analíticas, a saber: Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), Sala de Aula Invertida e Aprendizagem Baseada em Equipes (TBL). **Considerações finais:** O contexto atual do ensino técnico em enfermagem, no tocante das estratégias de ensino e aprendizagem, está em constante evolução. Porém, por se tratar de

metodologias ativas, temática central do presente artigo, evidenciou-se o uso de três principais que, paralelo ao cenário técnico, são comumente utilizadas no ensino superior. Sugere-se, diante disso, novas pesquisas para ampliar os horizontes e proporcionar apropriações acerca dos benefícios das metodologias ativas de ensino e aprendizagem na sociedade moderna.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem Ativa; Técnico em Enfermagem; Ensino.

ACTIVE METHODOLOGIES IN TECHNICAL EDUCATION IN NURSING: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction. In the context of technical learning of relevant teaching, as a current teaching methodology for a more relevant technical training of learning, the current teaching methodology for a more relevant technical training of learning in this context, stands out more and more in a scenario scenario, because, considering the needs of a society in constant development, it is necessary to reflect on the pedagogical proposals of contemporaneity. **Objective:** to identify, through registered applications, which strategies are used to see themselves as active teaching and learning methodologies in technical education in nursing. **Method:** It deals with the present Integrative Literature Review, carried out in stages: Question, search in the literature and establishment of inclusion and inclusion, through data collection, data analysis, discussion of the results and presentation of the final version of the Review. The databases used to search for articles were: Latin American Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis And Retrieval System Online (MEDLINE) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Original articles in English and Portuguese were included. **Results:** Three categories of categories were constituted, namely: Problem-Based Analytical Learning (PBL), Flipped Classroom and Team-Based Learning (TBL). **Final considerations:** The current context of technical education in nursing, regarding teaching and learning strategies, is constantly evolving. However, as they are active methodologies, thematically central to this article, the use of three main ones was evidenced, which, parallel to the technical scenario, are commonly used in higher education. Therefore, further research is suggested to broaden horizons and provide insights into the benefits of active teaching and learning methodologies in modern society.

KEYWORDS: Active Learning; Nursing Technician; Teaching.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, o uso de estratégias contemporâneas nos espaços educacionais têm sido cada vez mais recorrente, considerando a iminente evolução da sociedade e as necessidades evidentes do mundo do trabalho (CAVEIÃO, 2018).

Neste cenário, levando em conta a ampla diversidade de ferramentas metodológicas de ensino e aprendizagem, as metodologias ativas surgem como estratégia relevante, ocupando cada vez mais espaço nas salas de aula. Nesta metodologia, é preconizado o uso da criatividade, movimentos reflexivos, descoberta através da experimentação e trabalhos colaborativos, com o intuito de proporcionar autonomia ao estudante, contribuindo para a formação de um aluno crítico, reflexivo e pesquisador, com perfil que

atenda as necessidades da atual sociedade (ZAINUDDIN, PEREIRA, 2019; SANTOS *et al.*, 2019; BACHUR, 2020). Além disso, nas metodologias ativas, o educando utiliza seus conhecimentos prévios, a partir de seu esquema referencial, com o intuito de interpretar a situação problema apresentada, na busca por maneiras de resolver a situação em questão (PINTO, MISTRO, UEMURA, 2016).

Atualmente, existem várias estratégias nos campos das metodologias ativas utilizadas em sala de aula, a saber: Aprendizagem Baseada em Problemas, representado no inglês por *Problem-Based Learning* (PBL), Metodologia da Problematização, *Team-Based Learning* (TBL) e Sala de Aula Invertida (ANDRADE *et al.*, 2019; CAVALCANTE *et al.*, 2018; BERBEL, 1998; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Embora as metodologias ativas de ensino e aprendizagem são aplicadas mais frequentemente em cursos de nível superior (PUCINELI, KASSABI, RAMOS, 2021; SANTOS, RESENDE, LUZ, 2021; MEDEIROS, HIGA, MARIN, LAZARINI, LEMES, 2020), seu uso em cursos de nível técnico tem crescido de forma significativa nos últimos anos, em específico no ensino voltado para a enfermagem (TEIXEIRA, COSTA, COSTA, 2017; MENDONÇA, QUELUCCI, DIAS, SOUZA, 2017).

Há, de fato, uma luta árdua na busca pela transição e inserção de métodos inovadores no contexto técnico de ensino. Atualmente, as estratégias mais utilizadas neste contexto possuem seu eixo atrelado a metodologias tradicionais de ensino e aprendizagem, como aulas expositivas, onde o conhecimento é pautado nas habilidades do docente no processo de mudança de método no ensino técnico. Desta forma, valoriza-se mais o ensino em relação à aprendizagem, considerando a ideia de que o docente é quem ensina (SALVADOR, AHLERT, 2020).

Atualmente, os cursos de enfermagem a nível técnico possuem como objetivo a formação de profissionais que atuem nos diversos setores de saúde, atrelados às necessidades de saúde da população, através da compreensão da sociedade e do ciclo de vida dos indivíduos, considerando os princípios do SUS (BRASIL, 2016).

Além disso, valoriza-se a integração ensino-serviço e comunidade, caracterizada como experiências intencionais no serviço, com o intuito de sanar as necessidades da comunidade, contemplando, como uma via de mão dupla, o desenvolvimento do processo de aprendizagem dos alunos (FERREIRA, FAJARDO, WARMLING, 2019).

Diante disso, o objetivo deste artigo foi identificar, por meio de evidências literárias, quais estratégias são utilizadas para se aplicar as metodologias ativas de ensino e aprendizagem no ensino técnico em enfermagem.

2 | MÉTODO

Trata o presente de Revisão Integrativa da Literatura (RIL) acerca do uso das metodologias ativas de ensino e aprendizagem no contexto do ensino técnico em enfermagem.

A RIL fundamenta-se a partir dos pressupostos da Prática Baseada em Evidências, que viabiliza ao pesquisador um panorama fundamentado e de ampla compreensão do fenômeno pesquisado, além de movimentos de síntese desse conhecimento adquirido, por meio de amostragens de estudos diversos. Neste método de estudo, é permitido o uso de estudos experimentais e não experimentais, além de literaturas empíricas e teóricas (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

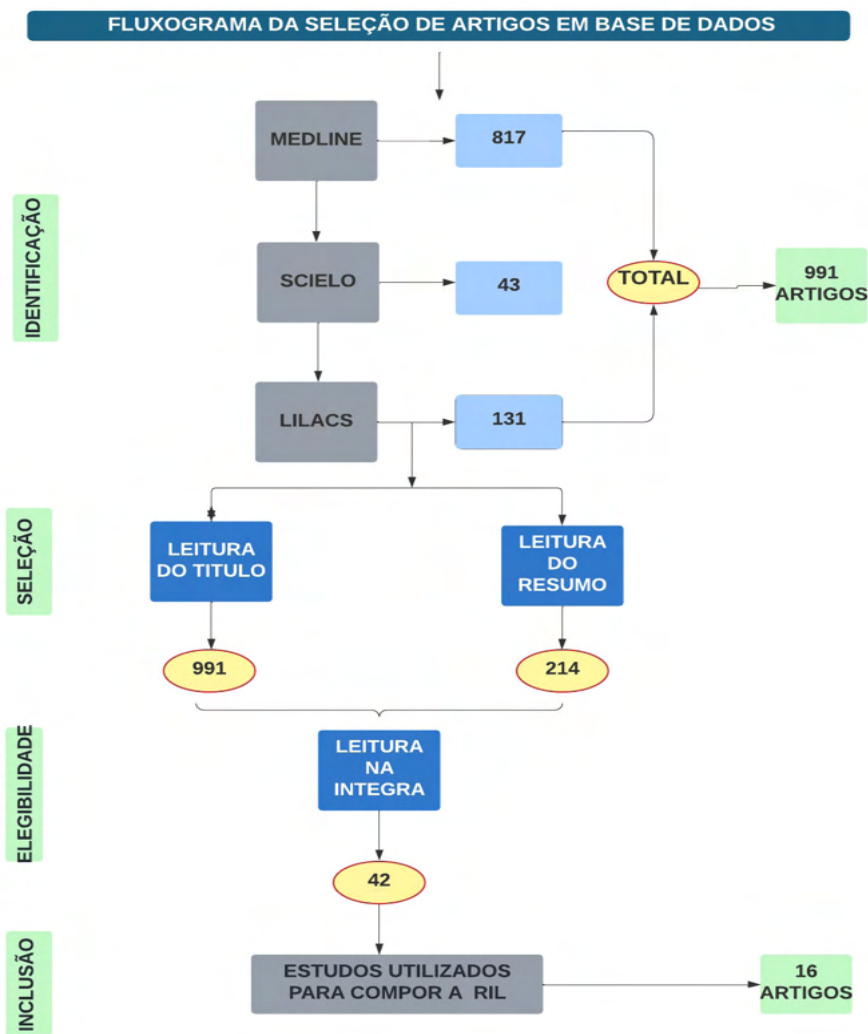
A RIL é realizada a partir de seis etapas: 1) construção da pergunta norteadora: importante etapa da pesquisa, pois determina quais serão os estudos incluídos e os métodos adotados; 2) Busca ou amostragem na literatura: Estabelece critérios para a realização de buscas em bases de dados; 3) Coleta de dados na literatura; 4) Análise dos resultados incluídos: Importante etapa, que requer organização para evidenciar as características de cada estudo. Esta etapa, de forma geral, se organiza a partir de seis níveis: Nível I: Estudos resultados de metanálise, clínicos, controlados e com randomização; Nível II: Estudos experimentais; Nível III: Evidência extraídas de estudos quase-experimentais; Nível IV: Evidências de estudos descritivos ou qualitativos; Nível V: Relatos de casos ou de experiências; Nível VI: Evidências extraídas de opiniões de especialistas (GANONG, 1987); 5) Discussão dos resultados: São comparados e estruturados os resultados de cada artigo; 6) Apresentação da Revisão Integrativa da Literatura (GANONG, 1987; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). A pergunta norteadora adotada para este estudo foi construída a partir da estratégia PICO, acrônimo em inglês que se remete a População (P), Fenômenos de interesse (I) e Contexto (Co). A estratégia em questão é frequentemente utilizada em métodos voltados para revisões qualitativas, auxiliando na identificação de descritores e/ou palavras chaves que estejam em consonância com os objetivos estabelecidos para o estudo, auxiliando na localização de estudos primários e de relevância em base de dados (LOCKWOOD *et al.*, 2017).

No presente estudo, a estratégia PICO se estabeleceu da seguinte forma: P- Metodologias ativas; I- Estratégias de metodologias ativas utilizadas; Co- Ensino Técnico em enfermagem. Desta forma, a questão norteadora adotada foi: Quais estratégias no âmbito das metodologias ativas de ensino e aprendizagem são utilizadas atualmente nos cursos de técnico em enfermagem?

Para a seleção dos artigos que compuseram a RIL, foram realizadas as seguintes estratégias de busca: “Aprendizagem Ativa” AND “*Nurses Role*”, “Aprendizagem Ativa” AND “Curso de Enfermagem” e “*Nurses Role*” AND Curso de Enfermagem”. A busca foi composta por descritores, através de consulta aos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e ao *Medical Subject Headings* (MeSH). Realizou-se a busca dos artigos que compuseram a RIL nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis And Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Adotaram-se como critério de inclusão artigos originais, disponíveis na íntegra e que

respondesse à questão norteadora deste estudo, nos idiomas inglês e português, a partir do recorte temporal entre os anos de 2016 a 2021, com o intuito de compor o presente estudo estudos contemporâneos. Foram excluídos estudos dissertações, teses, e estudos secundários. Inicialmente, foram encontrados 1043 artigos, os quais foram submetidos à análise no *Software* gerenciador de referências bibliográficas para publicação de artigos científicos (*Endnote*), onde as duplicações foram eliminadas, restando 991 artigos. Em seguida, a partir dos critérios de inclusão e de exclusão, foram realizadas seleções em sequência, através da leitura por pares dos títulos, resumos e artigos na íntegra, resultando em uma amostra final com 16 artigos, conforme mostra o percurso metodológico na figura 1 a partir das variáveis que constituem a estratégia Prisma:



Percurso metodológico para seleção dos artigos.

Adaptado de: GALVÃO, PANSANI, HARRAD, 2015.

3 | RESULTADOS

Para análise dos artigos selecionados, foi construído um roteiro em formato de quadro contendo os seguintes itens: Título do artigo, ano de publicação, idioma, país de origem, tipo de estudo, grau de evidência e estratégia utilizada.

Título do artigo	Ano de publicação	Idioma e país de origem	Tipo de estudo/ Grau de evidência	Estratégia utilizada
Utilização de metodologias ativas em um curso técnico em enfermagem: relato e desafios	2017	Português/ Brasil	Estudo Descritivo/ IV	PBL
Ingressantes de cursos médicos e a percepção sobre a transição para uma aprendizagem ativa	2019	Português/Brasil	Estudo Qualitativo/ IV	PBL
Integrating Peer Learning Activities and Problem-Based Learning in Clinical Nursing Education	2021	Inglês/ EUA	Estudo Quase-experimental/ III/	PBL
Active methodologies as strategies to develop education in values in nursing graduation	2018	Inglês/Brasil	Estudo Descritivo/IV	PBL/TBL
Análise da produção bibliográfica sobre Problem-Based Learning (PBL) em quatro periódicos selecionados	2018	Português/Brasil	Revisão Sistemática/ I	PBL
O mobile learning na disciplina de biossegurança: um estudo de caso no curso técnico em enfermagem	2020	Português/Brasil	Estudo quase experimental/ III	Sala de Aula Invertida
Sala de aula invertida na educação para as profissões de saúde: conceitos essenciais para a prática	2017	Português/Brasil	Estudo Descritivo/IV	Sala de Aula Invertida
Sala de Aula Invertida: a análise de uma experiência na disciplina de cálculo I	2017	Português/Brasil	Relato de experiência/ V	Sala de Aula Invertida
A sala de aula invertida como prática integradora: possibilidades e implicações	2019	Português/Brasil	Estudo Exploratório/ IV	Sala de Aula Invertida
Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica	2017	Português/ Brasil	Revisão Sistemática/ I	TBL/ PBL
A construção do trabalho de conclusão do curso por meio da metodologia ativa Team-Based Learning	2016	Português/ Brasil	Estudo Qualitativo/ IV	TBL
Metodologias Ativas no ensino do cuidado de Enfermagem Perioperatória CAPÍTULO: Aprendizagem baseada em equipes (Team-Based Learning – TBL) no ensino em enfermagem perioperatória	2017	Português/ Brasil	Estudo Descritivo/ IV	TBL
Team-Based Learning: a randomized clinical trial in undergraduate nursing	2018	Inglês/ EUA	Estudo Descritivo/ IV	TBL/ Sala de Aula Invertida

Team-Based Learning como Forma de Aprendizagem Colaborativa e Sala de Aula Invertida com Centralidade nos Estudantes no Processo Ensino-Aprendizagem	2018	Português/ Brasil	Estudo Descritivo/ IV	TBL/ Sala de Aula Invertida
O uso da metodologia da aprendizagem baseada em equipes no desenvolvimento de competências em enfermagem	2021	Português/ Brasil	Estudo Qualitativo/ IV	TBL
Students attitude and academic achievement in flipped classroom	2022	Inglês/ Holanda	Estudo Quase-Experimental/ III	Sala de Aula Invertida

QUADRO 1: Relação dos artigos selecionados para compor a RIL.

Fonte: Os autores (2022).

4 | DISCUSSÃO

Durante a etapa de categorização dos resultados, considerando o objetivo da pesquisa, foram construídas três categorias analíticas: Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem-Based Learning*), Sala de aula invertida e Aprendizagem Baseada em Equipes (*Team-Based Learning*).

4.1 Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL)

Atualmente, a partir das situações comumente vivenciadas em uma sociedade em constante movimento, principalmente no âmbito do processo saúde e doença, escolas de enfermagem à nível técnico tem adotado propostas de mudanças curriculares, visando atender as demandas em questão, pois entendem que o conhecimento técnico propriamente dito é ineficaz nesse momento, sendo necessária a integração de aspectos éticos e reflexivos ao discente (TEIXEIRA, COSTA, COSTA, 2017), através de espaços que favoreçam trocas de saberes, diálogos e enfrentamentos morais, levando em conta a singularidade dos sujeitos que os constitui (MARQUES, 2018).

Sendo assim, uma das estratégias mais frequentemente utilizadas nos campos da enfermagem, tanto à nível superior como a nível técnico, é a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), acrônimo inglês em referência ao PBL (*Problem-Based Learning*). Utilizado por diversas instituições de ensino como estratégia metodológica relevante (TORRES, SAMPAIO, CALDEIRA, 2019), o PBL consiste em uma estratégia de aprendizagem a partir de situações problemas, onde o aluno, protagonista do processo de ensino e aprendizagem, trabalha de forma colaborativa, respeitando a opinião dos demais membros do grupo, desenvolvendo postura crítica e reflexiva e aprendendo a utilizar recursos diversos para a resolução dos problemas propostos no ambiente educacional (PUTRI, SUMARTINI, 2021; EHRENBERG, HAGGBLOM, 2007).

Nesta mesma premissa, o professor atua como tutor e mediador do processo de ensino e aprendizagem, levando o educando a pensar e refletir durante os encontros,

através de perguntas problematizadoras, com o intuito de se desenvolver o pensamento crítico discente (TORRES, SAMPAIO, CALDEIRA, 2019).

De forma geral, a aplicação do PBL ocorre a partir da execução de sete passos, a saber: 1. Leitura do problema e esclarecimento de frases ou termos desconhecidos; 2. Definição dos fenômenos a serem estudados a partir da situação problema; 3. *Brainstorming*: uso de conhecimentos prévios e do senso comum; 4. Construção da hipótese do problema; 5. Elaboração de temas ou questões de aprendizagem; 6. Realização de estudos individuais para responder as perguntas elencadas a partir da situação problema; 7. Discussão coletiva objetivando a integração dos conhecimentos adquiridos no movimento de busca qualificada, para que a hipótese construída seja validada ou refutada e, por fim, realiza-se a avaliação grupal, individual, do docente e do processo como foi construída e desenvolvida a atividade proposta (DEELMAN, HOEBERIGS, 2009).

No curso técnico em enfermagem, o PBL é aplicado a partir de situações problema construídas pelos docentes, a partir de aspectos que contextualizam a realidade social e cultural dos educandos, e que envolvam situações do mundo do trabalho. Ao final do processo, são realizadas avaliações, para que o grupo compartilhe sua percepção acerca de seu desempenho, do processo de trabalho grupal e do tutor (TEIXEIRA, COSTA, COSTA, 2017).

Além disso, vale destacar que este método proporciona maior interação docente-discente, contribuindo para uma participação mais perspicaz por parte do docente em relação à formação discente (CAVALCANTE, LIRA, NETO, LIRA, 2018).

4.2 Sala de aula invertida

Outra estratégia metodológica relevante utilizada nos campos da educação em enfermagem é a sala de aula invertida (CARDOSO, ZARO, SILVA, 2020; BOLLELA, CASARETTI, 2017). No Brasil, estudos voltados para o uso da Sala de Aula Invertida ainda são escassos (PAVANELO, LIMA, 2017).

Seus pressupostos teóricos são conhecidos pelo acrônimo FLIP, onde F= *Flexible Environment* (Ambiente flexível), L= *Learning culture* (Cultura de aprendizagem), I= *Intencional Content* (Conteúdo dirigido) e P= *Professional educator* (Educador profissional). Além disso, preconizando um ensino integral, estrutura-se nos eixos centralizados no trabalho, ciência, cultura e tecnologia (SANTOS, FILHO, MOURA, BARBOSA, 2019).

Nesta metodologia, considerando o momento de estudos extra classe, a estratégia mais comumente utilizada como material para estudo prévio é a videoaula, gravada pelo próprio professor. Nesta premissa, o aluno assiste os vídeos repetidas vezes, possibilitando ao mesmo maior apropriação de conceitos (NJA *et al.* 2022). Além disso, outras ferramentas figuram como relevantes na Sala de aula invertida, como materiais de apoio extraídos da internet, levando em conta sua relevância, *podcasts*, Ambientes Virtuais de Aprendizagem, Plataformas digitais e Programas de educação síncrona (BOLLELA, CASARETTI, 2017).

Em um segundo momento, já em sala de aula na modalidade presencial, os alunos realizam debates sobre os principais aspectos identificados nos estudos prévios, através de diálogos em pequenos grupos, movimentos reflexivos e atividades na modalidade Quizz, com a proposta de os mesmos resolverem os problemas ou lacunas de conhecimentos levantadas previamente. Além disso, vale considerar dois componentes indispensáveis e que constitui a Sala de aula invertida: interação humana, através da participação ativa dos alunos em atividades grupais na sala de aula, e uso de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (PAVANELO, LIMA, 2017).

Porém, vale ressaltar que esta estratégia metodológica ainda aspira por adaptações frente ao perfil discente da atualidade, pois os mesmos ingressam nas instituições escolares trazendo consigo uma trajetória de ensino exclusivamente tradicional, onde o modelo de ensino e aprendizagem centraliza-se no docente, e o aluno atua como um sujeito passivo. Sendo assim, considerando a ideia de que cada aluno possui seu ritmo e formas de aprender diferentes, se faz necessária certa flexibilização e adaptação, objetivando maiores êxitos nas propostas pedagógicas (DIESEL, BALDEZ, MARTINS, 2017).

4.3 TBL (*Team-Based Learning*)

A Aprendizagem Baseada em Equipes, acrônimo em inglês que se refere ao *TeamBased Learning*, popular TBL, foi evidenciada como estratégia relevante, tendo como principal aspecto o contexto do trabalho em grupos simultâneos, em sala de aula com elevado número de alunos. Nesta metodologia, o foco consiste no trabalho colaborativo, com foco no estudante, que consiste, como mencionado, na divisão de uma grande turma em pequenos grupos. Além disso, o TBL possibilita ao discente a vivência do seu próprio aprendizado, que em momento oportuno, será compartilhado com os demais membros do grupo pré-estabelecido e com a sala de aula (GIRONDI, BOLELLA, TOURINHO, 2017).

Outra importante característica do TBL é a capacidade de se ofertar aos discentes estímulos para que o mesmo seja capaz de desenvolver, processar e discutir a informação, obtendo como resultado final, maiores aquisições intelectuais e cognitivas acerca do fenômeno estudado (HARTZ, SCHLATTER, 2016).

Na prática, a aplicação do TBL consiste em quatro etapas: preparo individual (pré-classe), garantia de preparo (classe), aplicação de conceitos (classe) e avaliação (classe). No momento do preparo individual, o aluno aprofunda concentra seus estudos em materiais disponibilizados pelo professor previamente (SAKAMOTO *et al.*, 2020). Em relação à garantia do preparo, a mesma consiste na aplicação de um teste no formato de avaliação, que os discentes devem responder de forma individual. Este formato de avaliação possui questões de múltipla escolha, que os alunos podem “apostar” em uma ou mais alternativas, através da distribuição de um sistema de pontuação. A “aposta” vale quatro pontos, e o discente pode utilizar os pontos em apenas uma alternativa, ou dividi-los entre as outras opções (GIRONDI, BOLELLA, TOURINHO, 2017).

Na etapa da aplicação de conceitos, os discentes recebem questões estruturadas no formato de cenários ou problemas relevantes contidos no cotidiano, em formato de verdadeiro ou falso, para responderem em grupos e, posteriormente iniciarem a argumentação. Nesta etapa, para que ocorra a aplicação de conceitos de forma eficaz, é necessário respeitar quatro princípios básicos: Problema significativo (problema que retrate situações reais e de relevância social), Escolha específica (A escolha das alternativas devem ser claras e específicas), Mesmo problema (Todas equipes recebem o mesmo problema e iniciam a resolução ao mesmo tempo) e Relatos simultâneos (É necessário para a coerência interna da proposta, pois torna inviável possíveis argumentações de outras equipes nas respostas dos grupos). Por fim, na etapa de avaliação, os discentes realizam movimentos de autoavaliação e de avaliação entre pares, analisando os objetivos atingidos na proposta metodológica em questão (OLIVEIRA, LIMA, RODRIGUES, JUNIOR, 2018).

Na prática, de forma geral, surgem como possíveis obstáculos a capacidade de trabalho em equipe por possíveis conflitos interpessoais e o reconhecimento do estudo prévio disponibilizado pelo docente (ROCHA *et al.*, 2021).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação é o caminho para mudar o mundo. Porém, para que de fato isso se torne possível, há uma iminente necessidade de reestruturações nas instituições de ensino.

Considerando que o objetivo desta pesquisa foi identificar, por meio de evidências literárias, as estratégias utilizadas para se aplicar as metodologias ativas de ensino e aprendizagem no ensino técnico em enfermagem, a literatura evidenciou três ferramentas relevantes utilizadas no contexto em questão. A primeira delas, Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), estratégia relevante que busca formação de um perfil profissional crítico, reflexivo e pesquisador, onde o docente atua como mediador experiente do processo de ensino e aprendizagem, e o sujeito central é o aluno. Em seguida, foi evidenciada a Sala de Aula Invertida, modalidade de ensino que preconiza a oferta de ambientes flexíveis, apropriações de culturas de aprendizagem e disponibilidade de estudos dirigidos, sendo o uso da tecnologia o aspecto relevante desta ferramenta. Por fim, a Aprendizagem Baseada em Times (TBL) despontou como estratégia utilizada de forma frequente, onde são realizadas ofertas de espaços que permitem aos discentes a reflexão sobre situações problemas, estimulando-os a trabalhar em equipe para a resolução de problemas.

Diante disso, vale ressaltar que a escassez de estudos relacionados à temática proposta corroborou para a proposição de novas pesquisas, para que sejam evidenciadas cada vez mais literaturas relacionadas a metodologias ativas de ensino e aprendizagem no ensino técnico em enfermagem, com o intuito de viabilizar meios para a proposição de um ensino que seja capaz de formar profissionais que de fato atendam as demandas emergentes de uma sociedade em constante movimento.

6 | ELEMENTO PÓS-TEXTUAL

O presente artigo originou-se a partir do lugar de fala dos autores, profissionais da saúde e professores do curso técnico em enfermagem da Unimar, Universidade de Marília, estado de São Paulo, que utiliza estratégias ativas para o ensino e aprendizagem dos alunos. Os autores, vale ressaltar, valorizam as metodologias ativas de ensino e aprendizagem e as utiliza com rigor teórico e metodológico, além de concordarem com o que é preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de enfermagem, onde, ainda que voltada ao cenário da graduação, entendem que as mesmas são pertinentes para o cenário técnico, pois preconizam uma formação crítica e reflexiva, a partir de rigor científico, capaz de intervir em problemas e situações que constituem o processo de saúde e doença na realidade social. A partir disto, acredita-se que é possível uma formação técnica de qualidade, na expectativa de se formar profissionais a altura das necessidades da sociedade contemporânea. A educação é, e sempre será o caminho para mudar o mundo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. G. S. B. *et al.* A sala de aula invertida como alternativa inovadora para a atenção básica. **Sala de Aula em Foco**, v.8, n.2, 2019.

BACHUR, C. K. *et al.* The use of active methodologies as teaching strategies of measuring blood pressure. **Journal of Human Growth and Development**, v.30, n.3, p.443-450, 2020.

BERBEL, N. A. V. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. Projeto pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2016

BOLLELA, V.; CESARETTI, M. Sala de aula invertida na educação para profissionais de saúde: conceitos essenciais para a prática. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v.14, n.1, p.39-48, 2017.

CARDOSO, K.; ZARO, M. A.; SILVA, P. F. O Mobile Learning na disciplina de biossegurança: um estudo de caso no curso técnico em enfermagem. **Revista Novas Tecnologias na Educação**, v.18, n.2, 2020.

CAVALCANTE *et al.* Análise da produção bibliográfica sobre *Problem-Based Learning* (PBL) em quatro periódicos selecionados. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.42, n.1, p.13-24, 2018.

CAVEIÃO, C. *et al.* Tendências e estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas no desenvolvimento da liderança do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 17, 2018.

DEELMAN, A.; HOEBERIGS, B. A ABP no contexto da universidade de Maastricht. In: ARAÚJO, U. F.; SASTRE, G. (Orgs.). *Aprendizagem Baseada em Problemas no Ensino Superior São Paulo: Summus*, 2009. p. 79-100.

DIESEL, A.; BALDEZ, A. L. S.; MARTINS, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, v.14, n.1, p.268-288, 2017.

EHRENBERG, A. C.; HEAGGBLOM, M. Problem-based learning in clinical nursing education: Integrating theory and practice. **Nurse Education in Practice**, v.7, n.2, p. 67- 74, 2007.

FERREIRA, M.; FAJARDO, A. P.; WARMLING, C. M. O agir docente e a integração ensino-serviço na formação técnica em enfermagem pelo SUS. **Saberes plurais: Educação na saúde**, v.3, n.2, 2019.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** (Brasília), v.24, n.2, p.335-342, 2015.

GANONG, L. H. **Integrative reviews of nursing research**. *Research Nursing Health*, v.10, n.1, p.01-10, 1987.

GIRONDI, J. B. R.; TOURINHO, F. R. V.; FERNANDEZ, D. L. R.; BOLLELA, V. R. Aprendizagem baseada em equipes (Team-Based Learning- TBL) no ensino em enfermagem perioperatória. In: *Metodologias de ensino no cuidado de enfermagem perioperatória*. Editora CRV, v.1, 2017.

HARTZ, A. M.; SCHLATTER, G. V. A construção do trabalho de conclusão do curso por meio da metodologia ativa Team-Based Learning. **Administração, Ensino e Pesquisa**, v.17, n.1, p.79-109, 2016.

LOCKWOOD, C.; PORRIT, K.; MUNN, Z.; RITTENMEYER, L.; SALMOND, S.; BJERRUM, M. *et al.* Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: *Aromataris EMZ, (Ed). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: Joanna Briggs Institute; 2017.*

MARQUES, L. M. N. S. R. Active Methodologies as strategies to develop education in values in nursing graduation. **Escola Anna Nery**, v.22, n.3, e20180023, 2018.

MEDEIROS, R. O.; HIGA, E. F. R., MARIN, M. J. S., LAZARINI, C. A.; LEMES, M. A. Formação continuada de professores no ensino superior em saúde. *New Trends in Qualitative Research*, Ludomedia, n.2, 490-501, 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.

MENDONÇA, A. R.; QUELUCI, G. C.; DIAS, S. F. C.; SOUZA, V. R. Estratégias de aprendizagem ativa em enfermagem. **Revista Pró-Universus**, v.8, n.2, 2017.

NJA, C. O. *et al.* Students attitude and academic achievement in a flipped classroom. **Heliyon**, v.8, e08792, 2022.

OLIVEIRA, B. L. A. C. Team-Based Learning como forma de aprendizagem colaborativa e sala de aula invertida com centralidade no estudante. **Revista Brasileira de Educação médica**, v.42, n.4, p.86-95, 2018.

PAVANELO, E.; LIMA, R. Sala de aula invertida: análise de uma experiência na disciplina de cálculo I. **Bolema**, v.31, n.58, p.739-759, 2017.

PINTO, M. L.; MISTRO, F. Z.; UEMURA, S. T. Ensino baseado em problemas como prática pedagógica aplicada a alunos ingressantes no curso de Odontologia. **Revista Abeno**, v.16, n.3, p.28-35, 2016.

PUCINELI, P. H.; KASSABI, Y.; RAMOS, C. Metodologias ativas no ensino superior: uma análise bibliométrica. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.2, p. 12495-12509, 2021.

PUTRI, S. T.; SAMARTINI, S. Integrating Peer Learning Activities and Problem-Based Learning in Clinical. **Sage Open Nursing**, v.7, p.1-8, 2021.

ROCHA, B. S. *et al.* O uso da metodologia da aprendizagem baseada em equipes no desenvolvimento de competências em enfermagem. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.4, 2021.

SAKAMOTO, S. R. *et al.* Team-Based Learning: a randomized clinical trial in undergraduate nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73, n.2, e20180621, 2020.

SALVADOR, S.; AHLERT, E. M. Metodologias de ensino e aprendizagem no curso técnico em enfermagem. **Revista Destaques Acadêmicos**, v.12, n.3, 2020.

SANTOS, F. A. A.; FILHO, J. H. B.; MOURA, L. S.; BARBOSA, L. M. A sala de aula inverida como prática integradora: possibilidades e implicações. **Brazilian Journal of Development**, v.5, n.8, 2019.

SANTOS, K. A. D. *et al.* Importância da Metodologia Ativa na formação do enfermeiro: Implicações no processo ensino aprendizagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 36, p. e2022, 2019.

SANTOS, C. L. R.; RESENDE, G. S. L.; LUZ, G. R. S. Metodologias ativas: uma análise sobre o seu uso e sobre a superação de desafios no ensino superior. **Scientific Electronic Archives**, v.14, n.8, 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, v.8, n.1, p.102-106, 2010.

TEIXEIRA, J. S.; COSTA, D. F.; COSTA, J. B. Utilização de metodologias ativas em um curso técnico em enfermagem: relato e desafios. **Cadernos RCC**, v.4, n.4, 2017.

TORRES, V.; SAMPAIO, C. A.; CALDEIRA, A. P. Ingressantes de cursos médicos e a percepção sobre a transição para uma aprendizagem ativa. **Revista Interface Comunicação Saúde e Educação**, v.23, e:1700471, 2019.

ZAINUDDIN, Z.; PEREIRA, C. J. Exploring students' competence, autonomy and relatedness in the flipped classroom pedagogical model. **Journal of Further and Higher Education**, v.43, n.1, p.115-126, 2019.

A UTILIZAÇÃO DO ARCO DE MAGUEREZ COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 18/02/2022

Jessica da Silva Oliveira

Centro Universitário Unigran Capital –
Departamento de Enfermagem

Campo Grande – Mato Grosso do Sul

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8967782726524795>

Karina Angélica Alvarenga Ribeiro

Centro Universitário Unigran Capital –
Departamento de Enfermagem

Campo Grande – Mato Grosso do Sul

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3354784596357289>

Maura Cristiane e Silva Figueira

Centro Universitário Unigran Capital -
Departamento de Enfermagem

Campo Grande – Mato Grosso do Sul

<http://lattes.cnpq.br/7409216417110942>

RESUMO: Objetivo: descrever a experiência vivenciada no desenvolvimento de um seminário abordando a estratégia da problematização com o Arco de Magueréz. **Método:** trata-se de um relato de experiência vivenciado por discentes do primeiro período de enfermagem de uma instituição de ensino superior, no qual foi utilizada a metodologia da problematização com o Arco de Magueréz como estratégia de ensino. Analisando um documentário foram realizadas algumas estratégias de intervenção para minimizar os principais problemas elencados, sendo de extrema importância a intervenção em saúde no contexto, com práticas de educação em saúde,

acolhimento e humanização. Conclui-se que a utilização do Arco de Magueréz proporciona a reflexão sobre situações que podem ser encontradas na vida profissional contribuindo com isso na formação de um profissional crítico e proativo.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizado Ativo; Ensino; Enfermagem.

THE USE OF THE MAGUEREZ ARC AS A TEACHING STRATEGY IN NURSES TRAINING

ABSTRACT: Objective: to describe the experience in the development of a seminar addressing the problem-solving strategy with the Arco de Magueréz. Methodology: this is an experience report lived by students of the first period of nursing at a higher education institution, in which the methodology of problematization with the Arch of Magueréz was used as a teaching strategy with its stages. Analyzing a documentary, some intervention strategies were carried out to minimize the main problems listed, being extremely important to intervene in health in the context, with practices of health education, reception and humanization. It was concluded that the use of the Arco de Magueréz provides reflection on situations that can be found in professional life, thus contributing to the formation of a critical and proactive professional.

KEYWORDS: Active Learning; Teaching; Nursing.

INTRODUÇÃO

A organização dos conteúdos abordados nos cursos de graduação utilizam diversas metodologias, sendo amparadas pelas suas diretrizes curriculares e pelos projetos político pedagógicos. Cada vez mais a metodologia da problematização vem sendo inserida nos contextos do ensino superior. Em estudos da área da educação, saúde em geral e, destas a enfermagem realizam suas metodologias ancoradas no Arco de Charles Maguerez (CORTES, PADOIN e BERBEL, 2012).

O Arco de Maguerez foi criado na década de 1960 por Charles Maguerez e implementado no Brasil em 1968, apresentado pela primeira vez por Bordenave e Pereira em 1982, sendo que o método era utilizado para ensinar pessoas, em especial trabalhadores analfabetos, a adquirirem conhecimentos a serem empregados nas minas e indústrias (BERBEL, 2012a). No contexto do ensino em saúde, a metodologia da problematização pode reorientar o entendimento sobre adoecimento e seus determinantes e condicionantes, pois garante maior visibilidade às questões sociais, culturais e psicológicas dos indivíduos (VILLARDI, 2015), bem como proporciona a conexão entre a teoria e a prática. Desse contexto Berbel (2012b) destaca que:

Entendemos que podemos exercitar uma práxis por meio da metodologia da problematização com o arco de Maguerez. Nesse processo, Teoria e Prática se articulam desde o início, visto que tanto a teoria quanto a prática considerada e realizada se apresentam em níveis variados de elaboração, dependendo das condições concretas de que dispomos em cada grupo e com cada grupo ou pessoa e ambiente, mas sempre com a intenção clara de seu desenvolvimento cada vez mais consciente e elaborado (BERBEL, 2012b, p.281).

No Brasil, nos anos 2000, houve a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde, com o intuito de buscar uma formação dos profissionais de saúde orientada para o Sistema Único de Saúde (SUS) (PRADO et al, 2012). A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez é composta por cinco etapas, que se desenvolvem a partir da observação da realidade sob diversos ângulos, elencando pontos chaves, possibilitando aos discentes extrair e identificar problemas de modo a construir hipóteses de solução, buscando estudos para a fundamentação teórica, demonstrando assim ser estratégico no desenvolvimento de uma visão crítica e reflexiva (PRADO et al, 2012).

Com esta metodologia espera-se que, principalmente, os acadêmicos dos cursos da área da Saúde, possam refletir sobre a prática do cuidado, de modo a atuar de maneira comprometida com as necessidades da população, e, por meio da problematização da realidade, devam buscar compreendê-la e explicá-la visando transformá-la pela sua práxis (VILLARDI, 2015).

Este relato tem como indagação a seguinte questão: de que maneira pode-se utilizar

a metodologia da problematização por meio do Arco de Maguerez no entendimento de questões de saúde/doença na graduação de enfermagem?

Portanto tem-se como objetivo, relatar a experiência da utilização da metodologia do Arco de Maguerez no ensino da disciplina de Saúde Coletiva I do primeiro semestre do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior, relacionadas à reflexão de questões voltadas para a saúde ambiental.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência do uso da metodologia da problematização com Método do Arco de Maguerez no curso de graduação em Enfermagem. A atividade foi realizada na instituição de ensino superior, Centro Universitário Unigran Capital, localizada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul com a realização de seminário na disciplina de Saúde Coletiva I. A disciplina compõe a matriz do primeiro semestre do curso de enfermagem e apresenta na ementa conteúdos sobre “Saúde Ambiental, Epidemiologia Ambiental e Determinantes sociais do processo saúde doença”.

A instituição de ensino adota no curso a metodologia da problematização com o Arco destacada no Projeto Político Pedagógico. Por meio de um documentário abordando as temáticas citadas realizou-se a proposta da construção do Arco de Maguerez. O documentário assistido foi “Ilha das Flores”, produzido em 1989 no Brasil e dirigido por Jorge Furtado. A partir disso, os discentes, após assistirem ao documentário construíram as etapas do arco e realizaram a exposição e debate em aulas virtuais pelo Google Classroom interpretando problemas de saúde identificados na comunidade. Para alcançar o objetivo proposto utilizou-se o método que se constitui em cinco etapas: observação da realidade e definição do problema; pontos chave; teorização; hipótese de solução; aplicação da realidade proporcionando aos discentes a reflexão e interpretação da situação com vistas na sua resolução. Da interpretação e identificação do problema e/ou necessidade em saúde seguiu-se para a problematização, sendo realizadas discussões coletivas em cada grupo visando o entendimento e compartilhamento de percepções de determinantes e condicionantes, consequências para a saúde e outras possibilidades de causas da situação, disto elencou-se pontos chave para direcionar o aprendizado, sempre apoiado pelo docente da disciplina. Na sequência, houve a necessidade da busca de estudos que tratassem das temáticas elencadas como pontos chaves.

Os acadêmicos foram direcionados para a teorização por meio de direcionamento para busca de estudos fidedignos em livros, artigos científicos, manuais e sites institucionais sobre as temáticas. Nesta etapa, além da reflexão sobre as temáticas, houve o aprendizado sobre citações de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Estudos sobre experiências exitosas sobre as hipóteses de solução também foram sugeridos, para ajudar na sua formulação, sendo a etapa seguinte do arco. A aplicação na

realidade foi construída por meio de ações planejadas e direcionadas para a melhoria da situação interpretada no documentário, fechando assim o Arco de Maguerez.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO COM O ARCO DE MAGUEREZ

O desenvolvimento desta metodologia permitiu aos acadêmicos a sensibilização para o desenvolvimento da ação-reflexão-ação e a possibilidade de compreensão de temas voltados para a saúde ambiental. Dos problemas elencados como pontos chave pode-se perceber a diversidade de interpretações dadas pelos acadêmicos para o cenário apresentado, e disto, elencando temas tais como: consumismo, sustentabilidade, destino adequado do lixo, poluição ambiental, falta de saneamento básico, pobreza, vulnerabilidade e desigualdade social, sendo aprofundados na teorização e discutidos com maior profundidade, compartilhando o conhecimento construído na atividade.

Pode-se, também, visualizar a possibilidade de se empregar o formato do arco em vários campos de atuação do enfermeiro proporcionando o raciocínio crítico e reflexivo para a realização da prática profissional.

Do aprofundamento, foram realizadas algumas estratégias de intervenção para minimizar os principais problemas elencados. Da busca dos estudos, pode-se encontrar experiências exitosas em outros contextos adversos, tais como o do documentário estimulador da reflexão, e possibilitar possíveis estratégias de intervenção formulando-se as hipóteses de solução e aplicação na realidade. Tais hipóteses e aplicação são analisadas pelo grupo e docente de acordo com a viabilidade de execução.

Da reflexão pode-se concluir, por parte dos acadêmicos, que é de extrema importância a intervenção no contexto, tanto nas questões de saúde como nas sociais e econômicas, com práticas de educação em saúde, acolhimento, humanização, projetos sociais voltados para a reciclagem do lixo, renda familiar, possibilidade de acesso à educação, moradias adequadas, acesso aos serviços de saúde e consumo consciente de bens e serviços dentre outros citados nas discussões.

Diante do exposto conclui-se que a utilização do Arco de Maguerez proporciona a reflexão sobre situações que podem ser encontradas na vida profissional contribuindo com isso na formação de um profissional crítico e proativo, disto tem-se que a metodologia se mostrou muito eficaz e facilitadora no processo ensino aprendizagem.

REFERÊNCIAS

BERBEL N.A.N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL; 2012a.

_____. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Revista Diálogo Educacional** - Pontifícia Universidade Católica do Paraná Paraná; vol. 12, núm. 35, 2012b, pp. 103-120

BORILLE, D. C.; BRUSAMARELLO, T.; PAES, R. M.; MAZZA, V. D. A.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Texto contexto enferm.** Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 209-16.

CORTES L.F.; PADOIN S.M.M.; BERBEL N.A.N. Problematization Methodology and Convergent Healthcare Research: praxis proposal in research. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(2):440-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0362>

PRADO L.M.;VELHO M.B.; ESPÍNDOLA D.S.; SOBRINHO S.H.; V.M.S. BACKES. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Relato de Experiência • **Esc. Anna Nery** 16 (1); 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023>

VILLARDI, ML, CYRINO, EG, and BERBEL, NAN. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 45-52. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books .

CAPÍTULO 11

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO RESSURGIMENTO DO SARAMPO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 15/02/2022

Marize Conceição Ventin Lima

Faculdade de Tecnologia e Turismo de Olinda

Olinda – PE

<http://lattes.cnpq.br/2998182683790208>

Victor Hugo Nunes Correia

Faculdade de Tecnologia e Turismo de Olinda

Olinda – PE

<http://lattes.cnpq.br/4870157312247414>

Geórgia Maria Ricardo Félix dos Santos

Faculdade de Tecnologia e Turismo de Olinda

Olinda – PE

<http://lattes.cnpq.br/1741481135323481>

Jéssica Andréia Pereira Barbosa

Faculdade de Tecnologia e Turismo de Olinda

Olinda – PE

<http://lattes.cnpq.br/9714576747578601>

Bernardo do Rego Belmonte

Faculdade de Tecnologia e Turismo de Olinda

Olinda – PE

<http://lattes.cnpq.br/7508419247076574>

Marllon Alex Nascimento Santana

Faculdade de Tecnologia e Turismo de Olinda

Olinda – PE

<http://lattes.cnpq.br/6480438283722441>

Tatiane Bezerra de Oliveira

Faculdade de Tecnologia e Turismo de Olinda

Olinda – PE

<http://lattes.cnpq.br/8431658750789465>

Amanda Maria dos Santos Ferreira

Faculdade de Tecnologia e Turismo de Olinda

Olinda – PE

<http://lattes.cnpq.br/8363233968747584>

RESUMO: Objetivo: Analisar na literatura a recidiva do sarampo e as ações da enfermagem no combate à doença. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada na Base de Dados de Enfermagem e na Scientific Electronic Library Online, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde: “enfermeiro”, “sarampo” e “movimento contra vacinação” e o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos originais, em português, completos, publicados no período de 2014 a 2020 e disponíveis nas bases de dados. Os critérios de exclusão foram: monografias, teses, dissertações e manuais do Ministério da Saúde. **Resultados:** Foram analisados 07 artigos científicos em periódicos nacionais e que tinham relação com o tema abordado dos quais emergiram três categorias temáticas para a discussão: (1) “Diminuição de cobertura vacinal, retorno do sarampo e movimento antivacina”, (2) “Ações de prevenção e controle do sarampo no Brasil” e (3) “Atuação e os desafios da equipe de enfermagem no controle do sarampo”. **Discussão:** Diversos fatores influenciam na diminuição da cobertura vacinal, como: *fake news* - o que, conseqüentemente, gera o afastamento da população menos esclarecida; perda de insumos; e a capacitação dos profissionais. **Conclusão:** É de extrema importância a participação dos profissionais de

saúde na orientação, capacitação e busca de uma melhor qualidade da cobertura vacinal e acompanhamento epidemiológico da população.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros. Sarampo. Movimento contra Vacinação.

STRATEGIES FOR MANAGING NURSING IN THE CONTEXT OF THE RESURGENCE OF MEASLES IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To analyze in the literature measles recurrence and nursing actions to combat the disease. **Methodology:** This is an integrative review, carried out in the Nursing Database and in the Scientific Electronic Library Online, using the Health Sciences Descriptors: “nurse”, “measles” and “movement against vaccination” and the boolean operator “AND”. The inclusion criteria used were: original articles, in Portuguese, complete, published between 2014 and 2020 and available in the databases. The exclusion criteria were: monographs, theses, dissertations and manuals from the Ministry of Health. **Results:** 07 scientific articles were analyzed in national journals and that were related to the topic addressed, from which three thematic categories emerged for discussion: (1) “Decrease in vaccination coverage, return of measles and anti-vaccination movement”, (2) “Measles prevention and control actions in Brazil” and (3) “Performance and challenges of the nursing team in measles control”. **Discussion:** Several factors influence the decrease in vaccination coverage, such as: fake news - which, consequently, generates the removal of the less educated population; loss of inputs; and the training of professionals. **Conclusion:** The participation of health professionals in the orientation, training and search for a better quality of vaccination coverage and epidemiological monitoring of the population is extremely important.

KEYWORDS: Nurses. Measles. Movement against Vaccination.

1 | INTRODUÇÃO

O sarampo, doença infecciosa viral altamente transmissível, contagiosa e comum na infância, é causado por um vírus, o *Measles morbillivirus*, que atinge principalmente as vias respiratórias, pele e encéfalo. A transmissão é direta, normalmente através da fala, tosse, espirro e respiração, na qual ocorre a dispersão de gotículas e aerossóis que, neste caso, perduram por mais tempo no ar, principalmente em ambientes internos - o que facilita o contágio da doença. Os sintomas iniciais são: febre, acompanhada por tosse persistente e corrimento nasal e irritação ocular; logo em seguida, aparecem manchas vermelhas com progressão céfalo-caudal, iniciando em face, com duração de pelo menos três dias. A progressão da doença causa otite, posteriormente, diarreia grave, progredindo em vias aéreas, causando pneumonias; depois, o vírus atinge o encéfalo, acarretando ataques convulsivos, lesão cerebral e, por fim, morte (MEDEIROS, 2020).

No Brasil, apenas em 1968 o sarampo passou a ter sua notificação compulsória, visto ser esta doença ter sido a principal causa de morbimortalidade em crianças de até 1 ano de vida. Ainda na década de 60, resultado da iniciativa de poucos governos estaduais, o Brasil começou a importar a vacina de outros países para a saúde pública, embora de

forma não continuada. Nos anos de 1973 e 1974, com a criação do Programa Nacional de Imunização – PNI, estratégias e campanhas foram valorizadas nos serviços básicos de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2020).

A motivação para determinar o tema presente nesta integrativa reside na relevância do cuidar da saúde. Com a baixa quantidade de pesquisas encontradas a respeito do tema, acredita-se que seja fundamental para a conscientização sobre os fatos em questão, tanto para a população em geral, quanto para os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado. Objetiva-se, portanto, analisar na literatura a recidiva do sarampo e as ações da enfermagem no combate à doença.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, visto que esse método tem uma abordagem mais ampla em relação à metodologia, o que permite integrar estudos experimentais e não-experimentais para melhor entendimento do assunto a ser analisado, além de combinar também dados da literatura teórica e empírica, gerando um cenário compreensível sobre conceitos complexos, teorias e problemas relevantes, neste caso, a enfermagem. Os passos para a realização da revisão integrativa foram: elaboração da pergunta norteadora a partir da qual se determina qual será o estudo, os meios para identificação e as informações coletadas; busca na literatura, feita de forma ampla e diversificada, abrangendo meios eletrônicos; coleta de dados e seleção dos artigos, realizados com instrumentos capazes de assegurar a relevância e diminuir o risco de erro, garantindo maior eficácia do estudo; análise crítica dos estudos, que consiste em uma abordagem organizada para buscar o rigor de cada estudo; discussão dos resultados, na qual se interpreta e compara os dados analisados dos artigos referentes ao estudo; apresentação da revisão integrativa, feita de forma detalhada e pertinente ao tema, levando ao leitor as informações de forma clara e sem omissão de qualquer evidência (SOUZA, 2010).

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2021, por meio de pesquisas na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e na biblioteca eletrônica do Scientific Electronic Library Online (SciELO), mediante os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “enfermeiro”, “sarampo” e “movimento contra vacinação”. O operador booleano utilizado para o cruzamento foi o “AND”.

Tendo em vista um melhor desempenho na elaboração do presente artigo, foi necessária a utilização da estratégia PICO na montagem da pergunta norteadora: “O que se tem publicado sobre os motivos do retorno do sarampo na produção nacional?”, sendo: P, o paciente ou o problema; I, a intervenção; C, a comparação; e O, o outcome (desfecho).

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos originais, em português, com texto completo, disponíveis nas bases de dados e publicados entre 2014 e 2020. Os critérios de exclusão foram: monografias, teses e dissertações e manuais do Ministério da Saúde. Os

resultados foram apresentados em um quadro com informações sobre o ano de publicação, título, periódico, autor, objetivo, metodologia e resultados. A discussão foi apresentada em categorias.

Foram selecionados, a princípio, 52 artigos, dos quais 30 encontravam-se na base de dados SciELO e 22 na BDEF. Os 11 artigos restantes foram excluídos, pois não se enquadravam nos critérios de inclusão, sendo esses: 5 artigos em língua estrangeira, 4 com texto incompleto e 2 por não estarem dentro do corte temporal selecionado. Após aplicação dos critérios de exclusão, 17 artigos foram retirados da seleção, sendo 7 manuais do Ministério da Saúde e 10 artigos em formatos de monografias, teses e dissertações, restando, assim, 24 artigos, que foram lidos na íntegra. Destes, foram selecionados 7 para a realização do presente estudo (Figura 1).

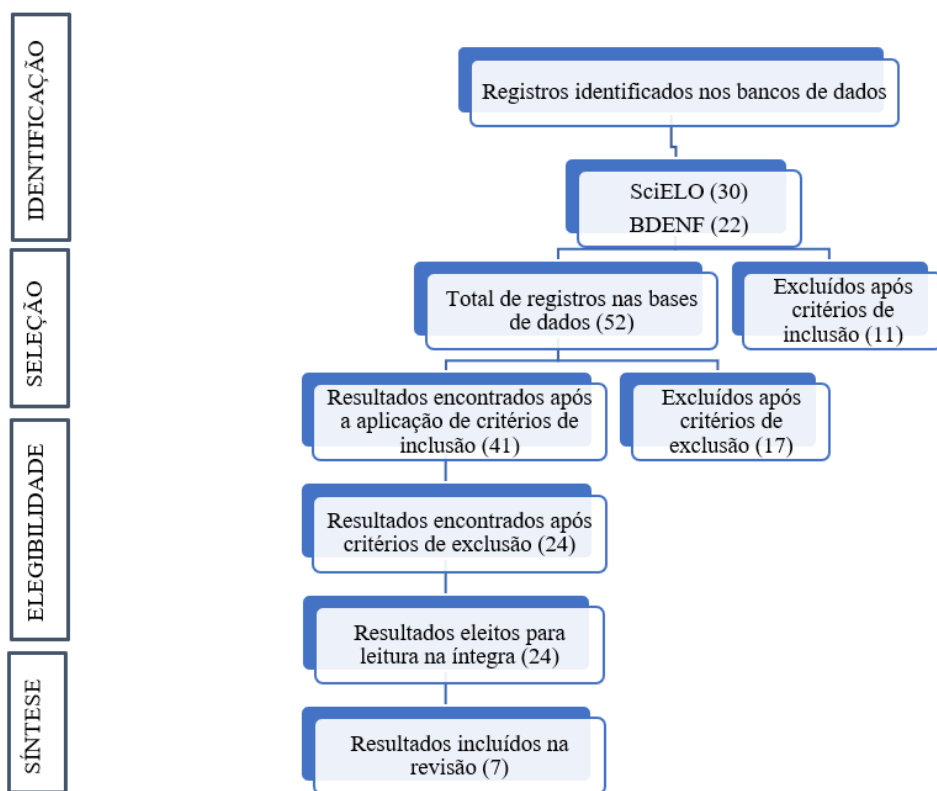


Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos.

Fonte: Autores (2021).

3 | RESULTADOS

Foram analisados 7 artigos científicos em periódicos nacionais que tinham relação

com o tema abordado. O Quadro 1 mostra o material empírico utilizado para a realização desta pesquisa segundo o título, periódico, autor/ ano, objetivo, metodologia e resultados.

Título	Periódico	Autor/ Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
Negligência à vacinação: o retorno do sarampo ao Brasil	Revista Científica de Saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte.	PEREIRA; BRAGA; COSTA, 2018	Alertar os profissionais de saúde para a importância de manter a vigilância e esforços contínuos.	Análise epidemiológica das notificações de sarampo em 2018.	Ações de prevenção coletiva devem ser encaradas de forma prioritária por gestores de saúde.
Conservação e administração de vacinas: a atuação da enfermagem	Portal Metodista de Periódicos Científicos e Acadêmicos.	FOSSA <i>et al.</i> , 2015	Conhecer as condições de funcionamento da sala de vacinação e a atuação da equipe de enfermagem.	Trata-se de uma pesquisa descritiva com profissionais de enfermagem que atuam nas atividades de vacinação em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Perceberam-se falhas no acolhimento: os funcionários não cumprimentaram as mães, não orientaram sobre os efeitos adversos e conduta no caso de eventos adversos pós-vacinação.
Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades	Revista de Enfermagem da UFSM.	PEREIRA <i>et al.</i> , 2019	Analisar o gerenciamento de enfermagem em sala de vacina, com ênfase na supervisão, em um município de médio porte de Minas Gerais, Brasil.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso único.	Os achados foram organizados em duas categorias analíticas. "Fatores intervenientes no gerenciamento em sala de vacina" e "Potencialidades para o gerenciamento na sala de vacina".
Correlação entre o aumento da incidência de sarampo e a diminuição da cobertura vacinal dos últimos 10 anos no Brasil	Brazilian Journal of Health Review.	ALMEIDA <i>et al.</i> , 2020	Identificar o perfil epidemiológico do sarampo no Brasil nos últimos 10 anos, Correlacionando-o com a queda	Trata-se de um estudo de campo, epidemiológico e descritivo, com	De 2008 a 2012, o Brasil mantinha a meta de cobertura vacinal (CV) acima de 99%, e mesmo

			da cobertura vacinal.	abordagem quantitativa.	assim 113 casos ocorreram nesse período. A partir de 2014, a CV vem caindo constantemente. No ano de 2018, a CV ficou abaixo de 67%.
Entendendo o ressurgimento e o controle do sarampo no Brasil	Acta Paulista de Enfermagem.	MEDEIROS, 2020	Analisar os motivos que levaram o sarampo a ressurgir no Brasil.	Análise epidemiológica da doença no Brasil.	Conhecer melhor o patógeno e aproveitar a oportunidade para ampliar pesquisa e ensino sobre a doença.
A suscetibilidade do sarampo na região norte do Brasil, no ano de 2014 a 2018	Revista Extensão.	FERRACIOLLI; MAGALHÃES; FERNANDES, 2020	Analisar a suscetibilidade do sarampo na Região Norte do Brasil, nos últimos quatro anos.	Estudo ecológico de caráter descritivo e quantitativo, analisar a suscetibilidade do sarampo na região norte do Brasil.	É necessário que haja um sistema de vigilância constante, por meio de busca ativa, notificação dos casos suspeitos e o tratamento dos casos confirmados.
Movimento antivacinação no facebook®: uma análise crítica da disseminação de notícias falsas	Brasilian Journal of Development.	FERREIRA et al., 2020	Identificar as publicações e respectivos comentários postados publicamente nas redes sociais da plataforma social (Facebook®) que se apresentem contra a vacinação.	Pesquisa exploratória documental, com abordagem qualitativa, realizada por meio da plataforma social.	Sugere-se enfatizar a importância das vacinas na prevenção de doenças e alertar para as falsas informações que proliferam na internet e nas redes sociais digitais.

Quadro 1 - Artigos utilizados para a elaboração do estudo.

Fonte: Os autores (2021).

4 | DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados, emergiram três categorias temáticas para a discussão: (1) “Diminuição de cobertura vacinal, retorno do sarampo e movimento antivacina”, (2) “Ações de prevenção e controle do sarampo no Brasil” e (3) “Atuação e os

desafios da equipe de enfermagem no controle do sarampo”.

Categoria 1: Diminuição de cobertura vacinal, retorno do sarampo e movimento antivacina

Em 2016 o Brasil recebeu a certificação de eliminação do sarampo, onde permaneceu sem casos confirmados durante os anos de 2016 e 2017. Entretanto, em fevereiro de 2019, o Brasil teve o certificado de país livre de sarampo retirado em virtude dos 10.346 casos da doença notificados no ano de 2018 – surto proveniente da Venezuela que incidiu principalmente na região Norte do país, onde foi constatado o mesmo genótipo do vírus nas duas regiões. O retorno do sarampo no Brasil ocorreu devido a casos importados, ou seja, pessoas que saíram do país e foram a locais onde ainda havia casos da doença trouxeram o agente patológico no retorno das viagens (BRASIL, 2018, 2021a).

Medeiros (2020) afirma que foi notificado o crescimento de casos de sarampo no mundo em 300% no primeiro trimestre de 2019, se comparado ao ano de 2018. Ademais, foram registrados 8.448 casos no ano de 2020 e até o período de maio de 2021 já haviam sido confirmados 456 casos, correspondendo a 80,5% dos casos, nas semanas epidemiológicas de 1 a 22 de 2021, que ocorreram no Amapá, 18,4% no Pará e 1,1% em São Paulo (BRASIL, 2021a).

Outro fator agravante, comprovado pelo DataSUS, é a cobertura vacinal diminuída. No ano de 2018, 91% da população tinha recebido a primeira dose da vacina, vacina esta que combate o vírus do sarampo, caxumba e rubéola, e apenas 75% receberam a segunda dose da tríplice viral, percentual muito abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 95% (BRASIL, 2021b; OPAS, 2021).

O principal componente da diminuição da cobertura vacinal que causou o retorno do sarampo foi o movimento antivacina. Este movimento não tem uma “origem” bem definida, mas desde o início do século XX já se associavam algumas doenças agudas e crônicas às reações vacinais (PEREIRA; BRAGA; COSTA, 2018).

No ano de 1998, o médico Andrew Wakefield publica o artigo “MMR vaccination and autism” (Tríplice viral e Autismo, em tradução livre) na revista *The Lancet*, manchando a reputação das vacinas até os dias de hoje. Esse artigo destacava a vacina contra o sarampo, rubéola e caxumba como prejudiciais e levando à ocorrência da Síndrome do Espectro Autista em crianças recém-vacinadas. Alguns anos mais tarde, Andrew foi expulso da comunidade científica e proibido de exercer medicina, pois seu artigo foi reconhecido como fraudulento (PEREIRA; BRAGA; COSTA, 2018).

O primeiro caso do movimento antivacina relatado no Brasil, conhecido como “Revolta da Vacina, aconteceu nos anos de 1900. Neste movimento, a população, desprovida de informações sobre imunização, foi contrária à vacinação compulsória. A falta de informação foi e ainda é o principal fator para a ressurgimento de doenças infecciosas por todo o mundo, colocando em risco os mais diferentes planos de contingência das doenças, juntamente com as notícias falsas (*Fake News*). Aproveitando-se disso, os movimentos antivacina

distorcem a realidade e divulgam *Fake News*, sem base científica (FERREIRA *et al.*, 2020).

Atualmente, as redes sociais vêm dando a possibilidade de divulgação de conteúdos e notícias para as grandes massas, distribuem e universalizam o acesso à informação e à criação de conteúdo, porém o mau uso, juntamente com a pouca fiscalização e meios legais para recriminar esta utilização inadequada, prejudica a população (PEREIRA; BRAGA; COSTA, 2018).

Os pretextos dados pelos participantes do movimento antivacina são vários e variam de pessoa para pessoa. Para uns, o período de aplicação entre as vacinas, especialmente em crianças, é muito curto e deveriam ser mais longos; outros, influenciados por “teorias da conspiração”, dizem que a vacina é um plano articulado pelos governos do mundo, que têm como finalidade o controle populacional. Independente do motivo, os efeitos dos movimentos antivacina já estão sendo vistos em todo o mundo e estão revertendo em décadas o progresso no combate a doenças evitáveis, colocando em risco a vida e a saúde mundial (FERREIRA *et al.*, 2020).

Categoria 2: Ações de prevenção e controle do sarampo no Brasil

O único modo de prevenir o sarampo é através da vacinação. Somente lactentes de até 1 ano de idade conseguem adquirir anticorpos (temporários) através da placenta, ao decorrer deste primeiro ano de vida. Com a fortificação das estratégias vacinais, vigilância e outras medidas para controlar a doença, o Brasil e os outros países das Américas estão conseguindo manter a doença em um nível controlado (MEDEIROS, 2020).

Segundo Medeiros (2020), o sistema vacinal consiste em duas aplicações nas crianças, sendo a primeira com 1 ano de idade e a segunda entre 4 a 6 anos, em combinação com a de rubéola e a caxumba (tríplice viral). Já os adolescentes e adultos de ambos os sexos devem tomar a tríplice viral ou a dupla viral (rubéola e sarampo). Já Ferraciolli, Magalhães e Fernandes (2020) concordam que, a aplicação da primeira dose deverá ocorrer aos 12 meses de idade, com a aplicação da tríplice viral, discordando apenas em relação à segunda dose, que deverá ser aplicada aos 15 meses, com a tetra viral.

A década de 80, apesar de todos os esforços do PNI, foi marcada por surtos da doença, observando zonas epidêmicas a cada 2 ou 3 anos, tendo uma incidência variante de 42 até 97,7 por 100.000 habitantes. Apenas no ano de 1986, 129.942 casos de sarampo foram notificados no país. Nos 2 anos seguintes, 1987 e 1988, nos estados de São Paulo e Paraná, foram realizadas campanhas de vacinação em massa, seguindo o exemplo de locais como Cuba, que tiveram êxito no controle da doença (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Em 1999, a vigilância em sarampo foi ligada à vigilância da rubéola, tornando, assim mais fácil o controle e efetivação de medidas mais adequadas. A partir do ano de 2000, foi constatada uma redução na morbidade e mortalidade pela doença. E, entre os anos de 2000 e 2001, foram registrados os últimos surtos de sarampo autóctones nos estados do Acre e Mato Grosso do Sul. Em novembro de 2014, todos os municípios brasileiros

entraram em atividade em combate ao sarampo, interrompendo a circulação do vírus no país. Em julho de 2015, foi notificado o último caso de sarampo no estado de Ceará, sendo este importado. Em setembro de 2016, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conferiu ao Ministério da Saúde o certificado de eliminação do sarampo, declarando a região das Américas a primeira a eliminar completamente o vírus de circulação, sendo esta a quinta patologia prevenível por meio de vacinação a ser eliminada da região das Américas (FERRACIOLLI; MAGALHÃES; FERNANDES, 2020).

Categoria 3: Atuação e os desafios da equipe de enfermagem no controle do sarampo

Os profissionais da saúde possuem um papel vital para a promoção à saúde. Mais que o atendimento ao cliente, esses profissionais têm que agir, de forma a combater as notícias falsas, denunciar pessoas, sites e qualquer outro meio que esteja espalhando essas informações. O compartilhamento de notícias falsas propagadas por meios de comunicação feitos pelos grupos antivacina pode ser combatido do mesmo modo: por meio de divulgação de informações concretas e baseadas em pesquisas científicas (PEREIRA; BRAGA; COSTA, 2018).

A equipe de enfermagem é a principal arma no combate às doenças imunopreveníveis, já que atua na atenção básica, levando informação à população sobre a importância das vacinas, principalmente àqueles que se encontram em localidades carentes, e indo até a residência de pessoas com necessidades especiais. A equipe de enfermagem realiza ações, visando combater os eventos relacionados à antivacinação, como: investigação epidemiológica, identificação de cobertura vacinal, modo de atendimento mais adequado a cada localidade e orientação sobre a imunização, principalmente aos grupos de risco (FOSSA *et al.*, 2015).

A enfermagem promove todas as ações de imunização, sendo o enfermeiro o responsável técnico do serviço em todas as salas de vacinação. As atividades desta sala são desenvolvidas pelas equipes de enfermagem, que são treinadas e capacitadas para manuseio, conservação, preparo, administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de imunização. O enfermeiro também é responsável por supervisionar e monitorar o trabalho na sala de vacina, pelo processo de educação permanente da equipe, sendo que não se deve desconsiderar o saber e a experiência dos auxiliares e técnicos de enfermagem, pois são importantes para o trabalho em equipe (PEREIRA *et al.*, 2019).

Batista (2020) cita que ao enfermeiro é atribuído o papel exclusivo na Estratégia de Saúde da Família (ESF), realizando a atenção à saúde de todas as faixas etárias da população cadastrada na Unidade Básica de Saúde (UBS), realização de procedimentos (como curativos e exames citológicos), consultas de enfermagem, prescrição de medicamentos e encaminhamento a outros serviços de saúde, além do controle de materiais utilizados na unidade. Complementando, Rosa (2014) pontua que cabe ao enfermeiro da Unidade Básica

de Saúde supervisionar todos os registros, mapas de microáreas, limpeza de ambiente e refrigerador de vacinas e dar educação continuada aos agentes comunitários de saúde, o que pode causar uma sobrecarga, que faz com que alguns enfermeiros estejam na sala de vacina apenas para coletar os mapas de administração dos imunobiológicos, deixando de lado sua responsabilidade na sala de vacina.

Dentre os papéis do enfermeiro na sala de vacinação, o maior desafio diário é o cuidado para evitar a perda de imunobiológicos, pois o não cumprimento das normas acarretam situações como: quebra de ampola, perda de temperatura no refrigerador por esquecimento de porta aberta, esquecimento de frasco-ampola na mesa, vencimento da data de validade, entre outros (TEIXEIRA, 2019).

Em alguns casos, faz-se necessária a modificação nos horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo do aumento na efetividade da cobertura vacinal, principalmente para atingir jovens entre 12 e 29 anos, visto que essa faixa etária se encontra em horário escolar ou de trabalho – o que gera, conseqüentemente, baixa cobertura vacinal. Juntamente a esse desafio, pode-se haver a necessidade de deslocamento das equipes para ampliação das ações de vacinação, utilizando locais disponibilizados pela comunidade (FARIA; MOURA, 2020).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o Brasil ter ganhado o certificado de país livre do sarampo em 2016, a doença ressurgiu em 2018. Por ser uma doença com alto risco à vida, faz-se necessário um combate não só à doença, mas também aos fatores que aumentam a sua incidência, como a diminuição da cobertura vacinal, ocasionada por: *fake news*, que afastam a população, uma vez que ao espalhar informações falsas sobre as vacinas, dificulta-se a ação da enfermagem no que diz respeito ao controle da doença; enfermeiros não capacitados, ocasionando perda de insumos; sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, levando alguns ao afastamento da sala de vacina.

O presente artigo buscou demonstrar a necessidade de pesquisas sobre o assunto abordado, visando ao compartilhamento de informações reais, com bases científicas, para auxiliar no combate a doenças imunopreveníveis. É de extrema importância a participação dos profissionais de saúde na orientação, capacitação e busca na melhoria da qualidade da cobertura vacinal e acompanhamento epidemiológico da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cecília Maira Souza *et al.* Correlação entre o aumento da incidência de sarampo e a diminuição da cobertura vacinal dos últimos 10 anos no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/6308/5598#>. Acesso em: 17 maio 2021.

BATISTA, Maria Clara Pereira. **Atuação do enfermeiro no enfrentamento ao sarampo no Brasil**. 2020. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande – PB, 2020. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/19276/MARIA%20CLARA%20PEREIRA%20BATISTA.%20TCC.%20BACHARELADO%20EM%20ENFERMAGEM.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 06 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Combate ao sarampo no AM terá reforço de R\$ 5 mi**. 30 ago 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/agosto/combate-ao-sarampo-no-am-tera-reforco-de-r-5-mi>. Acesso em: 06 jun. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito *Aedes* (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 25, 2021. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim-epidemiologico-25_svs.pdf. Acesso em: 08 ago. 2021.

FARIA, Shirley Cristiane Ramalho Bueno de; MOURA, Ana Débora Assis. Atuação de equipes de estratégia saúde da família frente à epidemia de sarampo em Fortaleza, Ceará, Brasil. Relato de Experiência Epidemiol. **Serv. Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n3/e2018208/#>. Acesso em: 18 jun. 2021.

FERRACIOLLI, Giullia Bianca; MAGALHÃES, Brunna de Souza; FERNANDES, Weslei Lopes. A suscetibilidade do sarampo na região norte do Brasil, no ano de 2014 a 2018. **Revista Extensão**, v. 4, n. 1, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/2983/1731>. Acesso em: 28 abr. 2021.

FERREIRA, Marieli Vanessa *et al.* Movimento antivacinação no Facebook®: uma análise crítica da disseminação de notícias falsas. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/16365>. Acesso em: 02 abr. 2021.

FOSSA, Angela Marcia *et al.* Conservação e administração de vacinas: a atuação da enfermagem. **Saúde Rev.**, v. 15, n. 40, 2015. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2538/1475>. Acesso em: 10 maio 2021.

MEDEIROS, Eduardo Alexandrino Servolo. Entendendo o ressurgimento e o controle do sarampo no Brasil. Editorial. **Acta Paul Enferm**, v. 33, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MmLDTx4fkq6hJy4Nzs3vDgx/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Progresso global contra sarampo fica ameaçado em meio à pandemia de COVID-19. 10 nov. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-11-2021-progresso-global-contra-sarampo-fica-ameacado-em-meio-pandemia-covid-19#:~:text=A%20cobertura%20da%20primeira%20dose,propaga%C3%A7%C3%A3o%20do%20v%C3%ADrus%20da%20doen%C3%A7a>. Acesso em: 15 nov. 2021.

PEREIRA, João Pedro Campos; BRAGA, Gabriele Maria; COSTA, Gabriela Araújo. Negligência à vacinação: o retorno do sarampo ao Brasil. **Revista científica de saúde do centro universitário de Belo Horizonte**. 2018. Disponível em: <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/2826/pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

PEREIRA, Matheus Adriano Divino *et al.* Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, n.32, 2019. <https://doi.org/10.5902/2179769233279>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ROSA, Nely Neiva Campos. **Sala de vacina: desafios e perspectivas na atuação do enfermeiro**. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira – BA, 2014. Disponível em: <http://131.0.244.66:8082/jspui/bitstream/123456789/1374/1/Monografia%20Nely.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein São Paulo**, v. 8, n. 1, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt#:~:text=A%20revisão%20integrativa%20é%20um,de%20estudos%20significativos%20na%20prática.&text=Apresentar%20as%20fases%20constituintes%20de,a%20utilização%20desse%20recurso%20metodológico>>. Acesso em: 05 jun. 2021.

TEIXEIRA, Viviane Botelho *et al.* Os desafios do profissional de enfermagem para uma cobertura vacinal eficaz. **Revista Nursing**, v. 22, 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg47.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ESPORTE PROFISSIONAL

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 13/02/2021

Lívia Mariah Soares

Enfermeira, Centro Universitário Adventista de
São Paulo, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3790772765972553>

Verônica Vieira da Silva Storch

Enfermeira, Centro Universitário Adventista de
São Paulo, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7178896474295399>

Karen Roberta Steagall Bigatto

Doutora, Centro Universitário Adventista de
São Paulo, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6954830769255311>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A enfermagem é uma profissão versátil, podendo estar inserida no esporte, um campo novo de atuação. Têm-se como objetivo compreender as possibilidades de atuação do enfermeiro como membro de uma equipe interdisciplinar no segmento esportivo.

METODOLOGIA: Estudo qualitativo exploratório, no SESI – SP, realizado com atletas profissionais de vôlei, a equipe técnica e seus profissionais de saúde. A coleta de dados, feita por meio de observação não participativa. A análise realizada através do diário de campo, como referência o processo de análise na pesquisa qualitativa por Minayo. **RESULTADOS:** Foram descritas a rotina dos jogadores em dias de treino e em dias de jogos, visando o conhecimento acerca dos âmbitos que cercam o jogador a fim de identificar lacunas de

inserção do enfermeiro, bem como, do trabalho interdisciplinar da equipe, sendo apresentados nos temas ‘saúde’, ‘doença’, ‘cuidado’, ‘lesão, dor e esgotamento’, e ‘contribuições do enfermeiro no esporte profissional’. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que, é necessário um conhecimento mais denso acerca do trinômio “saúde-doença-cuidado” por parte dos atletas, uma vez que este demonstra o entendimento de que o seu corpo é considerado apenas o instrumento de trabalho, conseqüentemente, o raso conhecimento deste trinômio, poderá agravar a sua saúde como um todo. Aponta-se possibilidades de atuação do enfermeiro no segmento esportivo em todas as esferas de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Esporte; Assistência.

CONTRIBUTIONS OF THE NURSE IN PROFESSIONAL SPORTS

ABSTRACT: INTRODUCTION: Nursing is a versatile profession, and may be inserted in sport, a new field of action. The objective is to understand the possibilities of the nurse’s performance as a member of an interdisciplinary team in the sports segment. **METHOD:** Qualitative exploratory study, at SESI - SP, carried out with professional volleyball athletes, the technical team, and their health professionals. Data collection was done through non-participatory observation. The analysis carried out through the field diary, as a reference to the analysis process in qualitative research by Minayo. **RESULTS:** The players ‘routine on training days and on game days were described, aiming at the knowledge about the

areas that surround the player in order to identify gaps in the nurse's insertion, as well as the interdisciplinary work of the team, being presented in the themes 'health', 'disease', 'care', 'injury, pain and exhaustion', and 'nurse's contributions to professional sport'. **CONCLUSION:** It is concluded that, it is necessary a more dense knowledge about the trinomial "health-disease-care" on the part of the athletes, since this demonstrates the understanding that your body is considered only the work tool, consequently, the shallow knowledge of this trinomial, may worsen your health as a whole. It points out the nurses' possibilities of performance in the sports segment in all spheres of care.

KEYWORDS: Nursing; Sport; Assistance.

INTRODUÇÃO

A enfermagem vem crescendo significativamente em seus ramos de atuação. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1974), a partir da Teoria da Motivação humana de Maslow, explica que, onde há ser humano existe a possibilidade da assistência de enfermagem, uma vez que o enfermeiro está intensamente envolvido com a vida e com o ser humano.

A enfermagem enquanto profissão trabalha integralmente o cuidado, desde a prevenção a doenças, passando pela promoção da saúde visando a qualidade de vida e bem-estar, até a recuperação e reabilitação de agravos, considerando os diversos aspectos tanto do corpo humano, como patológicos, fisiológicos e neurológicos, tal qual, do ambiente em que ele vive e contexto em que está inserido. É importante dizer que o enfermeiro trabalha em equipe com outros profissionais de saúde suscitando o trabalho interdisciplinar e até mesmo outros setores, e que sua atuação tem como objetivo atender às necessidades inerentes à saúde humana.

A enfermagem ocupou e preencheu espaços, ao longo do séc. XX, antes inimagináveis, desenvolvendo-se como profissão de forma sedimentada em diversos campos, como no campo esportivo (SODER, 2013). Este é um campo novo para a enfermagem e, atualmente, tem despertado o interesse de diferentes profissionais que buscam uma formação integral. No esporte, o enfermeiro tem grande importância em assistir os atletas na prevenção das lesões e do agravamento destas, promovendo educação em saúde, associando este trabalho ao cuidado em saúde mental.

Segundo Kretly e Faro (2014) é essencial que os treinadores, pessoal da área de saúde e outras pessoas envolvidas com o esporte, tenham consciência de que todo atleta é um ser humano cujo corpo é passível de problemas, se não for adequadamente utilizado. O esporte de alta competitividade é uma atividade intermitente, com alta intensidade de treinamento, que requer força e resistência durante toda a jornada de trabalho. Dessa forma, o atleta não alcança seus objetivos sozinho. Ao contrário, um esportista de ponta conta com a ajuda e assessoria de profissionais de diversas áreas para prosperar e ter sucesso.

Cabe ao profissional que acompanha o desenvolvimento desses atletas, identificar as necessidades de saúde e orientá-los para um acompanhamento e tratamento adequados, buscando atingir a otimização do desempenho físico, minimizando algias, atuando na reabilitação e, principalmente, executando procedimentos de caráter preventivo (KRETLY; FARO, 2004).

Nesta perspectiva, Erdmann, Nascimento, Silva e Ramos (2007), destacam que a enfermagem é uma profissão versátil que consegue permear diferentes campos de atuação, promovendo a saúde nos mais diversos setores e grupos sociais. Os autores vislumbram a ampliação dos horizontes profissionais, a conquista de espaços e valorização da enfermagem como ciência. Contudo, o papel do enfermeiro não se encontra ainda sedimentado no campo esportivo. Neste sentido, propõe-se a possibilidade de inserção e maior integração entre o enfermeiro e outros profissionais nesta área de atuação.

Foi realizada busca bibliográfica utilizando-se as palavras-chave enfermagem e esporte. Esta busca retornou trabalhos voltados principalmente para o manejo de concussões, em especial no ambiente escolar. Também foram levantados artigos sobre a atuação em emergência e acidentes. Ou seja, a literatura sobre a atuação do enfermeiro no cuidado e acompanhamento de atletas de alto rendimento (para além da assistência pontual em emergências) ainda é escassa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, onde não há interferência do pesquisador, exploratório, onde objetiva-se familiarizar com aquilo que está sendo investigado, com abordagem qualitativa, realizado no Serviço Social da Indústria de São Paulo (SESI-SP). Fundado em 2009, o SESI é uma rede de instituições paraestatais brasileiras e de atuação em âmbito nacional que contempla cursos, palestras, programas educacionais, de saúde e esportivos (SESI, 2020). Participaram do estudo membros da equipe técnica, como o supervisor e treinador, a equipe de profissionais da saúde, como educador físico, nutricionista e fisioterapeuta, e jogadores profissionais de vôlei, do sexo masculino, com idades entre 20 a 40 anos. O instrumento escolhido para a coleta de dados foi a observação não participativa, que “consiste em ver, ouvir e examinar fatos ou fenômenos” utilizando-se “os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade” (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 90). Para a coleta de dados realizou-se, primeiramente, uma aproximação com o campo e com os sujeitos, ocasião em que foi obtido o consentimento do grupo e, após, a observação não participativa. Foram realizadas cinco observações entre fevereiro e março de 2020. Durante a atividade, foram tomadas notas que compuseram o diário de campo. A proposta foi o acompanhamento da rotina dos atletas e da equipe multidisciplinar, no campo de pesquisa, em horário agendado, com duração de uma hora cada observação. A análise de dados teve como referência o modelo do processo de análise na pesquisa qualitativa por

Minayo (2012). Etapas: 1. Conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas. 2. Definir o objeto sob a forma de uma pergunta ou de uma sentença problematizadora e teorizá-lo. 3. Delinear as estratégias de campo. 4. Dirigir-se informalmente ao cenário de pesquisa, buscando observar os processos que nele ocorrem. 5. Ir a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las. 6. Ordenar e organizar o material secundário e o material empírico e impregnar-se das informações e observações de campo. 7. Construir a tipificação do material recolhido no campo e fazer a transição entre a empiria e a elaboração teórica. 8. Exercitar a interpretação de segunda ordem. 9. produzir um texto ao mesmo tempo fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível. 10. Assegurar os critérios de fidedignidade e de validade. Esta etapa envolveu a leitura atenta e aprofundada do diário de campo, buscando identificar os acontecimentos que indicassem potenciais necessidades em saúde e vulnerabilidades dos atletas. As informações foram classificadas em temas comuns. Cada tema foi discutido tendo em consideração as possibilidades de atuação do enfermeiro, dialogando com a literatura (restrita) sobre o tema. O presente trabalho cumpre todos os preceitos éticos requeridos para estudos científicos realizados com seres humanos, tais como a participação voluntária, a privacidade dos participantes e a confidencialidade das informações em todas as fases do estudo. No tocante aos aspectos regulatórios e legais, esta pesquisa cumpre as resoluções do Conselho Nacional de Saúde respeitando as especificações ético-legais seguindo as exigências previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Foi aprovada pelo Comitê de ética no dia 20 de dezembro de 2019, sob o número de parecer 3.785.917.

RESULTADOS

Foram realizadas cinco observações não participativas, sendo três treinos e dois jogos. Durante a estadia no campo, foi possível observar a rotina dos atletas e do trabalho interdisciplinar nos jogos e treinos, o que é muito importante e relevante para a construção desta pesquisa, uma vez que, na equipe observada, o enfermeiro não faz parte do quadro de profissionais. Por isso, não foi possível observar este profissional, mas sim desbravar as possibilidades de contribuições do enfermeiro neste segmento considerando suas atribuições. A presença dos profissionais educador físico, fisioterapeuta e nutricionista foi constante e importante, pois estavam o tempo todo trabalhando em prol do bem-estar físico dos atletas, conforme descrito a seguir:

Treinos

Para a realização dos treinos, os atletas são divididos em dois grupos, denominados G1 e G2, onde cada grupo tem seu horário para realizar cada treinamento. Os treinos ocorrem tanto pela manhã, iniciando às 09h, como pela tarde, iniciando às 16h. Durante a semana eles intercalam treinos com a bola, treinamento físico e na piscina, orientados pelo

treinador e seus auxiliares (auxiliar técnico, assistente técnico e analista de desempenho), que antes de cada treino, decidem qual treino/cronograma é melhor para a equipe naquela semana, enquanto o preparador físico participa da elaboração da programação semanal. Quando necessário, este último dá palpites nos treinos. Realizam exames nutricionais com a nutricionista da equipe, normalmente, no início da semana (segunda-feira), e reunião com a Psicóloga. Os jogos variam conforme a tabela, por isso, o planejamento dos treinos é semanal. Também é repassado com os atletas, um dia antes do jogo e no dia do jogo, um vídeo contendo informações do adversário, para o direcionamento do treino conforme o perfil deste. Passado o jogo, os atletas tiram dias (normalmente dois) para a recuperação. Isso varia de atleta para atleta. Quando ele está 'em recuperação', significa que não tem treino, ficando livre para suas atividades pessoais. Quem está 'em tratamento' segue programação do fisioterapeuta, ou seja, retorna para o local de treinamento para tratar.

Rotina pré-jogo

Duas horas antes de começar o jogo, os jogadores comem um lanche preparado pela nutricionista da equipe. Trinta minutos após lancharem, eles assistem à 'preleção'; é um momento em que assistem a um vídeo contendo informações (referentes ao jogo) sobre os atletas adversários. Uma hora antes de começar o jogo eles entram em quadra. Importante ressaltar que a todo momento antes do jogo iniciar, o ginásio dispõe de músicas altas, animadas e divertidas que influenciam e incentivam os jogadores a ficarem mais animados. A mascote da equipe também é essencial durante o pré-jogo e jogo, pois anima a torcida, e a torcida, incansavelmente, apoia os atletas. Quando entram em quadra, aquecem durante quinze minutos de forma bem descontraída, então, eles aproveitam para aquecer brincando. Fazem rodas e brincam de "bobinho". Após quinze minutos, o educador físico da equipe ministra os exercícios de aquecimento com os atletas durante vinte e cinco minutos. Pausa de cinco minutos para cantar o hino nacional. E mais quinze minutos de aquecimento com o time adversário. Em todo o momento os treinos são descontraídos e animados.

Durante o jogo

Os jogadores têm à disposição durante todo o jogo água, pote com gelo e frutas. Colocam esparadrapos nos dedos para evitar lesões. Importante ressaltar que toda a equipe técnica e de saúde fica presente durante os jogos. Percebe-se ao longo do SET, que os jogadores se ajudam, se apoiam e agem de forma emocionalmente inteligente, procurando manter a força de vontade e a positividade. Em relação ao técnico, se o SET indica derrota, ele se mantém emocionalmente instável, sofrendo pela equipe, demonstra ficar ansioso. Mas, aparentemente, suas emoções não interferem em seu relacionamento com a equipe durante o jogo. Percebe-se, também, que alguns atletas treinam e jogam com correntes. Não foi observada nenhum outro tipo de joia, como pulseiras ou alianças, somente correntes. A cada intervalo de SET, os jogadores aquecem mais, e sempre toca

música. Foram observadas reações de descontentamento, por parte dos atletas, em decorrência de algum julgamento do árbitro, com a qual não concordavam, ou quando o SET indicava derrota. Nestes momentos, expressavam através do semblante se estavam ansiosos ou bravos, e através do corpo, pois ficavam inquietos.

Rotina pós-jogo

Após o jogo, a nutricionista da equipe dispõe de um 'pós-treino' para todos os atletas, que consiste em uma bebida com nutriente a base de soro de leite e água de coco. Dependendo do resultado dos SET's, quando termina o jogo, alguns jogadores ficam frustrados e irritados (reação perceptível tanto na equipe observada, quanto na equipe adversária). Alguns jogadores trocam de roupa no vestiário e voltam para tirar fotos e atender aos fãs. Após tudo isso, são todos liberados sem mais cumprimento de rotina, sem reunião pós-jogo com o técnico.

DISCUSSÃO

Apresentamos acima a descrição da rotina de treinos e nos dias de jogos, e o trabalho de alguns profissionais de saúde. Importante ressaltar novamente que o enfermeiro não faz parte do quadro de profissionais desta equipe. Contudo, a discussão será feita considerando-se a possibilidade de inserção deste profissional.

A equipe interdisciplinar trabalha com os atletas em quadra, na academia e nos consultórios. Cada profissional contribui com seu conhecimento específico no cuidado e desenvolvimento do atleta. Porém, verifica-se na literatura que a questão 'saúde-doença-cuidado' ainda é um assunto pouco discutido e aprofundado neste campo (SODER; ERDMANN, 2015). Neste sentido, um profissional técnico com empatia e responsabilidade sobre a saúde física e mental dos atletas, para manter a integralidade do cuidado, seria um diferencial. Uma equipe que contempla o atleta como um ser humano em sua totalidade é uma equipe preparada e que valoriza seus jogadores, e isso resulta na segurança do atleta e sua equipe o que pode fazer diferença na vida dos atletas. Infelizmente, sabemos que nem sempre essa é uma realidade que abrange todos os esportes e instituições esportivas. A partir dos dados obtidos nas observações não participativas, apresentaremos a discussão por temas: 'saúde', 'doença', 'cuidado', 'lesão e dor' e 'contribuições do enfermeiro no esporte profissional'. Será abordado aquilo que foi observado no tocante a estes tópicos, e discutido com a literatura a respeito do tema.

SAÚDE

Observamos no geral que a saúde dos atletas está intimamente ligada à sua condição física, no que diz respeito a desempenho e rendimento. A partir deste entendimento, vê-se a necessidade do conhecimento denso sobre saúde por parte dos atletas.

“A preocupação em relação à saúde do atleta rodeia os aspectos físicos, cerca o seu potencial atlético, posiciona seus cuidados à saúde sempre na direção do desempenho enquanto jogador. [...] essa postura do atleta frente à saúde não é equivocada, no entanto, é muito superficial devido aos riscos expostos diariamente” (SODER, 2013, p. 79 e 80).

Entramos em uma questão muito típica dentro do esporte: o corpo do atleta é o cerne de sua potencialidade e capacidade sobre o ‘ser atleta’, e este pode só identificar a falta de saúde quando padecer e os sinais e sintomas tornarem-se perceptíveis. Por isso, é importante, tanto para o atleta como para a instituição esportiva, a educação em saúde perante um olhar de integralidade do cuidado como fonte de proteção.

É importante ressaltar que saúde não contempla somente o físico, mas também o mental. Oliveira et al. (2011) apontam a atividade física como fator protetor da saúde mental, já que, segundo os autores, dados epidemiológicos sugerem que aqueles que praticam atividade física moderadamente têm menores riscos de acometimento por distúrbios mentais do que as sedentárias. Ou seja, a execução de práticas físicas, cientificamente, além de melhorar o bem-estar, protege contra o adoecimento psíquico.

A organização Pan-americana de Saúde definiu a atividade física como “todos os movimentos que formam parte da vida diária, incluindo o trabalho, a recreação, o exercício e as atividades esportivas”. Apesar da atividade física trazer benefícios não somente ao físico, como também à mente, acautela-se que, se utilizada de forma incorreta e excessiva torna-se, conseqüentemente, prejudicial. No senso comum, ‘saúde’ pode ser definida como ‘ausência de doença ou enfermidade’, mas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A saúde mental, considerada nessa definição, engloba o bem-estar subjetivo, a autoeficácia, a autonomia, a competência e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa (GOBBI, 2003).

Ao longo da observação, notou-se que o cuidado à saúde dos atletas está no cronograma da instituição, através da realização periódica de exames e avaliações por profissionais de saúde da equipe. Estes cuidados são tomados para que todos os atletas possam cumprir as metas da equipe. Além das avaliações periódicas, a equipe de profissionais da saúde, bem como a equipe técnica e diretiva, dão suporte aos atletas durante os treinos e jogos para minimizar os riscos à saúde dos jogadores.

DOENÇA

A mesma situação ocorre quando o assunto é doença. A literatura aponta para limitações, por parte do atleta, no momento de significar o que é doença. Este tem dificuldade em expressar um olhar mais abrangente do contexto que envolve as doenças. Percebe-se que os significados se aproximam e associam-se apenas às atividades desenvolvidas no voleibol, ou seja, só é doença quando passa a comprometer ou limitar

seu desempenho físico enquanto atleta (SODER, 2013). A questão saúde-doença de um atleta é muito romantizada pela visão de que este é um super-herói, porém, o desgaste físico pela intensidade de treinamento, viagens e competições pode resultar em um desequilíbrio na imunidade, deixando-o exposto a possíveis intercorrências a sua saúde. Associado a isso, ocorre evidente auto pressão do atleta sobre o seu desempenho, devido a preocupações como perder espaço no time ou não renovar um contrato. No entanto, uma das maiores preocupações para o atleta ainda é o de ser rotulado jogador de risco em virtude de frequentes lesões (SODER; ERDMANN, 2015).

Na ocorrência de processos patológicos, dependendo do grau e da intensidade, o futuro do jogador poderá correr riscos, devido ao alto custo que um atleta doente gera ao time, e ainda, pela insegurança quanto a sua plena recuperação. Nesse sentido, poucos são os times e patrocinadores que assumem e sustentam uma situação de risco. Nesse caso, uma lesão pode transformar a vida e comprometer o futuro esportivo de um atleta. Diante disso, o atleta pode querer não demonstrar medo, e guardar pra si, situações de pressão, tensão, estresse, para não comprometer seu time, e principalmente, não demonstrar isso ao seu adversário. Enfim, pode-se concluir que há certa preocupação do atleta em relação ao medo das lesões e suas consequências atrapalharem o seu futuro tanto dentro do esporte como fora dele.

Ao longo da observação, foi visto que os atletas acometidos por alguma intercorrência, prontamente são encaminhados ao CRCE - Centro de Referência em Ciências do Esporte, composta por profissionais de saúde como: Médico, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, psicólogo e Biomecânico, que além de auxiliar e prestar assistência ao atleta, também produzem artigos, onde os atletas passam pelo processo cuidadoso de reabilitação até estarem aptos novamente para retornar às suas atividades.

CUIDADO

“O cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de *ser*-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas” (SILVA et al., 2005, p. 473).

‘Cuidado’ é um conceito muito amplo, e está presente em todas as esferas da sociedade, seja no âmbito coletivo ou individual. Não há dúvida que este é um dos alicerces do atleta no transcorrer de sua carreira esportiva. Para além da reabilitação, o cuidado consiste no zelo em promover saúde e em prevenir agravos. A promoção da saúde é um elemento muito importante na organização de novas matrizes na prestação de serviços no campo da saúde, ato sempre presente na prática profissional daqueles que atuam na saúde. Pires (2000) apud Geovanini (2010), diz sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde com a finalidade de ação terapêutica, tendo como objeto o indivíduo ou grupos,

estejam eles doentes, sadios ou expostos a risco, com o propósito de dedicar-se a ações curativas e preventivas. Geovanini (2010) afirma que o cuidado de enfermagem é a própria prestação da assistência em saúde, produzida ao mesmo tempo em que é consumida. Certamente, diz-se sobre a execução de um cuidado realizado de maneira eficiente e eficaz, brindando o bem-estar e, quando relacionado ao esporte, trazendo também bom rendimento aos atletas.

“Quando o atleta ignora as práticas de cuidado, aliado aos excessos na quantidade e baixa qualidade do treinamento, somados ao desgaste físico e ao estresse das rigorosas e implacáveis cobranças por resultados, o organismo tende a entrar em colapso focal ou sistêmico, desencadeando lesões agudas, crônicas, transitórias, permanentes, limitantes e incapacitantes” (SODER, 2013, p.86).

A compreensão acerca do cuidado no esporte também é particular. Segundo Soder (2013, p.87) “o termo cuidado é entendido de forma equivocada, ou quem sabe não é entendido, ou seja, no voleibol, o cuidado não cuida, o cuidado apenas prepara o corpo para uma nova sequência de descuidados”. Ou seja, há dependência do corpo como importante instrumento de trabalho, onde sua integridade e saúde física devem prevalecer sobre qualquer outra forma e/ou método de atenção e cuidado à saúde. Não podemos deixar de apontar que no campo esportivo, o cuidado é uma das infinitas singularidades que exercem influência no desenvolvimento de um atleta, sendo fundamental para este e para a instituição esportiva. Consequentemente, podemos compreender que o “estar saudável” e o “estar patológico” exercem influência direta e indireta sobre o atleta, e através disso, evidencia-se a necessidade de um ‘cuidado’ permeando a saúde e a doença.

Observou-se que todos os atletas possuem suporte da equipe profissional de saúde, tendo a disposição profissionais preparados para atendê-los a qualquer momento. A mesma situação ocorre em relação a equipe técnica e diretiva, pois toda a elaboração de treinos, a rotina de jogos e os cronogramas estabelecidos são pensados e planejados visando o que é melhor para o atleta.

LESÃO, DOR E ESGOTAMENTO

Soder (2013) afirma que, para o atleta, aprender a conviver com a dor é uma realidade, e isso pode ser nocivo, pois ainda não se conhece o limiar tolerável da dor para sua saúde, afinal, a lesão é um dos produtos finais das inúmeras interações que o esporte estabelece, pela forma como o atleta se cuida, somado a sistemática rotina semanal que irá exigir bastante de sua saúde física e mental.

Problemáticas importantes assolam a questão lesão para o atleta. Para jogadores profissionais e para outros esportistas, a síndrome do esgotamento profissional ou *burnout* está associada a lesões mais frequentes. Além disso, jogadores com maior experiência e maior número de vitórias relatam mais stress e exaustão (CRESSWELL; EKLUND, 2005).

Segundo Weinberg e Gould (2008), *burnout* é uma resposta psicofisiológica, sendo que um de seus sinais pode ser a queda no rendimento. Entre as causas que podem levar o atleta à desistência do esporte (*dropout*), estão a estafa e o treinamento excessivo. Por isso, como profissionais da saúde é muito importante identificar os sinais e sintomas de estresse e, a partir disso, promover intervenções adequadas. No contexto esportivo, a percepção individual do estresse varia em função do que está ‘em jogo’ (por exemplo, o título), de crenças individuais acerca do próprio posicionamento no *ranking* de determinado campeonato e dos recursos individuais (por exemplo, o preparo e a forma física) (THATCHER; DAY, 2008). Peluso (2003) diz que para atletas de elite, o excesso de treinamento pode levar à síndrome de “*overtraining*”, que pode ser observada pela presença da queda de rendimento, distúrbio do sono, redução da libido e do apetite, alterações de humor como apatia, irritabilidade e depressão. É inegável que o estresse faz parte da vida profissional, porém, quando em demasia, pode haver consequências bastantes prejudiciais, sendo assim, torna-se importante estruturar estratégias visando minimizar as causas e combater os malefícios do estresse em altos níveis.

“O estresse crônico pode deprimir o sistema imune, tornando-o mais suscetível a gripes e outras infecções. Normalmente, o sistema imune responde à infecção liberando várias substâncias que causam inflamação. Estresse prolongado sustenta um nível de cortisol continuamente elevado, fazendo com que o sistema de defesa se mantenha suprimido” (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Através da observação, percebeu-se a presença do educador físico e fisioterapeuta a disposição durante os treinos, para auxiliar rapidamente em qualquer lesão que possa ocorrer. Durante os jogos, têm-se a disposição, a presença de uma equipe de saúde composta pelo profissional de enfermagem e médico. A lesão existe, e afeta o atleta, por isso a importância de uma equipe preparada para atendê-lo física e mentalmente fazendo com que ele passe por este momento da forma mais acolhedora possível. Como exemplo, durante as observações de um jogo, um atleta não pôde jogar pois estava lesionado (lesão leve no pé), e mesmo assim, foi com sua família assistir ao jogo, sendo acolhido tanto por sua família quanto pelo time. Acredita-se que a forma como a lesão é cuidada determina grandemente como será a sua reabilitação.

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ESPORTE PROFISSIONAL

O plenário do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no ano de 2019, aprovou uma nova especialização na área da enfermagem, que é a enfermagem desportiva. Segundo o COFEN, essa decisão foi tomada devido a solicitação de Instituições de Ensino e de profissionais atuantes nas áreas, que sugeriram o reconhecimento desta especialidade. O profissional especializado em Enfermagem Desportiva tem possibilidade de atuação em academias de ginástica, locais de treinamento desportivo, esportes olímpicos e paraolímpicos, entre outros. Este desenvolve ações de enfermagem buscando

prevenção, promoção e reabilitação do atleta, inclusive o de alto rendimento. O enfermeiro pode também atuar na assistência à população na busca do bem-estar, já que sabe-se que a atividade física é recomendada como uma ferramenta importante na busca da qualidade de vida das pessoas

Diante das observações durante a estadia no campo e segundo a literatura, vê-se a atuação do enfermeiro, através dos seguintes processos, segundo Kretly e Faro (2004): **Incursão no tratamento das lesões:** A maioria das lesões é muscular, óssea ou ligamentar e exige a aplicação imediata da técnica PRICE (pressão, restrição momentânea de movimento, gelo, compressão e elevação). **Cirúrgica:** O enfermeiro pode atuar na orientação pré e pós-operatória específica para o atleta. **Realização de curativos:** Escoriações, retirada de pontos, entre outros procedimentos. **Administração, controle e assepsia de materiais e equipamentos:** Importantes para o funcionamento adequado do departamento médico. **Terapia medicamentosa:** Orientar os atletas sobre posologias, aprazamentos, farmacocinética e farmacodinâmica, incluindo soluções fisiológicas, glicofisiológicas e reposições eletrolíticas, de acordo com prescrição médica. **Auxílio na fisiologia esportiva:** Administração de isotônicos, carboidratos e suplementos vitamínicos. **Orientação antidoping:** Orientação quanto aos efeitos negativos da prática e da atuação na coleta de material e detecção do doping. **Sinais Vitais:** Poderia realizar o controle diário dos sinais vitais no pré-treino e pós atividade física de alta intensidade, poderia avaliar individualmente as condições de saúde dos atletas, poderia acompanhar os atletas em avaliações clínicas e exames diagnósticos, poderia desenvolver uma SAE específica para o tipo de esporte e o time em que estiver trabalhando, entre outras ações que abranjam o cuidado a saúde do atleta.

A importância de uma equipe interdisciplinar é nítida. Durante a observação, foi visto que a equipe trabalha de forma articulada, em conjunto, onde todos estavam diariamente a par sobre os atletas e atuando em conjunto, cada um com suas ações, promovendo o bem-estar do atleta. Vê-se a possibilidade de o enfermeiro contribuir ativamente no desenvolvimento de ações voltadas para assistir os atletas junto à equipe, focada no bem-estar físico e mental do atleta, em todo o processo de trabalho, e conseqüentemente, aprimorando o cuidado.

O cuidado ao atleta tem que ser construído de forma competente e dinâmica para conseguir acompanhar o ritmo que o esporte impõe, pois ele deve correr paralelamente às atividades do atleta, já que seus intervalos para incursões de cuidado são restritos e, portanto, devem ser eficientes e eficazes. A competência deve se configurar atada a dinâmica do esporte. Segundo Soder (2013), o enfermeiro precisa estar um passo à frente de possíveis intercorrências e riscos à saúde do atleta. Ter potencial de raciocínio clínico direcionado ao contexto esportivo requer proatividade.

“Ser proativo não se resume ao fato de estar disponível e ter iniciativa nas ações, mas sim, ter o conhecimento e entendimento de que as ações refletidas

e desenvolvidas antevendo o que pode determinar ou condicionar uma situação de vulnerabilidade, possa demarcar a adoção de medidas protetivas e promocionais a saúde sustentada pela gestão do cuidado” (SODER, 2013, p. 132 e 133).

O não conhecimento e reconhecimento do papel do Enfermeiro na sociedade atual, condiz com a realidade dos estudos realizados por Sanna e Secaf (1996) e Nauderer e Lima (2005), quando se evidenciou que a imagem e atuação do enfermeiro não são devidamente reconhecidas pelo público. Isso remete diretamente na visão social do profissional de enfermagem atualmente. Diante desse vácuo de conhecimento sobre o papel do enfermeiro pela sociedade, incluindo os atletas, cabe reforçar que este assume um papel significativo no que concerne à identificação das necessidades de cuidado da população, assim como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em diferentes âmbitos.

O cuidado de enfermagem é, portanto, um componente fundamental no sistema de saúde e na formulação de um sistema de cuidado (BACKES, et al. 2012), que pode adentrar o espaço esportivo com intensidade de promover a saúde no seu sentido mais amplo.

“Por fim, ainda há um longo caminho a ser desbravado pela enfermagem no campo do esporte, certo da existência de espaços para a inserção da enfermagem, desde que seja de maneira segura, apoiada no conhecimento científico e em doses homeopáticas, para não correr o risco de esboçar um percurso equivocado e sem sustentação, deixando a possibilidade de construção de uma nova área do saber, as margens do precipício” (SODER; ERDMANN, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se a necessidade de um conhecimento mais denso e profundo sobre o trinômio “saúde-doença-cuidado” por parte dos atletas. A literatura evidencia que os atletas possuem uma visão segmentada sobre o trinômio, demonstrando o entendimento de que o corpo é considerado apenas o instrumento de trabalho. Cada segmento desse trinômio possui características, significados e conceitos distintos, no entanto, saúde e doença possuem inter-relação com um grau de dependência com o cuidado, afinal, o cuidar ou não cuidar vai resultar em ter saúde ou não. Faz-se necessário promover o entendimento e a importância desse trinômio na vida do atleta para que haja a compreensão de que, além de usar o seu corpo para o trabalho, ele também precisa do seu corpo para viver, e isso é o mais importante.

O entendimento superficial sobre saúde-doença-cuidado, pode agravar tudo o que é desencadeado pela lesão e dor. Fisicamente, cada organismo vai reagir de um jeito aos adventos patológicos, portanto o tempo de recuperação é diferente para cada atleta. Conseqüentemente, ela acaba afetando muito mais que apenas o físico, interferindo na saúde mental, uma vez que a lesão pode transformar a vida e comprometer o futuro

esportivo de um atleta. Contudo, isso inviabiliza a crença de que coexistir com a dor é uma tendência natural. Conclui-se que existe carência de discussão mais aprofundada para se conhecer qual o limiar tolerável da dor em relação a saúde do atleta.

Através da observação não participativa, observou-se a possibilidade de atuação do enfermeiro em todas as esferas de cuidado, ou seja, há uma gama de possibilidades importante de atuação do Enfermeiro no contexto do esporte. Finalmente, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para que a comunidade acadêmica veja que a prática de enfermagem pode desvelar-se também através da assistência de enfermagem e do cuidado em saúde mental em diferentes campos – inclusive o esportivo.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. et al. **O papel profissional do Enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012.

CRESSWELL, Scott L.; EKLUND, Robert C. **Changes in Athlete Burnout and Motivation over a 12-Week League Tournament.** Medicine & Science in Sports & Exercise, [S.L.], v. 37, n. 11, p. 1957-1966, nov. 2005. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health)

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; SILVA, Glauca Krueger da; RAMOS, Sabrina Leitis. **Cuidado de enfermagem e educação em saúde com profissionais do surf. Cogitare Enfermagem,** Curitiba, v. 12, n. 2, p. 241-247, 2007.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem: Versões e Interpretações.** 3ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.

GOBBI, S., CORRAZA, D.I., STELLA, F., COSTA, J.L.R., GOBBI, L.T.B. **Atividade física e saúde mental no idoso. In: I Encontro Paulista de Neuropsiquiatria e Saúde Mental no Idoso.** São Paulo: Instituto Bairral de Psiquiatria. Itapira; 2003.

HORTA, W. A. **Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo.** Escola de Enfermagem da Usp, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-15, 1974.

KRETLY, Vanda; FARO, Ana Cristina Mancussi e. **Caracterização da assistência de enfermagem ao atleta no centro olímpico de São Paulo. Enfermería Global,** Murcia, n. 4, p. 1-8, 2004.

MARCONI. M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1999.

MINAYO, M. C. S.; **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&Ing=pt&nrm=iso>.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* **Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental.** Saúde Coletiva, São Paulo, v. 8, n. 50, p. 126-130, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/842/84217984006.pdf>. Acesso em: 06 set. 2020.

PELUSO, M.A.M.; **Alterações de humor associadas a atividade física intensa (tese)**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, jun. 2000.

SANNA, M. C.; SECAF, V. **A imagem da enfermeira e da profissão na imprensa escrita**. Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 170 – 182, dez. 1996.

SILVA, L. W. S. et al. **O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-475, Aug. 2005. disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000400018&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19 de maio de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018>.

SODER, R.M.; **PROMOVENDO A SAÚDE AO ATLETA DE VOLEIBOL: A MULTIDIMENSIONALIDADE NA GESTÃO DO CUIDADO DE SAÚDE E ENFERMAGEM**. 2013. 258 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/122708/325485.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 ago. 2019

SODER, R. M.; ERDMANN, A. L. **Nursing care management in the context of the high-performance volleyball player**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 306-316, 28 jun. 2015. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300003>.

THATCHER, J.; DAY, M. C. **Re-appraising stress appraisals: the underlying properties of stress in sport**. *Psychology Of Sport And Exercise*, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 318-335, maio 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.04.005>.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA DE AURICULOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/04/2022

Denise de Oliveira Vedotto

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Santa Maria – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1798060708572778>

Aline dos Santos Duarte

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-5357-1179>

Bibiana Fernandes Trevisan

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-9028-8073>

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2297-416X>

Michelle Batista Ferreira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-6934-3058>

Rodrigo D Ávila Lauer

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-8260-3766>

Tábata de Cavata Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-7758-218X>

RESUMO: Descrever a prática de Auriculoterapia pelo enfermeiro no âmbito da atenção primária em saúde e os benefícios acerca desta prática integrativa e complementar. Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a atuação do enfermeiro em uma estratégia saúde da família e a inserção da prática de Auriculoterapia. Este estudo, realizou-se em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, atendidos no período de novembro de 2018 à fevereiro de 2021. A Auriculoterapia é uma prática efetiva em diversos contextos do cuidado em saúde devido à sua praticidade de aplicação, segurança e baixo custo. Dessa forma, a inserção desta prática integrativa no contexto da estratégia saúde da família visa proporcionar maior qualidade no atendimento prestado aos usuários. O enfermeiro pode ofertar a Auriculoterapia com intuito de proporcionar um olhar ampliado e complementar às práticas de saúde. Desde a sua implantação, na estratégia saúde da família, houve significativa procura por parte de usuários, com boa aceitação e melhora na qualidade de vida desses, sendo úteis no manejo clínico de condições comumente observadas na atenção primária em saúde, como as dores musculoesqueléticas e distúrbios de humor. Ainda assim, evidencia-se algumas fragilidades, tais como um espaço físico mais apropriado e ampliação de estudos mais aprofundados no âmbito da atenção primária em saúde que evidenciam cientificamente a relevância desta prática para a assistência desses usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária em saúde. Terapias Complementares. Enfermagem em saúde comunitária.

THE ROLE OF NURSES IN THE PRACTICE OF AURICULOTHERAPY IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: To describe the practice of Auriculotherapy by nurses in primary health care and the benefits of this integrative and complementary practice. This is a descriptive study, the type of experience report, on the performance of the nurse in a family health strategy and the insertion of the practice of Auriculotherapy. This study was conducted in a municipality in the interior of the state of Rio Grande do Sul, Brazil, which was attended from November 2018 to February 2021. Auriculotherapy is an effective practice in several contexts of health care due to its practical application, safety and low cost. Thus, the insertion of this integrative practice in the context of the family health strategy aims to provide greater quality in the care provided to users. The nurse can offer the Auriculotherapy in order to provide an expanded and complementary view to health practices. Since its implementation, in the family health strategy, there has been a significant demand by users, with good acceptance and improvement in their quality of life, being useful in the clinical management of conditions commonly observed in primary health care, like musculoskeletal pain and mood disorders. Nevertheless, there are some weaknesses, such as a more appropriate physical space and the expansion of more in-depth studies in the field of primary health care that scientifically show the relevance of this practice for the care of these users.

KEYWORDS: Primary health care. Complementary Therapies. Community health nursing.

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é a designação que o Ministério da Saúde (MS) deu ao que se tem chamado na literatura científica internacional de medicinas alternativas e complementares. Refere-se a um conjunto heterogêneo de práticas, produtos e saberes, agrupados pela característica comum de não pertencerem ao escopo dos saberes/práticas consagrados na medicina convencional. Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a designar esse conjunto de Medicina Tradicional e Complementar, cuja sigla é MTC (Who, 2013).

O desenvolvimento das PIC nos sistemas de saúde públicos universais é favorável e seu crescimento é incontestável nas últimas décadas. Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, realizada em 1978, a OMS recomenda a seus países-membros a inclusão das PIC nos sistemas públicos de saúde. No Brasil, já existia registro de PIC em vários serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a década de 1980 (Brasil, 2011).

No decorrer, constituiu-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a qual legitimou expressamente as práticas da fitoterapia, da homeopatia, da medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica e do termalismo social, mas também significou um impulso no reconhecimento e crescimento de todas as demais PIC no SUS. Além disso, é uma política que surgiu em conformidade com outras políticas públicas de saúde brasileiras, sendo, portanto, uma “política de inclusão

terapêutica” aberta a outros saberes, o que pode favorecer a complementaridade e ampliar a variedade de opções para os cuidados em saúde (Andrade, 2006).

A inclusão das PIC no SUS é apropriada aos diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase na inserção na atenção primária à saúde (APS), na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção, reabilitação e recuperação da saúde, propiciando um cuidado continuado, humanizado e integral. Apesar de haver alguns obstáculos e dificuldades na institucionalização das PIC, tais como críticas oposições e contestação da legitimidade delas, percebe-se um movimento favorável, com aceitação significativa por usuários e profissionais, inclusive com arcabouço legal, justificando a inserção destas práticas no SUS. O processo de formulação da PNPIC e sua aprovação promoveram uma sensibilização sobre o tema e instituíram demandas e ações para incremento do acesso às PIC com qualidade, segurança e eficácia no SUS (Brasil, 2011).

Nesse contexto, a Auriculoterapia é comumente praticada pelos acupunturistas e outros profissionais atuantes no SUS, uma vez que está associada à medicina tradicional chinesa. Nas últimas décadas, a utilização da Auriculoterapia tem crescido em diferentes contextos de cuidados à saúde devido a sua praticidade de aplicação, segurança e baixo custo (Hou et al., 2015).

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a atuação do enfermeiro na prática de Auriculoterapia aos usuários de uma estratégia saúde da família em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul e tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas nesta prática integrativa e complementar, destacando-se as dificuldades e fragilidades encontradas neste processo.

Assim, destaca-se para este estudo as experiências vivenciadas por enfermeiras do âmbito da atenção primária em saúde, destacando-se a Estratégia saúde da Família, como um campo precursor de atividades práticas integrativas e complementares, no município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de novembro de 2018 à fevereiro de 2021.

Dessa forma, foram realizados um total de 839 procedimentos de Auriculoterapia neste período elencado, destacando pela maior predominância do sexo feminino na procura pela prática integrativa, com um total de 93% em relação ao sexo masculino que obteve-se um total de 7%. A estratégia saúde da família do estudo em questão, está localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul, é composta por duas equipes de ESF, com abrangência de aproximadamente 5.108 usuários. Destaca-se para a maioria que perfaz a idade entre 19 e 59 anos que compõe 2.855 pessoas. Constitui-se de uma equipe multidisciplinar abrangendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogo e agentes comunitários de saúde. Além disso, está vinculado à ESF o núcleo de apoio

à saúde da família (NASF), na qual contribui para os atendimentos de usuários e apoio matricial. Os atendimentos da ESF são realizados de forma agendada e por demanda espontânea, todos os dias da semana, de segunda a sexta-feira, sendo os atendimentos de Auriculoterapia ofertados em dois turnos, um para cada equipe, atendidos por demanda espontânea.

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com o MS vem ofertando no país cursos de formação para profissionais de saúde voltados à APS para atuação nas PICs. No município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, a etapa prática presencial foi realizada no mês de agosto de 2018 e contou com a participação de profissionais de saúde da Secretaria de Município da Saúde (SMS). Anteriormente a esse módulo presencial, os profissionais participaram da etapa à distância, a qual foi dividida em cinco módulos teóricos, com atividades distribuídas em cada módulo.

Dessa forma, após a conclusão do curso, os profissionais capacitados para a prática de Auriculoterapia deveriam programar em seus locais de trabalho e realizar um planejamento prévio em conjunto com a secretaria de saúde de seu município para esta finalidade. Assim, realizou-se um projeto com referência à forma de organização e implementação no âmbito da ESF. Destaca-se para o papel do enfermeiro como precursor desta prática na implementação do cuidado de enfermagem, direcionando para um olhar mais ampliado e integral na atenção aos usuários.

A Estratégia saúde da família em questão, localiza-se na área urbana, sendo composta por duas equipes delimitadas no território, abrangendo um total de aproximadamente 5.108 pessoas cadastradas. As equipes são formadas pelos seguintes trabalhadores: dois Médicos, duas Enfermeiras, uma Dentista, dois Técnicos de Enfermagem e dez Agentes Comunitários de Saúde. Os trabalhadores possuem regime de 40 horas semanais de trabalho. No território desta ESF são contempladas um total de dez microáreas com cobertura de ACS. A referida unidade de ESF possui estrutura pequena e inadequada para contemplar duas equipes, está em funcionamento acerca de 15 anos neste município.

A equipe de enfermagem desta referida ESF que presta assistência aos usuários é composta por dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem. Entre as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros estão: consultas de enfermagem, acolhimento à demanda espontânea, visitas domiciliares, supervisão da equipe de trabalhadores, serviços administrativos e gerenciamento de enfermagem na unidade de ESF, além de vários procedimentos técnicos realizados durante o dia de trabalho.

Diante dos atendimentos realizados no decorrer do trabalho dos enfermeiros, foram detectadas várias necessidades dos usuários que procuravam atendimento em saúde, tais como dores musculoesqueléticas e distúrbios do humor. Tais necessidades foram encontradas em grande parte da demanda desses usuários, sendo na maioria do sexo feminino.

A prática de Auriculoterapia foi ofertada através de turnos específicos para cada

equipe, nesta disposição os atendimentos eram ofertados por demanda espontânea, assim, a média de atendimentos para cada turno era em torno de 20 usuários. A Auriculoterapia era ofertada dois dias da semana, em turnos diferentes, um turno para cada equipe de ESF. Nestes dias em que se realizava a prática integrativa o enfermeiro responsável se dedicava apenas a essa atividade para cada usuário atendido. Desta forma, compreendia-se melhor acerca das demandas dos usuários e principal queixa elencada, assim, levantava-se o histórico e comorbidades de cada usuário, para após realizar a técnica de Auriculoterapia e estimulação dos pontos adequados para cada usuário em sua individualidade.

Após a escuta qualificada de cada usuário, realizava-se a técnica com utilização de sementes de mostarda, pode-se utilizar outras formas de estímulos dos pontos auriculares como agulhas de acupuntura, pellets magnéticos, agulhas semipermanentes, eletrofototerapia (laser ou estimulação elétrica nervosa transcutânea - TENS) e pelos próprios dedos. Porém, as sementes são de baixo custo e possuem a vantagem de os usuários fazerem a autoestimulação dos pontos. Desse modo, optamos por escolher as sementes de mostarda.

Assim, orientava-se para que o usuário realizasse a estimulação dos pontos em média 02 vezes ao dia. A troca poderia ser realizada na unidade de ESF uma vez por semana e o tempo determinado de realização de tratamento variava entre 2 a 10 semanas, dependendo de cada caso e queixas individuais dos usuários. Além da técnica integrativa realizada, orientava-se esse paciente acerca de cuidados em saúde, adesão ao tratamento solicitado, alimentação adequada e orientações de educação em saúde, para que o mesmo procurasse hábitos saudáveis de vida.

Destaca-se neste segmento, que a Auriculoterapia é orientada a ser um tratamento complementar ou mesmo como tratamento alternativo. As situações elencadas e problemas de saúde são inúmeros, porém a maior prevalência dos problemas tratados no atendimento individual são decorrentes de dores agudas e crônicas, insônia, transtornos de ansiedade e transtornos emocionais.

A elegibilidade dos usuários para a realização da Auriculoterapia dependia de fatores, tais como: atendimentos realizados na unidade de ESF e queixas dos pacientes, procura espontânea das pessoas nos turnos específico para este fim e ainda, captação dos próprios agentes comunitários de saúde quando realizavam as visitas domiciliares nas casas dos usuários. Os Agentes de saúde ofertavam a participação na atividade proposta e orientavam dias e horários de realização da técnica. Desse modo, a procura dos usuários para a realização desta prática integrativa aumentou gradativamente, de modo que os resultados eram satisfatórios pela maioria das pessoas.

A procura pelo atendimento na ESF da prática de Auriculoterapia foi predominante pelo sexo feminino, em média de 93% dos atendimentos, totalizando um total de 839 procedimentos no período de novembro de 2018 à fevereiro de 2021.

Os pontos utilizados para esta prática em sua maioria foram direcionados para alívio

da dor com estímulo na região da coluna e região cervical, dor em região dos membros superiores e ponto de shan men. Ainda, houve grande predominância de estímulo em pontos referentes a transtornos de humor, depressão, ansiedade e fatores de estresse, nesse caso, os pontos estimulados foram: ansiedade, shan man, entre outros.

A Auriculoterapia e demais práticas integrativas e complementares constitui-se uma modalidade de cuidado em saúde, na qual contribuíram para ampliar o atendimento às necessidades e acesso aos usuários do SUS, constituindo-se de uma política nacional de práticas integrativas e complementares de atenção básica e de educação permanente em saúde (Andrade, 2006).

Assim, a inclusão das práticas integrativas e complementares na atenção básica contribuem para a ampliação da clínica, ao incluir a participação dos usuários, a flexibilização dos conceitos de saúde e doença e trazer em consideração a subjetividade do sujeito. Na prática clínica do atendimento ao usuário na APS, as considerações da subjetividade do usuários são fatores determinantes para uma melhora investigação do quadro clínico, porém, muitas vezes esse conjunto de sintomas inexplicáveis para a biomedicina pode ser considerado um diagnóstico provável para o modelo da medicina tradicional chinesa, possibilitando uma conduta eficaz (Cunha, 2005).

Na atenção básica, a Auriculoterapia pode ser usada tanto em atendimentos individuais, como em atendimentos coletivos, e há muitas experiências de ambos os tipos. Além da Auriculoterapia, outras práticas integrativas relacionadas à medicina tradicional chinesa foram legitimadas através da política das práticas integrativas e complementares (PNPIC), caracterizando um reconhecimento e gradativa procura das demais PIC no SUS. Neste contexto, esta política enalteceu de forma significativa a inclusão de práticas terapêuticas contribuindo para outros saberes e complementando a variedade de opções para os cuidados em saúde (Andrade, 2006).

Dessa forma, compreende-se que a Auriculoterapia caracteriza-se por uma modalidade de atendimento, na qual pode ser considerada parte integrante da medicina tradicional chinesa (MTC), pois os estímulos aos pontos auriculares frequentemente estão fundamentados nos princípios da MTC (Abbate, 2016).

Esta prática se utiliza na inserção de estímulos na área da região auricular associadas às diferentes regiões do organismo, traz o termo “microssistema” desta região com o intuito de tratar diferentes tipos de problemas, quando uma região do corpo representa todo o organismo (Wang, 2008).

Diante do raciocínio biomédico, contemplando os conceitos da fisiologia, a estimulação dos pontos na região auricular conecta-se às terminações nervosas em pontos específicos do pavilhão auricular, assim, procurando controlar ou reverter os diferentes processos patológicos. (Oleson, 2013).

Ainda, entende-se que os efeitos reguladores obtidos através da estimulação auricular, são caracterizados pela liberação de endorfinas, acetilcolina e cortisol do reflexo

colinérgico e modulação de áreas do sistema límbico (Da Silva & Dorsher, 2014).

Diante dos atendimentos realizados na ESF do estudo em questão, percebeu-se uma grande demanda de queixas relacionadas a dores musculoesqueléticas, dor crônica, cefaleias, lombalgia. Nesse sentido, a prática de Auriculoterapia com esses usuários foi voltada para melhora da dor e analgesia.

Assim, compreende-se que a dor, em suas várias formas de manifestação, é uma causa comum de usuários que procuram atendimento médico. Alguns usuários são acometidos de dores crônicas na qual prejudicam a qualidade de vida diária, afetando a funcionalidade e produtividade. Devido a esses motivos, a busca de terapias integrativas, como a prática de Auriculoterapia, fazem parte de alternativas para o controle da dor, devido ao menor risco de efeitos adversos, baixo custo e ser menos invasiva que a abordagem habitual (Artioli, Tavares & Bertolini, 2019).

Entende-se que existe uma complexa via neural na qual explica-se a diminuição da percepção da dor. Pelo sistema de liberação de endorfinas, nas vias inibitórias descendentes da dor, quando ativada, induz a liberação de opióides endógenos no corno posterior da medula espinhal, inibindo a transmissão do impulso nociceptivo à regiões superiores do SNC. Com tal característica, as endorfinas são capazes de diminuir a sinalização nociceptivo nos neurônios, o que pode gerar uma analgesia e controle de dor (Quah-Smith, et al., 2017).

Estudo de Artioli, Tavares & Bertolini (2019), demonstra que a Auriculoterapia é uma técnica complementar que auxiliar na redução da dor, diminuindo a utilização indiscriminada de fármacos e analgésicos, sendo eficaz e tornando-se um tratamento de baixo risco, custo e fácil administração. Ainda, alguns estudos trazem que esta prática pode ser eficaz para a redução da intensidade da dor crônica e aguda já nas primeiras 48h de início do tratamento, além de ser um recurso seguro. Neste estudo, o tempo de remissão da dor variou de imediato até 06 meses, utilizando-se de pontos estratégias para remissão da dor e os principais pontos indicados.

Compreende-se no contexto da biomedicina que o controle do processamento emocional pode se dar através da modulação de áreas do sistema límbico (Hohenberger & Dallegrave, 2016). Por meio da modulação de áreas do sistema límbico, que é um conjunto de estruturas do encéfalo, associadas à regulação das emoções e as reações comportamentais, pode-se ativar pontos que são necessários para melhora de sintomas relacionados à ansiedade e fatores emocionais. Logo, tais estímulos são capazes de modular ativando ou inibindo áreas correlacionadas com os efeitos sobre o controle da ansiedade, tensão, medo e angústia observados nos pacientes (Gonçalo, 2010).

Na atualidade em que vivenciamos, a depressão e a ansiedade ocupam altos patamares de prevalência. Os transtornos de depressão acometem cerca de 350 milhões de pessoas, na qual causa maior perda de produtividade dos indivíduos, afetando a qualidade de vida dos mesmos. Ainda, entende-se que a ansiedade é uma emoção completa atuante

no aspecto físico e mental do indivíduo, que, causa patologia dependendo do grau de intensidade (Jales, et al., 2019).

Os estudos relacionados à prática de Auriculoterapia associados ao tratamento de sintomas como ansiedade, depressão e sintomas de estresse, são satisfatórios, contribuindo para melhoria do quadro clínico de pacientes e contribuindo para respostas eficazes. Esses achados são corroborados por outros estudos e reforçam a utilização da prática nos diferentes contextos de saúde (Moura, 2015 & Tan 2014). Ainda, essas pesquisas estão em consonância com os resultados deste relato de experiência no âmbito da ESF, na qual trazem satisfação e maior procura por parte dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta experiência, a oferta da Auriculoterapia no contexto de uma ESF, proporcionou naquele território, uma grande aceitação por parte dos usuários, na qual se tornava evidente os resultados satisfatórios. Percebeu-se que os usuários procuravam cada vez mais por esse atendimento, na qual era realizado pelos enfermeiros da ESF em questão. Além disso, os demais profissionais da equipe obtiveram uma boa aceitação da oferta da Auriculoterapia pela unidade de ESF, na qual viram a oportunidade de ampliar a qualidade do cuidado ofertado.

Um dos aspectos positivos nesta prática de cuidado é o vínculo constituído entre a equipe e os usuários do território, pois os mesmos perceberam a capacidade ampliada de cuidados dos profissionais atuantes, não centralizando-se apenas na consulta médica, desmistificando-se assim uma oferta de cuidado voltado para o modelo biomédico centralizado.

Como limitação deste estudo, a falta de dados quantitativos ou mesmo, estudos que elaborem dados qualitativos, contribuem para a falta de avaliação do método. Nesse ínterim, percebe-se que ainda existem poucos estudos acerca da técnica de Auriculoterapia e demais práticas integrativas no contexto do SUS.

REFERÊNCIAS

Andrade, J.T. (2006). Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: edufba: eduece.

ARTIOLI, D., TAVARES, A., BERTOLINI, G. Auriculoterapia: neurofisiologia, pontos de escolha, indicações e resultados em condições dolorosas musculoesqueléticas: revisão sistemática de revisões. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 356-361, Dez. 2002. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190065>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/9pVWPsnM8b59ZSwydtjBk8C/?lang=pt>. Acesso em: 17/02/2022.

Abbate, S. (2016) Chinese auricular acupuncture: crc press.

Brasil. (2011). Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. Relatório de gestão 2006/2010 – Práticas integrativas e complementares no SUS / Ministério da saúde, secretaria de atenção a saúde, Departamento de atenção básica/ Coordenação nacional de práticas integrativas e complementares. –Brasília.

Cunha, G.T. (2005). A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec.

Da Silva, M., Dorsher, P. Neuroanatomic and clinical correspondences: acupuncture and vagus nerve stimulation. **J Altern Complement Med**, Nova York, v. 20, n. 4, p. 233-40, Abr. 2014. DOI: 10.1089/acm.2012.1022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24359451/>. Acesso em: 08/09/2021.

Gonçalo, C. D.S. (2010). Aplicações da acupuntura e Auriculoterapia no cenário odontológico e na atenção primária em saúde [dissertação]. Piracicaba (SP): universidade de campinas.

Hou P, *et al.* The History, Mechanism, and Clinical Application of Auricular Therapy in Traditional Chinese Medicine. **Evid Based Complement Alternat Med**, Oxford. Dez. 2015. DOI: 10.1155/2015/495684. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26823672/>. Acesso em: 08/09/2021.

Jales RD, Gomes ALC, Silva FV da, Pereira IL, Costa LFP, Almeida SA de. Auriculoterapia no cuidado da ansiedade e depressão. **Rev enferm UFPE on line**. 2019;13:e240783 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240783>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240783#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20evidenciou%2Dse%20que%20o,a%20produ%C3%A7%C3%A3o%20de%20novos%20estudos>. Acesso em: 12/03/2022.

Hohenberger, G., Dallegrave, D. Auriculoterapia para profissionais de saúde: percursos possíveis da aprendizagem a implantação na unidade de saúde. **Saúde Redes**, Porto Alegre, v. 2, n. 4, p. 372-382. Dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n4p372-382>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087196>. Acesso em: 12/03/2022.

Moura, C., *et al.* Auriculoterapia eficaz na ansiedade. **Revista Cubana de Enfermagem**, Havana, v. 30, n. 2, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/596/90>. Acesso em: 18/03/2022.

Oleson, T. (2013). Auriculotherapy manual: chinese and western systems of ear acupuncture. 4. ed. London: elsevier health sciences.

Quah-Smith, I. *et al.* Report from the 9th International Symposium on Auriculotherapy Held in Singapore. **Medicines**, Basel, v. 4, n. 3, p. 10-12, Ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicines4030046>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622381/>. Acesso em: 18/03/2022.

Tan J., *et al.* Adverse events of auricular therapy: a systematic review. **Evid Based Complement Alternat Med**, Oxford, DOI: 10.1155/2014/506758. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK292897/>. Acesso em: 18/03/2022.

Wang, Y. (2008). Micro-acupuncture in practice: Elsevier health sciences.

Who. (2013). World health organization. Who traditional medicine strategy, 2014-2023. Geneva World Health Organization.

CAPÍTULO 14

CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS EM PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 06/03/2022

Cristiane Marolli

Unidade Central de Educação Faem Faculdade
– UCEFF
Chapecó. Santa Catarina
ORCID 0000-0001-7715-9691

Grasiele Fatima Busnello

Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC
Chapecó. Santa Catarina
ORCID 0000-0002-2027-0089

RESUMO: Objetivo: identificar os cuidados de enfermagem frente às reações transfusionais ocorridas em pacientes adultos hospitalizados. Metodologia: a pesquisa foi fundamentada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura propostos por Ganong. Para a seleção dos estudos foram acessadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Scielo e Google Acadêmico, por meio da consulta de periódicos nacionais e internacionais. Foi realizada uma busca livre utilizando os descritores: “Reação Transfusional”, “Cuidados de Enfermagem”, “Segurança Transfusional”, separados pelo operador booleano “AND”. Resultados: O levantamento bibliográfico foi realizado no período de outubro e novembro de 2019, resultando em 19 artigos. Os resultados obtidos na revisão integrativa foram categorizados na utilização de instrumentos

para embasar a prática transfusional. Analisar a conformidade da prática do enfermeiro na terapia transfusional de acordo com a legislação vigente e sua participação nas ações de hemovigilância. Estudar os sinais e sintomas apresentados nas reações aos hemocomponentes registrados. Analisar o processo de registro de monitorização do ato transfusional. Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre hemoterapia, reações transfusionais imediatas e cuidados indicados e identificar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre a reação transfusional, antes e após atividade de educação permanente e ligadas ao ensino.

PALAVRAS-CHAVE: Reação transfusional; cuidados de enfermagem; segurança transfusional.

NURSING CARE AGAINST TRANSFUSION REACTIONS IN HOSPITALIZED ADULT PATIENTS

ABSTRACT: Objective: to identify nursing care in the face of transfusion reactions in adult hospitalized patients. Methodology: the research was based on the assumptions of the integrative literature review proposed by Ganong. For the selection of studies, the databases of the Virtual Health Library (VHL) Scielo and Google Scholar were accessed, by consulting national and international journals. A free search was performed using the descriptors: “Transfusion Reaction”, “Nursing Care”, “Transfusional Safety”, separated by the Boolean operator “AND”. Results: The bibliographic survey was carried out between October and November 2019, resulting

in 19 articles. The results obtained in the integrative review were categorized in the use of instruments to support the transfusion practice. To analyze the compliance of nurses' practice in transfusion therapy according to current legislation and their participation in hemovigilance actions. Study the signs and symptoms presented in the reactions to the registered blood components. Analyze the process of recording the monitoring of the transfusion act. To verify the knowledge of the nursing team about hemotherapy, immediate transfusion reactions and indicated care and to identify the knowledge of Nursing professionals about the transfusion reaction, before and after permanent education activities linked to teaching.

KEYWORDS: Transfusion reaction; nursing care; transfusion safety.

1 | INTRODUÇÃO

A hemoterapia é o emprego terapêutico do sangue e hemoderivados nos cuidados a saúde, atuando interdisciplinarmente com enfermeiros, médicos, bioquímicos e assistentes sociais (SILVA *et al.*, 2017).

A hemoterapia no país é regulamentada pela portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013, que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, e pela RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue, compreendendo desde o processo de captação de doadores até a transfusão de sangue, seus componentes e hemoderivados, originados do sangue humano, visando garantir qualidade em todo processo (BRASIL 2013a).

As transfusões de sangue total ou hemocomponentes possuem inúmeras indicações, incluindo pacientes que tiveram perda significativa de volume sanguíneo, traumatismos, cirurgias, hemorragias, ou mesmo por alterações hematológicas decorrentes de doenças (PASSERINI, 2019). Em contrapartida existem muitos motivos que levam à moderação quanto ao uso da transfusão sanguínea, os quais envolvem desde questões religiosas às diversas complicações durante a transfusão. A transfusão sanguínea é um dos cinco procedimentos mais realizados no mundo e sua prescrição é feita para 10% de todos os pacientes internados (ENCAN; AKIN, 2019).

A transfusão é considerada um evento irreversível, a qual acarreta riscos para o receptor, durante ou após sua administração, classificadas em reações imunes e não imunes, agudas ou crônicas. Também é classificada quanto ao tempo de aparecimento do quadro clínico laboratorial, podendo ser imediata, quando a ocorrência da Reação Transfusional (RT) for durante a transfusão ou até 24 horas após o seu início, ou tardia, quando a ocorrência da RT for após 24 horas do início da transfusão (CARNEIRO; BARP; COELHO, 2017).

Os incidentes devem ser notificados no sistema de informações da vigilância sanitária, juntamente com a reação que foi provocada, devendo também comunicar o serviço produtor do hemocomponente, possibilitando ações corretivas ou preventivas dependendo da situação (BRASIL, 2015a).

A equipe de enfermagem, por permanecer à frente da assistência durante as 24 horas do dia, exerce papel fundamental na terapia transfusional. A hemotransfusão deve ser realizada por profissionais qualificados e com habilidades e competências técnicas específicas, em condições e ambiente seguro para atender possíveis intercorrências, para que, desta forma, seja assegurada a qualidade do cuidado prestado (SILVA *et al.*, 2017).

Considerando o cenário atual da hemoterapia e das transfusões sanguíneas, questiona-se: quais são os cuidados de enfermagem frente às reações transfusionais? Com este enfoque o estudo objetivou identificar na literatura nacional e internacional os cuidados de enfermagem frente às reações transfusionais ocorridas em pacientes adultos hospitalizados. Ainda, identificar as condutas do enfermeiro frente às reações transfusionais. E por conseguinte, identificar quais são as reações transfusionais mais frequentes em pacientes hospitalizados.

2 | METODOLOGIA

Este estudo foi fundamentado nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (GANONG, 1987) e seguiu as seguintes etapas: identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção de amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; organização do material em formato de tabela; análise e discussão dos dados e apresentação dos resultados em forma de artigo científico.

Para possibilitar a análise dos estudos formulou-se um protocolo de pesquisa, analisado e validado por duas docentes pesquisadoras da Unidade Central de Educação Faem Faculdade (Uceff), com expertise neste método de pesquisa. Após a validação do protocolo, o mesmo seguiu o rigor metodológico recomendado para a pesquisa.

Para a seleção dos trabalhos foram acessadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Scielo e Google Acadêmico, por meio da consulta de periódicos nacionais e internacionais. Foi realizada uma busca livre utilizando os descritores: “Reação Tranfusional”, “Cuidados de Enfermagem”, “Segurança Transfusional”, separados pelo operador booleano “AND” descritos na língua portuguesa e inglesa. O levantamento bibliográfico foi realizado no período de outubro e novembro de 2019.

Foram selecionados para o estudo somente artigos científicos (originais revisões sistematizadas, relatos de experiências); trabalhos cujo resumo abordou o tema Reações Transfusionais; disponíveis *on-line*, na forma completa, publicados no período de janeiro de 2014 a novembro de 2019.

Foram excluídos outros tipos de publicações, como teses, dissertações, monografias, revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulo de livros, publicações governamentais e boletins informativos, estudos duplicados e estudos disponibilizados somente mediante pagamento.

A busca, seleção e organização dos estudos ocorreu em duas etapas. Na primeira, foi realizada a busca livre e quantitativa dos trabalhos apresentados nas bases, além de leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados.

Os estudos pré-selecionados para análise foram dispostos em uma matriz com as seguintes informações organizadas em pastas do Microsoft Word®: título, autores, periódico, ano, natureza do estudo, objetivos e principais achados/conclusões.

A análise dos achados foi realizada a partir da leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o intuito de constatar a aderência ao objetivo desta pesquisa. No âmbito de cada item da matriz, as ideias foram agrupadas por similaridade, de modo a compor uma síntese narrativa e estruturar as “dimensões temáticas” dos estudos. Após novas leituras dos textos completos, outros estudos foram descartados, por não atenderem os critérios definidos.

A avaliação seguiu o modelo analítico de Ganong (1987), que orienta a revisão integrativa da literatura. Por esse motivo, não ocorreu o envolvimento direto com seres humanos, não sendo necessária a apreciação da investigação por um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. Diante dos aspectos éticos desta pesquisa, respeitou-se a autoria dos estudos pesquisados, sendo os mesmos referenciados sempre que utilizados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados da pesquisa resultaram preliminarmente em: 2 artigos na BVS, 3 artigos Scielo e 19 artigos no Google Acadêmico. Após a leitura dos textos completos, excluiu-se 3 por não atenderem de forma direta aos objetivos propostos, restando ao final 19 artigos, conforme exposto em fluxograma a seguir:

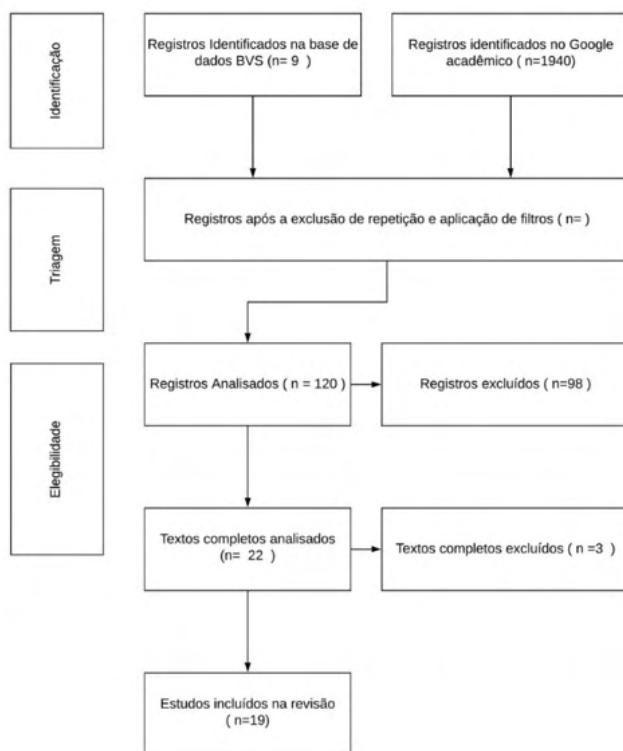


Figura 1. Fluxograma da seleção de publicações.

Código	Título do artigo	Ano	País	Revista
B1	Boas Práticas de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Cuidados Durante e Após a Transfusão Sanguínea	2014	Brasil	REME- Revista Mineira de Enfermagem
A2	Cuidados de Enfermagem na Transfusão de Sangue: um Instrumento para Monitorização do Paciente	2015	Brasil	Texto e Contexto Enfermagem,
B4	Enfermagem na Terapia Transfusional e Hemovigilância: Análise da Conformidade em um Hospital de Ensino	2014	Brasil	Saúde (Santa Maria)
B3	Reações Transfusionais em um Hospital Cearense Acreditado: uma Abordagem em Hemovigilância	2014	Brasil	Arquivos de Medicina
B2	Monitorização Transfusional: Análise da Prática Assistencial em um Hospital Público de Ensino	2016	Brasil	Einstein
B1	Hemoterapia e Reações Transfusionais Imediatas: Atuação e Conhecimento de uma Equipe de Enfermagem	2017	Brasil	REME- Revista Mineira de Enfermagem

B2	Hemoterapia: um Desafio no Cotidiano da Equipe de Enfermagem	2016	Brasil	Revista de Enfermagem- UFPE on line
B5	Conhecimento de Profissionais de Enfermagem Sobre Atuação em Hemotransusão	2017	Brasil	Revista Ciência e Saúde
B4	A Atuação do Enfermeiro na Gestão do Cuidado em Reações Transfusionais	2019	Brasil	Revista Eletrônica Acervo Saúde
B4	Cuidados de Enfermagem para Segurança do Paciente Em Hemoterapia	2016	Brasil	Revista de Enfermagem UFPI
B1	Percepção dos Enfermeiros Quanto à Assistência de Enfermagem no Processo Transfusional	2018	Brasil	Enfermagem em Foco
B1	Educação Permanente de Equipe de Enfermagem em Reação Transfusional	2019	Brasil	Revista de enfermagem UFPE on line
B4	Segurança do Paciente na Hemotransusão: Atitude e Conhecimento de Enfermeiros no Sudoeste de Goiás	2018	Brasil	Revista Eletrônica de Graduação e Pós Graduação Em Educação (Ufg/ Rej)
B2	Monitorização Transfusional: Análise da Prática Assistencial em um Hospital Público de Ensino	2016	Brasil	Einstein
B5	As Práticas de Segurança do Paciente no Processo de Trabalho de uma Agência Transfusional	2018	Brasil	Revista de Enfermagem. UFJF - Juiz de Fora
B4	Reações Adversas Relacionadas À Hemotransusão em um Hospital Público do Nordeste	2019	Brasil	Revista UNINGÁ
A2	Cuidados de Enfermagem na Transusão de Sangue: Um Instrumento Para Monitorização do Paciente ¹	2016	Brasil	Texto Contexto Enfermagem
B2	Hemoterapia: Um Desafio no Cotidiano da Equipe de Enfermagem	2016	Brasil	Revista de enfermagem UFPE on line (REUOL)
B2	Guía de Cuidados de Enfermería para la Administración de la Sangre Y Sus Componentes (Revisión Integrativa)	2019	Costa Rica	Revista Eléctronica Enfermería Actual en Costa Rica (REVENF)

Quadro 1. Síntese dos artigos segundo título, periódico e ano.

Fonte: autoras.

Os resultados obtidos destacam para a importância da utilização de instrumentos para embasar a prática transfusional, segundo estudo de Souza; Cerqueira, (2014) a elaboração deste tipo de instrumento foi positiva, obtendo resultados favoráveis quando desenvolvido em conjunto com os profissionais envolvidos no processo transfusional.

Para Reis *et al.*, (2016) é um desafio elaborar e implementar estratégias que possibilitem aprimorar os registros, assim como a assistência prestada. Seu estudo

analisou 1.012 instrumentos, dos quais 53,4% apresentaram falhas no preenchimento, 6% das infusões foram iniciadas após o tempo preconizado e 9,3% dos pacientes não tiveram os sinais vitais registrados, demonstrando falhas no processo de registro da monitorização transfusional, que podem gerar maior ocorrência de eventos adversos relacionados à administração de hemocomponentes.

Visando contribuir para identificação e intervenção precoce diante de Reações Transfusionais, Mattia; Andrade (2016), identificaram que os profissionais compreendem o conceito de qualidade e procuram implementar ações para alcançá-la, para tal estruturaram um instrumento que permitirá o registro das informações sobre a transfusão de sangue, servindo como ferramenta para monitorar o paciente submetido a essa terapêutica, onde reforçam também a importância da atuação do enfermeiro na prática transfusional e de estudos relacionados à enfermagem, visando contemplar as práticas transfusionais no que concerne à gestão da qualidade.

Quanto ao conhecimento dos profissionais envolvidos no processo transfusional, o estudo de Beserra *et al.*, (2014), conclui que os enfermeiros sentem-se pouco informados no que tange à prática hemoterápica e que nem sempre procedem com segurança frente a uma Reação Transfusional, possivelmente relacionado à escassez de treinamentos acerca da prática transfusional, pois 58% dos participantes referem estar pouco informados sobre terapia transfusional e hemovigilância, além de os mesmos associarem este fato à demanda de trabalho e o aporte de recursos humanos nem sempre adequados.

Seguindo esta mesma lógica os resultados de Amaral *et al.*, (2016) mostram conhecimento pouco significativo por parte da equipe de enfermagem sobre os cuidados pré - transfusionais e diante de uma reação, destaca a necessidade desses profissionais terem educação permanente, visando a um melhor atendimento e sem riscos maiores para o paciente.

Assim como Souza; Cerqueira (2019), em uma revisão integrativa sobre o tema, após a análise dos artigos selecionados, revelou a deficiência nos conhecimentos relacionados à terapia transfusional e a necessidade de capacitação, contempladas desde a graduação e da absorção de novos conhecimentos pelos diversos cenários educacionais aos enfermeiros e profissionais direta e constantemente envolvidos na gestão de cuidados, sendo fundamental a garantia de formação e educação adequada, bem como atualizações e reciclagens regulares.

Já para Carneiro; Barp; Coelho (2017) a maioria dos participantes (62%) informou se sentir preparada para acompanhar o paciente durante a terapia transfusional e 65,38% possuem o costume de acompanhar o paciente durante esse procedimento. Em relação aos sinais e sintomas das reações transfusionais, poucos foram citados.

Assim como para Silva *et al.*, (2017), o conhecimento da enfermagem sobre transfusão sanguínea foi satisfatório, pois os profissionais souberam citar indicações e efeitos colaterais de transfusão de hemocomponentes, porém de forma pouco satisfatória,

o tempo de transfusão, acesso venoso e conhecimento sobre doadores e receptores universais. De uma forma geral, demonstraram conhecimento superficial. Segundo este estudo, torna-se indispensável que o conhecimento científico seja atualizado e baseado em evidências, pois a teoria aliada à prática irá reduzir as chances de iatrogenia.

Nazário *et al.*, (2019) compôs a amostra por 37 profissionais de Enfermagem, aplicando pré e pós teste diante de treinamento para executar a transfusão. Quanto às avaliações, o percentual de acerto foi de 56% no pré-teste, enquanto, no pós-teste, esse percentual subiu para 87%, uma melhora de 31% no percentual de acerto. Mostrou-se, que o treinamento em reação transfusional se deu de maneira satisfatória.

A presença do profissional com conhecimento específico na área de atuação torna-se fundamental, já que a enfermagem não pode ficar alheia às mudanças, esta foi a percepção de Rodrigues; Brum; Baptista (2018), quando os participantes receberam capacitações específicas para atuar na hemoterapia, realizadas mensalmente pela coordenação do setor no horário de trabalho da equipe envolvida, com a participação de profissionais como hematologista, bioquímica e equipe de enfermagem, concluindo que a hemoterapia na atualidade é muito mais segura, contudo, não está isenta de eventos relacionados a falhas humanas, erros ou quase erros.

Quanto a abordagem do tema ainda na graduação, Pereira *et al.*, (2016) expõe as respostas dos alunos evidenciando a superficialidade de aulas explicativas, na maioria das vezes, teóricas. Os acadêmicos citaram vários cuidados de enfermagem aos pacientes em hemoterapia, no entanto, deixaram de detalhá-los.

Entre os artigos que compõem esta revisão, destaca-se o estudo de Carneiro; Barp; Coelho (2017) e os resultados referem-se aos principais sinais e sintomas apresentados pelos receptores durante a transfusão sanguínea, as principais respostas foram: febre (62,07%), seguida de prurido (44,83%) e tremor (37,93%). Poucos (28%) souberam informar o período em que esses sinais podem surgir. Sobre os cuidados que devem ser tomados diante das reações transfusionais imediatas, a resposta mais citada foi interromper a transfusão (93,10%), seguida de comunicar o médico (86,21%) e comunicar o banco de sangue (48,28%).

Os principais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes acometidos por RT, no estudo de Beserra *et al.*, (2014), foram os de fácil observação como febre, dispnéia e urticária de um total de 4899 bolsas de hemocomponentes transfundidas, destas, 48,6% corresponderam a concentrados de hemácias, 34,4% plasma fresco congelado, 13,3% concentrados de plaquetas e 3,8% crioprecipitados. Dentre as indicações, as justificativas para uso foram 65,5% anemia, 12,2% hemorragia, 12,2% tempos de coagulação alterados e 9,8% plaquetopenia. Um total de 70,7% das reações foram provocadas por concentrado de hemácias, 17,1% por plasma fresco congelado e 12,2% por concentrado de plaquetas. As reações imediatas representaram 92,7% do total. Os principais sintomas apresentados nas reações foram febre (55,6%), dispneia e urticária (8,9% cada). O concentrado de

hemácias foi o hemocomponente mais transfundido, já o setor com maior consumo foi a UTI, destacando-se a anemia seguida de hemorragia com maior incidência de indicação transfusional.

Abreu *et al.*, (2019) constituiu uma amostra de 37 registros de pacientes que sofreram RT, os resultados mostraram que a principal indicação para transfusão foi a anemia e o concentrado de hemácias foi o hemocomponente mais infundido. Todas as reações ocorridas foram imediatas e a mais acometida foi a Reação Febril não Hemolítica, ainda se observou que os exames laboratoriais com a bolsa de sangue após a detecção da reação não foram realizados na maioria dos casos e destacou também a subnotificação como uma realidade que deve ser fervorosamente combatida, pois atua como entrave para o avanço da hemovigilância.

Observou-se que os enfermeiros percebem a importância de sua atuação no processo transfusional, relatam procedimentos indispensáveis à execução do mesmo, a fim de desempenhar com segurança todas as suas atribuições (FORSTER *et al.*, 2018).

Leite *et al.*, (2018), relatam que dos investigados, 21 (67,7%) enfermeiros conhecem a RDC 34; 20 (64,5%) referem tempo máximo de infusão de 4 horas, 16 (51,6%) consideram-se informados sobre o tema. Sobre atitudes, 23 (74,2%) enfermeiros realizam verificação de sinais vitais no começo e final da transfusão; 20 (64,5%) investigam, registram e realizam ações corretivas frente a eventos adversos. Embora apenas 8% das questões tenham sido respondidas erroneamente, a necessidade de capacitação sobre hemotransfusão se fez presente no relato dos profissionais.

Bermúdez (2019) destacou os cuidados de enfermagem antes, durante e após a administração de hemocomponentes, relacionados ao receptor, qualidade do produto, materiais, prevenção e avaliação e intervenção oportuna em caso de possíveis reações adversas. Concluiu que o estabelecimento de diretrizes e protocolos de atendimento, à luz de evidências científicas, no campo da transfusão, e especificamente na transfusão de sangue e seus componentes, são as ferramentas básicas para padronizar alguns cuidados de enfermagem e garantir a segurança dos receptores, sem esquecer a proteção legal do profissional como parte ativa desse processo.

A terapêutica transfusional baseia-se na prática da transfusão de partes específicas do sangue, ou seja, aquela que o paciente realmente necessita, dispensando uso do sangue total (SILVA; SOARES; IWAMOTO, 2016). Mesmo com indicação clínica, a prática precisa de administração correta, respeitando todas as normas técnicas preconizadas desde a captação de doadores até a administração no paciente, devido ao risco sanitário que envolve (SILVA *et al.*, 2017).

Os hemocomponentes mais utilizados na prática clínica são o Concentrado de Hemácias, Plaquetas, Plasma Fresco Congelado, Crio Precipitado e Granulócitos, com indicações de validade, conservação e indicação de uso específicas. Quanto ao tempo em que a transfusão destes hemocomponentes, ressalta-se a transfusão de Concentrado de

Hemácias, que deve ser realizada durante, no máximo 4 horas, no caso de exceder este prazo a bolsa deve ser retirada e descartada, para CP e PFC deve-se correr aberto em no máximo 1 hora e para o CRIO deve-se correr em no máximo 30 minutos. O PFC e o CRIO assim que descongelados devem ser transfundidos o mais breve possível, a fim de preservar os fatores de coagulação que são termo lábeis (BONEQUINI JÚNIOR, 2017).

O paciente que possui indicação de receber transfusão de qualquer hemocomponente deve ser orientado sobre seus riscos e benefícios, bem como, assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a coleta de amostras do seu sangue para realização de tipagem sanguínea, teste de compatibilidade e pesquisa de anticorpos irregulares, além de avaliação de seu estado sorológico pré-transfusão (BRASIL, 2013a).

As transfusões podem ser classificadas como programada, quando em situações clínicas que possibilitem determinar o dia e horário. Não Urgente, quando pode ocorrer no prazo de 24 horas, urgente quando deve ocorrer em 3 horas; Extrema Urgência quando qualquer retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente (BONEQUINI JÚNIOR, 2017).

Contudo, existem situações em que o tempo necessário para isso pode colocar em risco a vida do paciente: são as chamadas transfusões de emergência. Nesses casos, permite-se a liberação do hemocomponente para transfusão com a autorização do médico assistente, mediante assinatura de um termo de responsabilidade no qual ele declara estar ciente dos riscos e que os assume devido à gravidade do quadro do paciente (BRASIL, 2013a).

Após a realização dos testes pré-transfusionais, deve ser anexada à bolsa uma etiqueta/rótulo, contendo dados de identificação da instituição onde ocorrerá a transfusão, identificação do receptor (nome completo, registro hospitalar, leito, tipagem ABO e Rh), dados do hemocomponente (tipo e volume, tipagem ABO e Rh, identificação numérica da bolsa). dados dos testes pré-transfusionais (resultados e nome do responsável por sua realização). Esta etiqueta/rótulo deve permanecer na bolsa durante toda a transfusão, sendo que ao término ela deve ser anexada ao prontuário do paciente garantindo a documentação completa do procedimento e sua rastreabilidade, incluindo os números dos hemocomponentes transfundidos (BRASIL, 2013b).

Ao receber a bolsa de hemocomponente, o transfusionista deve inspecionar a bolsa para verificar sua integridade, anormalidades no hemocomponente como coágulos, grumos, presença de fibrina ou coloração anormal, observar a prescrição médica e comparar com o hemocomponente liberado, inclusive quanto aos preparos especiais como produtos lavados, filtrados ou irradiados (BRASIL, 2013b).

Quanto ao receptor, este deve ser cuidadosamente avaliado antes da instalação da transfusão. Qualquer sinal vital alterado, necessita de autorização médica para instalação da transfusão, principalmente em casos de cardiopatias ou nefropatias que necessitam de transfusões mais lentas para evitar sobrecarga volêmica, crianças muito pequenas,

idosos e pacientes com anemias crônicas que também exigem os mesmos cuidados. Outro fator importante a ser avaliado é quando o paciente tem história de reações transfusionais anteriores, necessitando assim de medicações profiláticas (BRASIL, 2013a).

A observação de qualquer alteração nas condições do paciente deve ser registrada imediatamente antes da instalação da transfusão para que reações transfusionais possam ser identificadas precocemente, incluído sinais vitais, coloração da urina e queixas álgicas. Realizar a identificação ativa, perguntando diretamente ao paciente ou ao seu acompanhante o nome completo do receptor e comparando a informação com a do cartão de transfusão que acompanha a bolsa, em seguida realizar a identificação passiva comparando, nome completo, registro hospitalar e outros dados contidos no bracelete de identificação do receptor com os dados do cartão de transfusão (BRASIL, 2013c).

Segundo o Ministério da Saúde, diante da suspeita de reação transfusional, deve-se: interromper imediatamente a transfusão e manter o acesso venoso com solução de cloreto de sódio a 0,9%, certificar-se de que não houve erro ou trocas na instalação do hemocomponente conferindo novamente os rótulos, identificação do paciente e prescrição médica verificar os sinais vitais e investigar as condições cardiorrespiratórias do paciente comunicar ao médico responsável pela transfusão. Também deve-se coletar amostras para exames, utilizando acesso venoso diferente daquele onde estava instalada a transfusão, enviar a bolsa de hemocomponente mesmo que vazia, com as amostras coletadas, ao serviço de hemoterapia (BRASIL, 2017).

Observar o volume e o aspecto da urina do paciente principalmente quando houver suspeita de incompatibilidade sanguínea e coletar amostras para enviar ao laboratório. Nos casos em que houver desconforto respiratório, manter o paciente em decúbito elevado e se necessário preparar material para oxigenoterapia, bem como administrar medicações prescritas e realizar outros procedimentos terapêuticos quando indicados pelo médico, mantendo o paciente sob rigorosa observação para garantir que a reação transfusional (ou suspeita) seja notificada ao serviço de hemoterapia, em impresso próprio. Registrar a ocorrência e todas as ações no prontuário do paciente (BRASIL, 2017).

Pacientes internados devem ser observados após o término da transfusão quanto à ocorrência de reações transfusionais imediatas ou tardias. No caso de transfusões ambulatoriais, os pacientes devem permanecer sob observação por uma hora antes de serem liberados e devem ser orientados a informar ao serviço onde realizaram a transfusão o aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de reação transfusional tardia, como febre, palidez, icterícia (pele e branco do olho amarelado) e coloração anormal da urina (BRASIL, 2013b).

As normas brasileiras tornam obrigatória a notificação de toda reação transfusional ao SNVS, podendo esta ser: confirmada, provável, possível, improvável e inconclusiva devem ser notificadas, bem como ao serviço de hemoterapia produtor e/ou à autoridade sanitária estará condicionada ao tipo de reação transfusional ou à sua gravidade. O

serviço de hemoterapia produtor do hemocomponente tem responsabilidade solidária, principalmente no que diz respeito às doenças infecciosas transmissíveis por transfusão. Nestes casos, é dever do serviço produtor realizar a retro vigilância (BRASIL, 2015b).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que a hemoterapia é um processo de alta complexidade que exige conhecimento por parte de toda a equipe de enfermagem devido ao envolvimento direto na segurança do ato transfusional.

Destaca-se a importância da realização de capacitações específicas direcionadas à prática transfusional, bem como a utilização de instrumentos que visam monitorar de maneira mais segura esta ação. No entanto, vale ressaltar, que sentir-se seguro não significa estar devidamente esclarecido e preparado para a execução de determinada tarefa, pois a falta de conhecimento específico pode acarretar danos graves ao paciente. Observou-se nos resultados deste estudo que a hemoterapia na atualidade busca ativamente tornar-se mais segura.

De maneira geral foram encontrados poucos estudos que abordaram diretamente os cuidados de enfermagem diante das reações transfusionais, sugere-se a realização de novos estudos que aprofundem a temática, sobretudo no que diz respeito diretamente aos cuidados de enfermagem, tendo em vista a importância de atendimento imediato, garantindo segurança e qualidade ao paciente assistido.

REFERÊNCIAS

ABREU, IM. et al. Reações Adversas Relacionadas à Hemotransfusão em um Hospital Público do Nordeste. **Revista UNINGÁ** - Maringá, v. 56, n. S6, p. 103-115, jul./set. 2019. ISSN 2318-0579. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2946>.

AMARAL, J.H.S. Hemoterapia: Um Desafio no Cotidiano da Equipe de Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 6):4820-7, dez., 2016. ISSN: 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11261/12887>.

BERMÚDEZ, Z.M.V. Guía de Cuidados de Enfermería para la Administración de la Sangre y sus Componentes (Revisión integrativa). **Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica. Edición Semestral Nº. 37**, Julio 2019 – Diciembre 2019. ISSN 1409-4568. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/36531>.

BESERRA, M.P.P. et al. Reações Transfusionais em um Hospital Cearense Acreditado: Uma Abordagem em Hemovigilância. **Arquivos de Medicina. Arq Med** vol.28 no.4 Porto ago. 2014 2014;28[4]:99-103 On-line ISSN 2183-2447. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132014000400002.

BRASIL. **Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013**. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 12 de novembro de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico em Hemoterapia Brasília**: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. **Técnico em hemoterapia: livro texto** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. **Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA 2015a. Disponível em https://www.hemocentro.unicamp.br/arquivos/2018/09/Guia-Hemovigilancia-Marco-conceitual_Anvisa2015-1.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia para uso de hemocomponentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 136 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderno de informação: sangue e hemoderivados: dados de 2015**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BONEQUINI JÚNIOR, P. **Manual de transfusão de sanguínea para médicos HCFMB** / Pedro Bonequini Júnior, Patrícia Carvalho Garcia; Colaboradores Paulo Eduardo de Abreu Machado, Elenice Deffune. - Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, HC/FMB, 2017.

CARNEIRO, V.S.M.; BARP, M.; COELHO, M.A. Hemotherapy and immediate transfusion reactions: action and knowledge of the nursing team. **REME – Rev Min Enferm.** 2017;21:e-1031. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1167>.

ENCAN, B.; AKIN, S. Knowledge of Blood Transfusion Among Nurses. **J Contin Educ Nurs**, 50 (4), 176-182. 2019.

FORSTER, F. et al. Percepção dos enfermeiros quanto à assistência de enfermagem no processo transfusional. **Enferm. Foco** 2018; 9 (3): 71-75. Eletrônico ISSN: 2357-707X. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1509>.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

LEITE, G.R. *et al.* Segurança do Paciente na Hemotransusão: atitude e conhecimento de enfermeiros no Sudeste de Goiás. **Itinerarius Reflectionis**. 14, 4 (dez. 2018), 01 -13. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rir.v14i4.54978>.

MATTIA, D; ANDRADE, SR. Cuidados de Enfermagem na Transfusão de Sangue: um Instrumento para Monitorização do Paciente. **Texto contexto - enferm.** vol.25 no.2 Florianópolis 2016. Epub June 07, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002600015>.

NAZÁRIO, S.S. et al. Educação Permanente de Equipe de Enfermagem em Reação Transfusional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 13(2):307-14, fev., 2019. ISSN: 1981-8963. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a235938p307-314-2019>.

PASSERINI, H. M. Contemporary transfusion science and challenges. **AACN Adv Crit Care**. 30 (2), 139-150. 2019.

PEREIRA, C.S. et al. Nursing care for safety patient in hemotherapy. **Rev Enferm UFPI**. 2016 Jan-Mar;5(1):28-33. ISSN: 2238-7234

REIS, V.N. et al. Monitorização transfusional: análise da prática assistencial em um hospital público de ensino. **Einstein (São Paulo)**. 2016, vol.14, n.1, pp.41-46. ISSN 1679-4508. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3555>.

RODRIGUES, T; BAPTISTA, C.L.B.M. As Práticas de Segurança do Paciente no Processo de Trabalho de uma Agência Transfusional. **Revista de Enferm. UFJF**. 12/12/2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2Fdx.doi.org%2F10.34019%2F2446-5739.2018.v4.14016>.

SILVA, E. M., VIEIRA, C. A., SILVA, F. O., FERREIRA, E. V. Desafios da enfermagem diante das reações transfusionais, Brasil. **Rev. Enferm. UERJ**. 25, 11552. 2017. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/11552/22666>

SOUZA, W.F.R; CERQUEIRA, E.T.V. A atuação do enfermeiro na gestão do cuidado em reações transfusionais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 21, p. e586, 17 mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e586.2019>.

CAPÍTULO 15

NEUROTOXOPLASMOSE E NEUROSSÍFILIS EM PACIENTE COM HIV: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE TRABALHO

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 28/02/2022

Eliza Paixão da Silva

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/4224876295514883>

Alessandra de Cássia Lobato Dias

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/9839920050729454>

Ana Clara Lima Moreira

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/1560062125314558>

Ariane Salim do Nascimento

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/5429222238028076>

Evelyn Rafaela de Almeida dos Santos

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/5043420698011292>

Geovana Brito Nascimento

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/1261432060403778>

Ianka Caroline Saldanha da Silva

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/3881171904409089>

Leilane Almeida de Moraes

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2389105113892226>

Nicole Pinheiro Lobato

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/6596732972508805>

Pedro Israel Mota Pinto

Graduando de Geografia pela Universidade do
Estado do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/4402390674632112>

Tatyellen Natasha da Costa Oliveira

Enfermeira pela Universidade do Estado do
Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/6933511784466926>

Vitória Moraes de Sousa

Enfermeira pelo Centro Universitário do Estado
do Pará (CESUPA)
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/6904324555289253>

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem frente a utilização

do Diagnóstico de Enfermagem na elaboração de um plano de cuidados para pacientes com HIV, Neurosífilis e Neurotoxoplasmose. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas de enfermagem durante as aulas práticas de Enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias. O público alvo foi um paciente diagnóstico com HIV e co-infecção de Neurosífilis e Neurotoxoplasmose, internado na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um hospital de referência na região norte. **Resultados:** Elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem, a partir das classificações internacionais NANDA, NIC E NOC, e com base na evolução clínica do paciente. **Conclusão:** Evidenciou-se a importância da utilização do Diagnóstico de Enfermagem como ferramenta potencializadora do processo de trabalho e da qualidade de assistência prestada a pacientes hospitalizados com HIV e coinfeções.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de Enfermagem, HIV, Plano de Cuidados, Processo de Trabalho.

NEUROTOXOPLASMOSIS AND NEUROSYPHILIS IN PATIENT WITH HIV: NURSING DIAGNOSES AS A WORK TOOL

ABSTRACT: Objective: To report the experience of nursing students regarding the use of Nursing Diagnosis in the elaboration of a care plan for patients with HIV, Neurosyphilis and Neurotoxoplasmosis. **Methods:** This is a descriptive study of the experience report type, conducted by nursing students during the practical classes of Nursing in Infectious and Parasitic Diseases. The target audience was a patient diagnosed with HIV and co-infection with Neurosyphilis and Neurotoxoplasmosis, admitted to the Infectious and Parasitic Diseases Unit of a referral hospital in the northern region **Results:** A nursing care plan was developed based on the international classifications NANDA, NIC and NOC, and based on the clinical evolution of the patient. **Conclusion:** The importance of using the Nursing Diagnosis as a tool to enhance the work process and the quality of care provided to hospitalized patients with HIV and co-infections was highlighted.

KEYWORDS: Nursing Diagnosis, HIV, Care Plan, Work Process.

1 | INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) causador de infecção que pode evoluir para a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA/AIDS), é responsável por um ataque severo às células de defesa Linfócitos T CD4+, que causam uma queda brusca da imunidade de seu hospedeiro (BRASIL, 2019).

É uma doença muito importante de ser abordada na atualidade devido à múltiplos fatores, como o seu caráter epidemiológico pandêmico, seu transcorrer e abertura imunológica para outras doenças oportunistas, além do estigma social ainda presente na sociedade brasileira sobre a doença, o vírus, seu quadro clínico e modos de transmissão, mesmo tendo um acompanhamento viável por meio do Tratamento Anti-Retroviral (TARV), que permite que o indivíduo infectado consiga diminuir sua carga viral e ter uma vida normal (BRASIL, 2017).

A presença do HIV no organismo do hospedeiro não irá definir que este se encontra

com a doença, sendo essa definição feita a partir de critérios pré-estabelecidos por idade e listados nos fluxogramas oficiais do Ministério da Saúde, a partir do Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2019).

O agente etiológico da AIDS pode ser transmitido por via sexual, pelo sangue e pelo leite materno, estando ainda muito presente na população homossexual, transexual e profissionais do sexo, além disso, também se concentra o diagnóstico de casos novos principalmente nas regiões Sudeste e Nordeste, identificando-se, assim, questões ligadas à vulnerabilidade e fragilidade social destas populações, além de questões relacionadas à um grande contingente populacional (Tabela 1).

Ano Notificação	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Total
TOTAL	1.144	2.654	4.410	2.121	830	11.159
2014	0	0	0	0	1	1
2015	280	704	1.025	593	198	2.800
2016	308	752	1.306	627	204	3.197
2017	403	835	1.476	647	276	3.637
2018	153	363	603	254	151	1.524

Tabela 1: Casos de AIDS notificados no Brasil de 2014 à 2018, por região.

Fonte: DATASUS, 2019.

A principal característica da AIDS é a depressão do sistema imunológico, que permite uma maior abertura para o contágio de outras doenças, como o caso da tuberculose, outras IST's (Sífilis, Hepatites Virais e etc.) e, não raramente, doenças do trato neuronal, como as meningites, neoplasias e a neurotoxoplasmose (BRASIL, 2019).

A neurotoxoplasmose (NTX) se caracteriza por ser uma doença de infecção principal no Sistema Nervoso Central (SNC), ocasionada pelo parasita *Toxoplasma gondii* e com maior facilidade de infestação em indivíduos imunodeprimidos, devido ao tropismo neuronal viral e pela dificuldade de as drogas antirretrovirais penetrarem a barreira hematoencefálica, deixando a área do SNC mais propensa aos ataques dos parasitas, que provocam lesões nas células nervosas (NEVES, 2016).

A NTX possui uma incidência alta em pacientes com HIV, sendo a principal doença oportunista do trato nervoso neste perfil de paciente, porém, vem diminuindo sua prevalência em função das terapias antirretrovirais e da utilização de prevenções do tipo primárias, que se baseiam em diminuir o risco para exposição ao parasita e, o risco para exposição ao HIV (MARTINS, J. C. M.; CRUZEIRO, M. M.; PIRES, L. A., 2015).

O quadro clínico da NTX é observado a partir de cefaleia, convulsões, febre, confusão mental e sinais focais como hemiparesia. Para diagnosticar-la é necessária a realização de exame histopatológico, sendo indicada a realização de Tomografia Computadorizada (TC) para identificar as possíveis lesões cerebrais que o parasito causa (BRASIL, 2018). Nesse mesmo contexto de tropismo viral neuronal, observa-se a facilidade de instalação

da Neurosífilis (NS) em pacientes com HIV, além do fato da Sífilis ser transmitida da mesma forma que o vírus da AIDS, por via sexual, contato com sangue infectado e pelo leite materno (CAIXETA, L. *et al.* 2014. ARAÚJO, I. R. *et al.* 2019).

A neurosífilis evolui de uma infecção de Sífilis causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, e tem um quadro clínico bastante inespecífico, podendo facilmente ser confundida com outras doenças do Sistema Nervoso. Sinais e sintomas tais como paralisia, convulsões, confusão mental, alucinações visuais e auditivas, além de uma forma maniaco-depressiva (AMARO HJF, PIRES AM. 2017).

Com tantas variáveis presentes no quadro clínico das doenças e suas características é necessário que os profissionais de Enfermagem tenham uma boa base de entendimento sobre o seu próprio processo de trabalho e como isso influencia na assistência prestada. Por isso, a utilização do Processo de Enfermagem como ferramenta desta assistência pode permitir uma melhor adaptação do paciente no transcorrer do seu tratamento.

O Processo de Enfermagem (PE) ocorre em 5 etapas: Coleta de dados; Diagnósticos; Planejamento; Implantação; e Avaliação. Destas, na etapa de Diagnósticos utiliza-se a padronização da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), a qual lança a cada 3 anos um livro com estes diagnósticos atualizados. Sua utilização é de extrema importância, visto que a padronização no processo de trabalho evita que ocorram situações a cargo da subjetividade, reduz o risco de iatrogenias e dinamiza esta etapa do PE (CORDEIRO L, SOARES CB., 2015).

Nesse sentido, observa-se a necessidade de discutir os Diagnósticos de Enfermagem frente à qualidade de assistência no processo de co-infecção HIV-NTX-NS, devido à ampla distribuição de sinais e sintomas físicos, motores, psicossociais e psiquiátricos, os quais demonstram o quanto este indivíduo necessita de apoio da equipe de saúde. Portanto, este trabalho objetiva relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem na elaboração de um plano de cuidados para paciente com HIV, neurosífilis e neurotoxoplasmose.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no ano de 2019, a partir das aulas práticas de Enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias, em um Hospital Universitário conveniado a uma Universidade de Belém – Pará.

A proposta deste estudo surgiu a partir da participação de acadêmicas de enfermagem na rotina de uma Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (UDIP) do referido hospital, que conta com 23 enfermarias, compostas de 2, 3 ou 4 leitos cada uma, sendo divididas em 3 seções: ala feminina, ala masculina e ala infantil; além disso, realiza-se uma divisão interna com base nas determinadas doenças dos pacientes, sendo, aqueles que tem um mesmo agente etiológico, normalmente acabam por ficar na mesma enfermaria.

As aulas foram realizadas em um período de dez dias, nos quais foram vivenciadas as rotinas do Posto de Enfermagem quanto à organização interna de materiais, documentos e profissionais; as visitas de Enfermagem aos leitos e a realização de procedimentos necessários, bem como uma aplicação direta dos estudos teóricos acerca de precaução e isolamento; as Evoluções de Enfermagem no sentido de caracterizar este usuário da forma mais detalhada para que possibilite uma boa realização do Processo de Enfermagem; e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, padronizada pelo hospital para realização nas clínicas.

Partindo-se desta observação, a professora orientadora selecionou um caso hipotético para ser debatido em sala de aula, montado um plano de cuidados e a partir deste plano, a mesma colocou quais as melhoras que o paciente teve. O caso clínico hipotético foi montado a partir de um paciente convivendo com HIV, com Neurotoxoplasmose e Neurosífilis.

3 | RESULTADOS

A partir do caso clínico direcionado pela docente, identificou-se a ficha de admissão do paciente (Quadro 1), além disso, montou-se visitas periódicas para acompanhar a evolução (Quadro 2) e, por fim, operacionalizou-se uma SAE com base nas principais complicações advindas das três principais doenças: AIDS, Neurosífilis e Neurotoxoplasmose (Quadro 3).

Identificação	Paciente do gênero masculino, cis, 25 anos, proveniente do interior do Pará, solteiro, sem filhos.
Dados Socioeconômicos	Ensino médio completo, residente de área periférica com acesso insuficiente de coleta seletiva de lixo e saneamento básico.
Queixa principal	Paciente internado na UDIP de um hospital público de Belém - PA, referenciado de uma Unidade de Pronto Atendimento após crise convulsiva em sua residência, encontrava-se em estado de fraqueza, tosse produtiva, febre intermitente há 4 dias, dificuldade de deambular em função de dores em MMII, parestesia e confusão mental, com teste-rápido reagente para HIV e Sífilis.
Diagnóstico inicial	Neurotoxoplasmose.
Antecedentes mórbidos pessoais	Nega doença crônica como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial; nega uso de álcool e tabagismo; nega alergias.
Antecedentes mórbidos familiares	Nega comorbidades familiares.
NHB	Paciente e acompanhante referem sono e repouso prejudicados devido às dores em MMII e confusão mental, dificuldade para realizar alimentação via oral devido à parestesia, evacuações presentes e diarreicas, diurese diminuída, mas sem aceitação da utilização de dispositivo de coleta de urina.

Exame clínico	Paciente inconsciente e desorientado em tempo e espaço, hipertenso (160x120 mmHg), normocárdico (90 bpm), eupneico (18 rpm) e afebril (36,7°C), com queixas de câimbras em MIE. Apresenta tórax com boa expansividade, sem alterações visíveis, BCNF/2T, murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios. Abdômen globoso, sem alterações visíveis, RHA+ e indolor à palpação. Quanto aos membros inferiores (MMII) e membros superiores (MMSS), sem alterações visíveis e acesso venoso periférico em MSD recebendo tratamento medicamentoso, reposição volêmica e solução fisiológica a 0,9%, não deambulando em função da paresia e dores em MMII.
---------------	--

Tabela 2: Registro de admissão do paciente na UDIP.

Alterações Psicossociais	- Melhora perceptível no nível de consciência evidenciada por orientação em tempo, espaço e estado atual de saúde; - Progresso da função de comunicação do paciente com a equipe de saúde, evidenciado por verbalização significativa e sem sinais de delírio durante os procedimentos e externalização de suas principais dúvidas.
Alterações motoras	- Ascensão da habilidade motora evidenciada por reposicionamento no leito de forma independente; transferência para cadeira de rodas sem a utilização de ferramentas como a cinta de apoio.
Alterações tissulares	- Declínio na integridade tissular, evidenciada pelo surgimento de Lesões por Pressão em região do calcâneo e trocanter (D e E) e em região sacral – não classificáveis, sendo que, no trocanter estas se encontravam com tecido necrótico e crosta; já na região sacral, se apresentava com aspecto de esfacelo na região central e tecido viável de granulação em bordas.

Tabela 3: Alterações evoluídas durante a atividade nas aulas práticas.

Problemas Observados	Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Presença de acesso venoso periférico	Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos.	Conhecimento: controle de infecção; controle de riscos.	Monitorar o local do acesso quanto à sinais e sintomas de infiltração, flebite e infecção local; realizar higiene adequada do local da incisão; fazer trocas periódicas do acesso e sua localização; banho.
Dor	Dor aguda caracterizada por autorrelato relacionada a agente lesivo biológico.	Alívio da dor.	Administração de medicamentos; investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor; implementar um plano de monitoramento da dor; ensinar técnicas não farmacológicas para o alívio; controle do ambiente.
Insônia	Insônia caracterizada por estado de saúde comprometido relacionada a desconforto físico	Melhora do sono	Auxiliar na manutenção de um ciclo normal de sono/vigília; ensinar técnicas de relaxamento; reduzir a ingestão de cafeína; monitorar e registrar o padrão de sono; uso de medicamentos sedativos.

Dificuldade de andar	Deambulação prejudicada relacionada à força muscular insuficiente e dor, caracterizada pela capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias.	Paciente deverá caminhar pelo quarto.	Treino para fortalecimento; assistência no autocuidado, cuidados com o repouso no leito, controle da dor; consultar fisioterapeuta sobre plano de deambulação; encorajar deambulação dentro de limites seguros.
Lesão por pressão	Risco de Lesão Por Pressão relacionada a período prolongado de imobilidade em superfície rija, associada a alteração na função cognitiva.	Manter integridade tissular da pele; reduzir o grau e estimular tecido cicatricial nas LPP's já existentes.	Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas para alterar os locais de pressão; identificar e corrigir cisalhamento no leito; monitorar a integridade da pele utilizando instrumento adequado (ex: escala de Braden); utilizar cobertura de profilaxia em locais prováveis de evoluírem à LPP (ex: placa de hidrocolóide).
Dificuldade de movimentação no leito	Mobilidade no leito prejudicada, relacionada à força muscular insuficiente, caracterizada por capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama.	Equilíbrio e coordenação nos movimentos; bom desempenho no posicionamento do corpo.	Determinar a capacidade do paciente para transferir-se, selecionar técnica adequada e fazer orientação acerca desta; estimular a movimentação do paciente e estabilização do tronco com os braços nas laterais da cama.
	Risco de quedas relacionado à mobilidade prejudicada, associado à neuropatia.	Comportamento de prevenção de quedas; estratégias para locomover-se em segurança.	Travar as rodas da maca e cadeira de rodas; manter as laterais da cama levantadas; monitorar fatores de risco para quedas como o estado de confusão mental.
Estado de confusão mental	Confusão aguda relacionada à mobilidade prejudicada, caracterizada por alteração no nível de consciência	Nível de confusão aguda diminuído; orientação em tempo, espaço e pessoa.	Determinar estado de alteração do nível de consciência; iniciar terapias para reduzir os fatores causadores da confusão; evitar corrigir ou contradizer as percepções do paciente; manter ambiente tranquilo; usar medidas restritivas apenas se necessário.
Dificuldade para se alimentar por via oral	Déficit no autocuidado para alimentação, caracterizado por capacidade prejudicada de levar os alimentos à boca, associado à prejuízo neuromuscular.	Deglutição dos alimentos; manipulação do alimento na boca; ingestão de nutrientes.	Oferecer a alimentação necessária dentro dos limites da dieta prescrita; estimular a deglutição nos limites do indivíduo; orientar acompanhante quanto ao apoio na alimentação via oral; determinar a necessidade de alimentação via sonda enteral.

Diurese diminuída	Risco de desequilíbrio eletrolítico associado à mecanismo de regulação comprometido	Equilíbrio Hídrico, Eletrolítico e Ácido-base.	Administrar solução isotônica (0,9%) e medicamentos diuréticos, quando prescrito; monitorar ingestão e eliminação de líquidos; observar sinais de hipo ou hipervolemia; monitorar a função renal; monitorar sinais de convulsão.
	Eliminação urinária prejudicada, caracterizada por disúria e associada à dano sensório-motor.	Eliminação urinária adequada.	Monitorar a eliminação urinária realizando balanço hídrico; inserir sonda vesical, conforme apropriada; orientar o paciente quanto a quantidade de líquidos que este deve ingerir.

Tabela 4: Diagnóstico, Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem.

DISCUSSÃO

Ao abordar as doenças em que ocorrem intervenções do Sistema Nervoso Central, observa-se com frequência as alterações do nível de consciência do indivíduo, o que é um sinal de alerta para a equipe de enfermagem estabelecer o seu plano de cuidados, pois, um paciente desorientado e inconsciente requer uma atenção maior, como no caso da Neurotoxoplasmose, em que ocorre deterioração neurológica de forma bastante prejudicial (CAMPINA, M. T.; QUEIROZ-FERNADES, G. M. 2018).

Corroborando com o estudo de Delfino *et al* (2021), que traz a concepção de que a NTX está classificada como um dos maiores acometimentos à pacientes imunossuprimidos, principalmente por conta do HIV. Outras infecções oportunistas também aparecem, como a Tuberculose, HPV e gastroenterites, porém, a NTX ainda se encontra como uma das mais aparentes.

Ademais, observou-se o surgimento de Lesões por Pressão em determinados locais do corpo do paciente, os quais mesmo com os cuidados da equipe seriam difíceis de evitar, no entanto, Intervenções de Enfermagem podem agir na amenização destas lesões e na diminuição do risco de surgimento de novas lesões em outros locais do corpo. É necessário, segundo Ferreira *et al* (2021), que haja comprometimento do profissional de Enfermagem em se atualizar e aprimorar seus conhecimentos acerca do assunto, pois, o estudo de Lesões Por Pressão (LPP) está em constante crescimento dentro da área de Enfermagem.

Além disso, nota-se o prognóstico positivo do paciente ao se realizar as Intervenções de Enfermagem pré-definidas pelo sistema de classificação NIC, pois, o mesmo teve melhora no nível de consciência e aumento da habilidade motora, demonstrados no quadro 2. Tal fato evidencia que intervenções padronizadas permitem um maior controle pela equipe de enfermagem, bem como facilita no momento da organização do Processo de Enfermagem e, por fim, permite a realização da prática profissional baseada em evidências científicas (SILVA, B. C. O. *et al*. 2021).

Percebe-se, também, que a realização da investigação para identificar os diagnósticos relacionados ao HIV permite que a equipe possa compreender todas as nuances do caso do paciente. Demonstrando um maior entendimento das causas dos sinais e sintomas que este apresenta, podendo, assim, intervir não só para amenizar sinais e sintomas e, sim, para eliminar as suas causas, auxiliando no processo de melhoria do sistema imunológico (LIMA, M. C. L. *et al.* 2021).

Tal fator impulsiona a utilização dos Diagnósticos de Enfermagem na Clínica, pois, direciona o profissional a tomar decisões baseadas em evidência científica comprovada, de modo a prestar uma assistência de qualidade para aquele indivíduo que se encontra tão dependente.

4 | CONCLUSÃO

A partir disso se observa a importância deste estudo na articulação entre os Diagnósticos de Enfermagem, Resultados esperados e Intervenções de Enfermagem para se obter um plano de cuidados completo e que possibilite uma ampla organização do processo de trabalho dentro da UDIP, de modo que a assistência não fique a cargo subjetivo de cada profissional, mas, sim, padronizada de acordo com evidências científicas.

Ademais, esta construção permitiu que as relatoras pudessem colocar em prática os aprendizados discutidos em sala de aula sobre o Processo de Enfermagem e como ele se articula na área hospitalar, demonstrando a necessidade de compreender cada etapa do mesmo, para aplicá-lo com qualidade.

Por fim, destaca-se como limitação deste estudo a falta de pesquisas atuais sobre a neurotoxoplasmose associada ao HIV, tendo como referências principais apenas alguns artigos e um protocolo do Ministério da Saúde (dos últimos 5 anos), evidenciando-se a necessidade de pesquisar, produzir e publicar cada vez mais nesta área.

REFERÊNCIAS

AMARO HJF, PIRES AM. Sífilis terciária: neurosífilis parenquimatosa. **Revista Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.24, n.1, p.15-18, 2016.

ARAÚJO, I. R. *et al.* Déficit motores e preditores de perda de mobilidade ao final da internação em indivíduos com neurotoxoplasmose. **Fisioter Pesqui**, v. 26, n. 4, p. 360-365. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/jfp/a/p7sWRhwwFM43ZTxYsDpY7rF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. Guia De Vigilância Em Saúde: Volume Único. Brasília, 2019.

BRASIL Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2018.

BULECHEK G. M., *et al.* Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CAIXETA L., *et al.* Neurosífilis: Uma Breve Revisão. **Revista de Patologia Tropical**, v.6, n.43, p.121-129, 2014.

CAMPINA, M. T. QUEIROZ-FERNANDES, G. M. Neurotoxoplasmose em pacientes imunocomprometidos e a relevância do diagnóstico por imagem. **SALUSVITA**, Bauru, v. 37, n. 2, p. 421-435, 2018. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n2_2018/salusvita_v37_n2_2018_art_11.pdf. Acesso em: 09 fev. 2021.

CAMPOS, J. R. N. *et al.* Políticas públicas para o enfrentamento do HIV / AIDS em países com sistema universal e gratuito de saúde: uma análise segundo a UNAIDS. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/12574/11373/167082>. Acesso em: 09 fev. 2022.

CORDEIRO L, SOARES CB. Work process in primary health care: Action research with community health workers. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.3581-3588, 2015.

DELFINO, V. D. F. R. *et al.* HIV/AIDS E AS INFECÇÕES OPORTUNISTAS. **Rev enferm UFPE online**, v. 15, n. 2. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acessado em: 09 fev. 2021.

FERREIRAL, P. A. C. *et al.* Prevenção de lesões por pressão nos doentes em unidades de cuidados intensivos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29. 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/55832>. Acesso em: 09 fev. 2021.

HERDMAN TH, KAMITSURU S. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

JOHNSON M, *et al.* Classificação dos Resultados de enfermagem (NOC). 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LIMA, M. C. L. *et al.* Aspectos diagnósticos e capacitações em serviço na descentralização do atendimento às pessoas vivendo com HIV. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wmJny9VtrjxNGW9VKtDwP6b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2022.

MARTINS JCM, *et al.* Neurotoxoplasmose e Neurocisticercose em Paciente com AIDS - Relato de Caso. **Revista Neurociencias**. 2015; 3(23): 443-450

NEVES DP. Parasitologia humana. 13 ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

SILVA, B. C. O. *et al.* Terminologia especializada de enfermagem no cuidado às pessoas vivendo com AIDS. **Acta Paul Enferm**, v. 34.2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/5XtdW5SpkyxmNpfn6QwjMnd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2021.

CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A AUTOGESTÃO DO RÉGIME DIETÉTICO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA POR CANCRO GÁSTRICO

Data de aceite: 01/04/2022

Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Escola Superior de Enfermagem São José de
Cluny
Funchal. Portugal
ORCID: 0000-0003-0878-9731

Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Porto. Portugal
ORCID: 0000-0001-9198-2668

Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

Escola Superior de Enfermagem São José de
Cluny
Funchal. Portugal
ORCID: 0000-0001-6334-1898

RESUMO: Introdução: O cancro gástrico assume, em termos de incidência mundial, a quinta posição, constituindo em Portugal, a terceira causa de morte. A cirurgia constitui o tratamento de eleição, sendo o único tratamento potencialmente curativo. A mais habitual é a gastrectomia, sendo que, pela importância das funções mecânicas e químicas do estômago, são esperadas alterações nutricionais, tornando-se crucial que os doentes sejam capazes de autogerir o seu regime dietético. **Objetivo:** Desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. **Metodologia:** Esta investigação, após uma fase preliminar na qual foram

efetuadas uma revisão sistemática e uma revisão integrativa da literatura, foi constituída por quatro fases. Na fase I, reuniu-se o consenso sobre as intervenções de enfermagem que emergiram das revisões, através da técnica de *Delphi*. Na fase II, adequou-se a linguagem atribuída às intervenções à nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), recorrendo à técnica do *focus group*. Já na fase III, organizou-se o programa de intervenção, segundo a metodologia do processo de enfermagem e na fase IV, efetuou-se um pré-teste. **Resultados:** As revisões de literatura permitiram elencar 53 intervenções. Estas, após obtido o consenso, deram origem a 56 intervenções, que foram adequadas à linguagem da CIPE. O programa resultante, Pro-ARD, contempla a avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico (parte I); a intervenção (parte II); a avaliação final/diagnóstica e juízo diagnóstico (parte III), sendo alicerçado no diagnóstico “Potencialidade para a autogestão do regime dietético”. **Conclusões:** Através das diferentes fases que constituíram esta investigação, foi possível alcançar o objetivo deste estudo, contribuindo para a otimização da intervenção de enfermagem na promoção da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico e, dotando a disciplina de enfermagem de uma ferramenta potencialmente promotora desta mesma autogestão.

PALAVRAS-CHAVE: Programa de intervenção; enfermagem, autogestão, regime dietético, cancro gástrico, cirurgia.

CONSTRUCTION OF A NURSING INTERVENTION PROGRAM FOR SELF-MANAGEMENT OF THE DIETARY REGIME OF THE PERSON UNDERGOING SURGERY FOR GASTRIC CANCER

ABSTRACT: Introduction: Gastric cancer occupies the fifth position in terms of worldwide incidence, being the third leading death cause in Portugal. Surgery is the most chosen treatment, being the only potentially curative treatment. Gastrectomy is the most common one, due to the importance of the stomach mechanical functions and properties, nutritional changes are expected, making it crucial that patients can be able to self-manage their diet.

Main goal: To develop a nursing intervention program that promotes self-management of the dietary regime of the person undergoing surgery for gastric cancer. **Methodology:** This investigation, after a preliminary phase in which a systematic review and an integrative literature review were carried out, consisted of four phases. In the first phase, consensus was reached on the nursing interventions that emerged from the reviews carried out, using the *delphi* technique. In the second phase, the language attributed to nursing interventions was adapted to the International Classification for Nursing Practice (ICNP/CIPE) nomenclature, using the focus group technique. In the third phase, the nursing intervention program was organized according to the nursing program methodology and in the fourth phase, a pre-test was carried out. **Results:** Literature reviews made it possible to list 53 interventions. These, after reaching consensus, gave rise to 56 interventions, which were adapted to the language of ICNP/CIPE. The resulting program, Pro-ARD, includes initial assessment/diagnostic and diagnostic judgment (part I); the intervention (part II); the final evaluation/diagnosis and diagnostic judgment (part III), based on the diagnosis “Potentiality for self-management of the dietary regimen”. **Conclusions:** Through the different phases that constituted this investigation, it was possible to achieve the objective of this study, contributing to the optimization of the nursing intervention in promoting self-management of the dietary regimen of the person undergoing surgery for gastric cancer and, providing the nursing discipline with a tool that potentially promotes this same self-management.

KEYWORDS: Intervention program; nursing, self-management, dietary regimen, gastric cancer, surgery.

INTRODUÇÃO

Atualmente, existe uma série de novos desafios na área da saúde, tais como o envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida, novas epidemias, o aumento da incidência das doenças crónicas, onde se enquadram as situações de doença oncológica, exigindo aos profissionais respostas “sólidas” e complexas (World Health Organization [WHO], 2020).

A doença oncológica tem uma prevalência elevada em todo o mundo. Em 2018, o número de novos casos de cancro, em todo o mundo, nos dois sexos, foi de 18 078 957, num total de 7 632 819 272 habitantes. Tendo por base estes dados, as previsões para 2040 apontam para uma incidência de 29,5 milhões de novos casos de cancro em todo o mundo (International Agency for Research on Cancer [IARC] 2018a; WHO, 2020). Em Portugal, à semelhança do que acontece no mundo, o cancro do estômago ocupa a quinta

posição em termos de incidência (5%) e, no que diz respeito à mortalidade, encontra-se na terceira posição (7,9%), sendo a incidência mais elevada no sexo masculino (5,3%) do que no sexo feminino (4,5%), tendo, em 2018, surgido 2 885 novos casos de cancro gástrico e se verificado 2 275 óbitos (IARC, 2018b).

O risco de cancro é modulado por interações complexas entre fatores genéticos, metabólicos e ambientais ao longo da vida. A dieta, os desequilíbrios metabólicos/desequilíbrios hormonais, os estilos de vida, a exposição profissional e a infeção por *helicobacter pylori* são considerados importantes contribuintes para o aumento das taxas de incidência de cancro em todo o mundo (Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010; Song *et al.*, 2015). Apesar da origem do cancro gástrico ser considerada multifatorial, a dieta à base de carne, carboidratos e sal são fatores de riscos para o desenvolvimento da doença. Em relação ao sal, embora quantidades suficientes de sal sejam necessárias, o consumo excessivo pode atuar como um estimulante da mucosa gástrica, levando à gastrite atrófica, aumento da síntese de ácido desoxirribonucleico (DNA) e proliferação celular, proporcionando assim a base para a incidência de cancro gástrico. Como fatores protetores da doença encontram-se documentados as frutas, as verduras, o caroteno e a vitamina C (American Cancer Society, 2017; Hernández-Ramírez & López-Carrillo, 2014; Lever-Rosas *et al.*, 2014; Smyth *et al.*, 2020; Song *et al.*, 2015; Yusefi *et al.*, 2018).

A cirurgia é o tratamento de eleição no cancro gástrico ressecável, dizendo respeito à remoção do estômago - gastrectomia - total ou parcial, sendo este considerado o único tratamento potencialmente curativo da doença (Castro *et al.*, 2017; Du *et al.*, 2011; Hinkle *et al.*, 2018; Laporte *et al.*, 2014; Lever-Rosas *et al.*, 2014; Mello *et al.*, 2010; Park & Park, 2010; Pfeifer, 2000; Robalo, 2005; Sands, 2010; Smyth *et al.*, 2020; Zali *et al.*, 2011). Vários são os autores que afirmaram que, pela importância das funções mecânica e química do estômago no trato digestivo, são esperadas consequências nutricionais após a cirurgia ao cancro gástrico, não esquecendo que, na maioria das vezes, as pessoas já se encontravam em condições nutricionais comprometidas pela doença antes da própria cirurgia (Castro *et al.*, 2017; Eng *et al.*, 2018; Hinkle *et al.*, 2018; Papini-berio & Burini 2001; Sands, 2010). Sendo assim, é mandatório dar atenção a esta componente, o que nem sempre é acurado, ou realizado integralmente, permitindo a instalação ou agravamento da desnutrição iatrogénica nestes doentes (Eng *et al.*, 2018; Hinkle *et al.*, 2018; Lim *et al.*, 2020; Papini-berio & Burini, 2001; Robalo 2005; Sands, 2010).

Neste sentido, é função e responsabilidade do enfermeiro ajudar a pessoa a se adaptar à nova situação, sendo a habituação à alteração dos hábitos alimentares a mais marcante. A intervenção deve ser, também, dirigida para a motivação da pessoa no desenvolvimento de competências que promovam a sua autonomia, a capacidade de tomada de decisão, a capacidade de autogestão e, conseqüentemente, a adaptação aos novos hábitos de vida.

Assim, atendendo à experiência profissional, constato que os doentes, submetidos a

cirurgia por cancro gástrico, apresentam algumas dificuldades em adaptar-se às alterações impostas pela intervenção cirúrgica, nomeadamente no que se refere aos hábitos alimentares. E, porque se desconhece qualquer programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão, quer da doença, quer das suas alterações fisiológicas, nomeadamente digestivas (alimentares), quer dos sintomas, dirigido à pessoa com cancro gástrico submetido a tratamento cirúrgico em Portugal e, mais concretamente na Madeira, decidiu-se investigar nesta área.

A presente investigação teve como objetivo geral desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético, com a finalidade de dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja promotora da autogestão do regime dietético, contribuindo para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida da pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica. Esta investigação, decorre da investigação desenvolvida no âmbito do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Porto (ICBAS).

METODOLOGIA

Este programa emerge das revisões de literatura realizadas, dos resultados obtidos através dos peritos no domínio dos cuidados de enfermagem ao doente com cancro gástrico submetido a cirurgia, com recurso à técnica *Delphi* e dos resultados que advieram da participação dos peritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, através do *focus group*. Numa fase preliminar, conheceu-se o estado da arte da temática em apreço, através de uma RSL, que permitiu identificar os estudos que elencavam as intervenções de enfermagem eficazes na recuperação pós-operatória, e a realização de uma RIL, que permitiu elencar as intervenções de enfermagem, com base na evidência científica, promotoras do processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Após esta fase preliminar, na primeira fase metodológica deste estudo, tendo por base a revisão da literatura, recorreu-se a técnica de *Delphi* com o objetivo de obter consenso sobre as intervenções de enfermagem a contemplar no programa de intervenção de enfermagem, sendo que o consenso dos peritos foi obtido após três rondas.

Numa segunda fase, no sentido de promover uma discussão presencial, para validação da nomenclatura atribuída, pelo investigador, a cada intervenção de enfermagem, utilizando como referencial/guia orientador o catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), utilizou-se a técnica do *Focus Group*. Tendo por base os resultados obtidos na fase I e II, organizou-se o programa de intervenção para a autogestão do regime dietético adequado ao tipo de população definida como população-alvo: doentes com cancro gástrico com indicação para tratamento cirúrgico.

Atendendo a que a CIPE permite a utilização de uma terminologia que representa o que os enfermeiros apreciam, diagnosticam, assim como as ações que empreendem para ajudar na resolução dos problemas de saúde das pessoas e a avaliação dos resultados sensíveis à sua intervenção (Barra & Sasso, 2012; Figueira *et al.*, 2018; OE, 2016), pensamento este que se encontra subjacente à metodologia do processo de enfermagem, utilizámos esta metodologia na organização do programa de intervenção.

O processo de enfermagem é considerado uma ferramenta metodológica sólida, baseada numa estrutura teórica e científica, para planear, organizar e sistematizar os cuidados, permitindo aos enfermeiros, a organização do trabalho, a autonomia para a tomada de decisões e, sobretudo, a qualidade na assistência focada no cuidado integral e individual (Benedet *et al.*, 2016; Costa & Silva, 2018). Neste sentido, a metodologia do processo de enfermagem, utilizada na conceção do programa de intervenção, teve por objetivo garantir um cuidar individualizado organizando e prestando os cuidados de enfermagem que o doente necessita e em que a pessoa é o centro de todo o processo (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

A metodologia do processo de enfermagem contempla cinco etapas, todas elas inter-relacionadas e dinâmicas: avaliação inicial; diagnóstico; planeamento; implementação; e avaliação final. Na fase da avaliação inicial, que deve ser realizada na admissão do doente, é incluída a reunião dos dados objetivos e subjetivos que constituem uma base de dados sobre as necessidades do doente, seus problemas de saúde, estilos de vida, entre outros, os quais permitem a identificação dos diagnósticos de enfermagem, a elaboração de objetivos adequados e a identificação das intervenções de enfermagem. (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Assim, a organização do programa de intervenção teve como referência os pressupostos anteriores. Contudo, no que se refere à etapa do diagnóstico que, segundo a metodologia do processo de enfermagem, resulta da primeira etapa, uma vez que o programa foi alicerçado no diagnóstico de enfermagem, **“Potencialidade para a autogestão do regime dietético”**, contemplou-se a validação do mesmo.

A fase do planeamento corresponde à programação das intervenções de enfermagem para atingir os objetivos, exigindo do enfermeiro um processo de tomada de decisão, em que deve utilizar o raciocínio crítico para optar pelas intervenções de enfermagem que garantam a consecução dos objetivos. Neste sentido, apesar deste programa integrar todas as intervenções de enfermagem que emergiram das fases precedentes, este possibilita que o enfermeiro adequasse as mesmas às necessidades e à situação concreta de cada doente.

A fase seguinte do processo de enfermagem, corresponde à implementação das intervenções, o que implica uma prestação direta de cuidados, ensino e orientação ao doente e família, e identificação das necessidades de encaminhamento, sendo exigido que o enfermeiro possua competências cognitivas, interpessoais e psicomotoras. A última etapa do processo de enfermagem refere-se à avaliação, uma vez que, sempre que se prestam

cuidados de enfermagem, deve-se realizar uma avaliação dos cuidados prestados, sendo que a fase da avaliação “mede” a resposta do doente às intervenções de enfermagem no sentido de se perceber se os objetivos foram atingidos, ou seja, avaliamos os efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro. Após esta avaliação, é ainda importante que se verifiquem os diagnósticos, previamente identificados, no sentido de validar se os mesmos refletem a situação atual do doente pois, quando a situação do doente muda, também os diagnósticos sofrem alterações (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Assim, no presente programa, além de se avaliar os resultados sensíveis à intervenção do enfermeiro, também se contemplou a identificação do diagnóstico de enfermagem, que será efetuado tendo como foco principal de enfermagem – **autogestão do regime dietético**, ajuizado com os seguintes termos: potencialidade, comprometido, efetivo, melhorado.

Em resultado da fundamentação apresentada anteriormente, o programa de intervenção foi estruturado em 3 partes fundamentais: parte I, que corresponde à avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico; parte II, que corresponde ao período da intervenção; e, a parte III, que corresponde à avaliação final/diagnóstica e juízo diagnóstico (Quadro nº1).

Partes constituintes do Programa de Intervenção	Operacionalização do Programa de Intervenção
Parte I	Corresponde à avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico que contempla: <ul style="list-style-type: none"> • Recolha sistemática de dados: <ul style="list-style-type: none"> -Caracterização sociodemográfica/Reunião dos dados objetivos e subjetivos (Pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia); • Raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências antes da intervenção);
Parte II	Corresponde ao período da intervenção e integra: <ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados; • Educação para a saúde (verbal e escrita);
Parte III	Corresponde à avaliação final (reavaliação)/diagnóstica e juízo diagnóstico que contempla: <ul style="list-style-type: none"> • Recolha sistemática de dados <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro (Evidências); • Raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências após a intervenção);

Quadro nº1 – Estrutura/organização global do programa de Intervenção.

Para o desenvolvimento de estudos de intervenção, o foco principal deverá ser o rigor do desenvolvimento, conceção da própria intervenção, sendo que a adoção de uma abordagem sistemática é defendida, juntamente com um processo de desenvolvimento gradual da intervenção (Aranda, 2008).

Segundo esta autora, alguns dos elementos que devem ser considerados no desenho de estudos de intervenção são: definição do problema; fundamentos conceituais; o resultado desejado (sensíveis à intervenção do enfermeiro); instrumentos de medida; definição da população-alvo; conteúdo da intervenção (baseado em evidência científica); métodos de aplicação; e dose, incluindo quantidade (tempo previsto para a implementação da intervenção); frequência (número de sessões); duração (período de tempo) e intensidade da intervenção (combinação dos três elementos anteriores). A autora enfatiza que estes elementos podem não ser aplicáveis a todos os estudos, todavia, oferece um quadro reflexivo para orientar todo o processo (Aranda, 2008).

Neste sentido, na operacionalização do programa de intervenção, definiu-se, para cada uma das três partes que o constituem, os objetivos (indicam aonde se quer chegar, contribuindo para a existência de uma coerência entre os vários elementos que constituem o programa), os métodos (indicam o caminho a seguir para a concretização dos objetivos), as estratégias/ações (considera-se pertinente a sua introdução no sentido de enfatizar os comportamentos que os enfermeiros devem realizar para a concretização dos objetivos), as intervenções de enfermagem a serem implementadas em cada uma das partes que compõem o programa, assim como a dose da intervenção, nomeadamente a duração, a frequência e quantidade. Salienta-se que, embora se considerasse a dose estabelecida, a mesma poderá diferir de doente para doente, atendendo ao juízo clínico efetuado pelo enfermeiro responsável.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Na fase preliminar desta investigação realizou-se uma revisão sistemática da literatura, a qual possibilitou a identificação das intervenções de enfermagem eficazes na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico e delimitar o foco do estudo. Assim como se realizou uma revisão integrativa da literatura que permitiu elencar 53 intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão do regime dietético da população-alvo, considerando-se estas revisões como métodos que permitem alicerçar a prática baseada na evidência científica (Sousa *et al.*, 2018).

Não obstante a relevância da informação evidenciada, considerou-se ainda pertinente realizar um estudo de consensos com peritos na área em estudo, com recurso à técnica de *Delphi*. É de salientar que o consenso foi obtido após três rondas, o que está de acordo com alguns autores que afirmam que, de forma geral, num estudo com esta técnica, são utilizadas duas a três rondas de opiniões de forma a obter o consenso pretendido (Chalmers & Armour, 2019; Polit & Beck, 2017; Scarparo *et al.*, 2012; Wright & Giovino, 2000).

Após, o consenso sobre as intervenções de enfermagem que devem integrar o

programa que se propõe desenvolver ter sido alcançado, continuou-se a caminhada metodológica, com a realização de um *focus group*, com o objetivo de adequar a linguagem atribuída às intervenções de enfermagem à nomenclatura CIPE, permitindo a sua melhor utilização nos contextos da prática clínica de enfermagem, nomeadamente no que se refere ao recurso às aplicações informáticas e linguagem classificada em uso na grande maioria das instituições de saúde. A linguagem classificada (CIPE) apresenta todos os componentes que constituem a prática dos enfermeiros. Integra, organiza, permite a continuidade dos cuidados, promove o desenvolvimento do raciocínio lógico no processo de cuidar e permite ainda comparar as atividades em contextos distintos e geograficamente dispersos (Barra & Sasso, 2012, Figueira *et al.*, 2018), permitindo ainda partilhar informações sobre a prestação de cuidados e ganhos em saúde (OE, 2016).

A proposta de enunciados das intervenções de enfermagem, apresentada pelo investigador, foi colocada a debate, verificando-se a necessidade de ajustar alguns termos de ação ao conteúdo que lhe estava inerente, de modo a tornar a linguagem mais significativa e adequada aos enunciados CIPE, sem desvirtuar a essência das intervenções originais, obtidas através da revisão integrativa da literatura e consensualizadas pelos peritos. Também se individualizou as intervenções para o doente e membro da família/prestador de cuidados, visto se tratar de dois tipos de cliente. Uma vez que, algumas intervenções, apresentam mais do que um foco de atenção numa mesma ação, houve a necessidade de definir o foco principal, de forma que não fosse gerador de dúvidas. Contudo, segundo a OE (2016), a construção de intervenções de enfermagem, com a utilização do modelo de sete eixos da CIPE, apresenta algumas recomendações para a criação de enunciados de intervenções de Enfermagem. Devem ter um termo do eixo da Ação, incluir pelo menos um termo Alvo, que pode ser um termo de qualquer eixo exceto do Eixo do Juízo e, ainda, pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Ação ou de qualquer outro eixo. Isto significa que, no que se refere à validação das regras dos enunciados de enfermagem propostos, os peritos consideraram que os mesmos estavam conforme as recomendações.

A CIPE, é uma terminologia que representa o que os enfermeiros observam, diagnosticam, as ações que empreendem para resolver os problemas de saúde das pessoas avaliando os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Barra & Sasso, 2012, OE, 2016, Figueira *et al.*, 2018). Este pensamento, também se encontra subjacente à metodologia do processo de enfermagem, sendo considerada uma ferramenta metodológica sólida, baseada numa estrutura teórica e científica, para planear, organizar e sistematizar os cuidados, permitindo a autonomia na decisão, organização do trabalho e, sobretudo, a qualidade dos cuidados focado no cuidado integral e individual (Benedet *et al.*, 2016; Costa & Silva, 2018). Assim, decidiu-se estruturar/organizar o programa de intervenção seguindo a metodologia do processo de enfermagem.

Após a organização do programa de intervenção, tendo por base os pressupostos apresentados anteriormente, realizou-se um pré-teste ao mesmo, com o objetivo de

evidenciar a perspectiva das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia, em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, em termos de “exequibilidade”, “compreensão do conteúdo” e “estrutura e organização”. De forma global, as expressões dos doentes, indicaram que o programa é exequível, que entenderam o significado das explicações e orientações fornecidas pelo/a enfermeiro/a, considerando-as claras, exatas, não capazes de suscitar dúvidas ou especulações e que a sequência, assim como o momento (período) em que estas foram fornecidas, foi o adequado.

Apesar, do pré-teste não ter como objetivo avaliar a eficácia do programa, através do *corpus* recolhido e das informações recolhidas junto dos enfermeiros, inferiu-se que o mesmo tem aplicabilidade e parece que trará resultados positivos. Apresenta-se, de seguida, o programa de intervenção através de um esquema explicativo (figura 1).

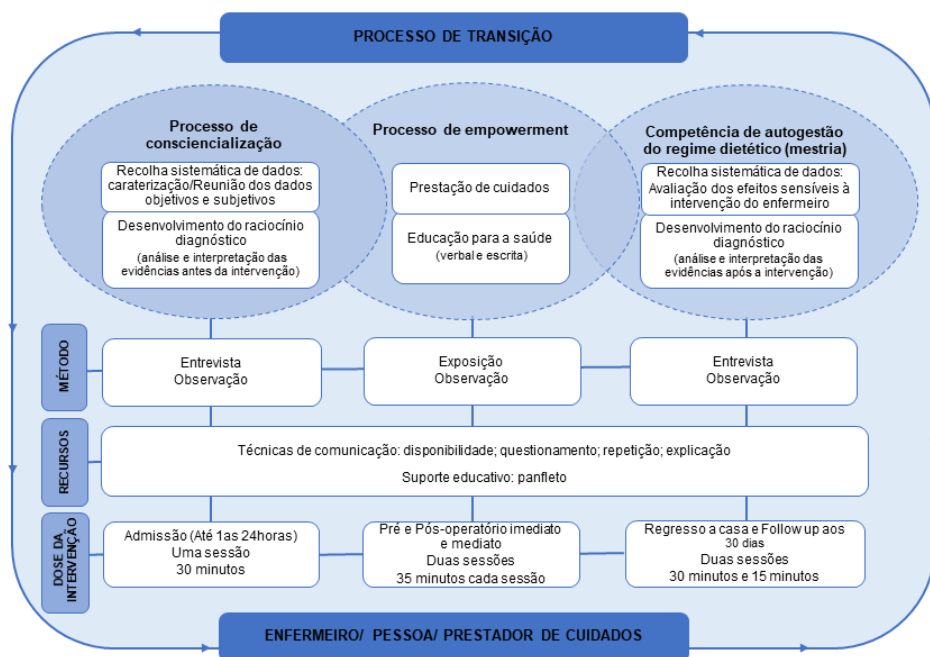


Figura 1- Esquema explicativo do Programa de intervenção para a autogestão do Regime dietético (Pro-ARD).

Tendo como referencial a teoria das transições de Meleis *et al.* (2010) elaborou-se um esquema explicativo que traduz a estrutura/organização global do programa, assim como uma síntese das estratégias/ações, métodos a utilizar, recursos e a dose da intervenção. Decidiu-se, designar o mesmo por Programa de Intervenção para a autogestão do regime dietético, abreviado por “Pro-ARD”, sendo que esta decisão teve por base o facto do

programa encontrar-se alicerçado no potencial/capacidade da pessoa gerir o seu regime dietético. O programa é composto por três partes, as quais intitulamos a primeira parte por “Processo de Consciencialização”, a segunda por “Processo de *Empowerment*” e a terceira por “Competências de Autogestão do Regime Dietético (Mestria)”, sendo estes os pilares para um processo de uma transição saudável.

O Processo de Consciencialização contempla a caracterização/recolha de dados objetivos e subjetivos dos participantes (pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia/prestador de cuidados/membro da família) e o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico para validação do juízo diagnóstico “potencialidade para a autogestão do regime dietético”, recorrendo ao método observacional e ao método ativo: entrevista, sendo que deverá acontecer desde a admissão do doente até às 24h, através de uma sessão de 30 minutos. Na avaliação identificou-se os conhecimentos, as capacidades, as necessidades e a perceção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação (ICN, 2017) ou seja, razão de primeira ordem para a ação/mudança/ajuste, neste caso em específico dos seus hábitos alimentares após a cirurgia. Contudo, apesar de termos designado a primeira parte do programa por “processo de consciencialização”, importa lembrar que este não termina quando se passa para a segunda parte do programa, uma vez a consciencialização total da necessidade de mudança raramente acontece logo após o acontecimento. sendo necessário tempo para interiorizar o que mudou (Meleis *et al.*, 2010). Logo, este processo de consciencialização é contínuo ao longo dos outros processos.

Esta etapa inicial é crucial, no sentido de se identificar a potencialidade do doente para a autogestão do seu regime dietético, pois, por ser um programa de autogestão em que a sua ênfase está no *empowerment* do próprio, não se pode descurar duas situações. Por um lado, o envolvimento do doente no seu próprio processo só ocorre se ele apresentar conhecimento e consciência da situação que está a vivenciar, sendo o envolvimento, caracterizado pela participação ativa da pessoa e seu empenho/envolvimento no processo de transição (Meleis *et al.*, 2010) e, por outro lado, o facto do mesmo não ter este potencial presente (p. ex.: por debilidade, capacidade intelectual comprometida, dependência), havendo a necessidade de capacitar o prestador de cuidados/família para assumirem este papel. Vários autores referem que os resultados em saúde são mais favoráveis quando se envolve a díade doente/cuidador (Kent *et al.*, 2016; Ryan & Sawin, 2009).

A segunda parte do programa, intitulada Processo de Empowerment, corresponde à etapa da implementação do programa propriamente dito e, contempla a prestação de direta de cuidados e a educação para a saúde, recorrendo ao método expositivo, ativo e observacional. Esta decorre desde o pré-operatório ao pós-operatório imediato e mediato através de duas sessões de educação de 35 minutos cada. Importa ainda salientar que, assim como o processo de consciencialização, o processo de *Empowerment* continua ao longo de todo o processo de transição.

Como recurso à educação para a saúde e, no sentido de promover o *empowerment*,

utilizou-se os métodos/técnicas de comunicação, tais como o estar disponível, o questionamento, a repetição/explicação e o suporte educativo (panfleto). Os programas tradicionais que privilegiam a transmissão de informação sobre a doença e o seu tratamento parecem não ter tanto impacto como aqueles que têm como filosofia subjacente os modelos educacionais baseados no *empowerment*, ou seja, programas que se centram na pessoa e nas suas capacidades. Isto porque a prestação de cuidados de saúde não se deve limitar apenas em promover o bem-estar, mas pelo contrário, deve ser direcionado para instruir e capacitar a pessoa, para melhorar a sua capacidade de autogerir o seu estado de saúde. Nesta perspetiva, é urgente colocar de lado os modelos focados essencialmente na doença e investir num modelo centrado na pessoa, promovendo a sua capacitação *empowerment* (Almeida *et al.*, 2019; Cortez *et al.*, 2018; Winters *et al.*, 2018).

Apesar dos programas de autogestão terem a ênfase no desenvolvimento do *empowerment* do próprio doente, Magagnin e Heidemann (2020) reforçam a necessidade de preparar também um prestador de cuidados/família. Conforme estes autores, o envolvimento dos cuidadores no planeamento de cuidados e nas atividades desenvolvidas, durante o internamento, podem contribuir para o seu *empowerment*, pois, cada vez mais, faz sentido este envolvimento. Assim, e tendo em conta que as ocupações das camas, o tempo de internamento cada vez mais reduzido, o predomínio de intervenções com enfoque na doença, a idade do doente, entre outros, fazem com que a continuidade dos cuidados no regresso a casa seja assegurada, muitas vezes, pelo prestador de cuidados/família (Berry *et al.*, (2017).

A última parte do programa corresponde às Competências de Autogestão do Regime Dietético (Mestria), e contempla a avaliação dos efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento do raciocínio diagnóstico para identificação do diagnóstico de enfermagem, recorrendo ao método ativo: entrevista e ao método observacional, sendo que deverá acontecer no momento do regresso a casa, numa sessão de 30 minutos e numa consulta de *follow-up* telefónica (+/-30 dias após) numa sessão de 15 minutos. A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso. Considera-se, de forma convicta, que o programa de intervenção daqui resultante facilitará a prestação dos cuidados, a gestão dos mesmos, o ensino desses mesmos cuidados e ulteriores investigações para a sua validação ou enriquecimento.

CONCLUSÃO

O estudo que se apresentou visou desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. Este, com a finalidade de dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja impulsionadora da autogestão do regime dietético e, desta forma,

contribuir para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, de uma melhor recuperação pós-operatória e da melhoria na qualidade de vida.

Apesar da vasta literatura sobre a temática da pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia, esta nem sempre se reporta a este fenómeno na vertente da necessidade de uma adaptação às mudanças impostas pela cirurgia, nomeadamente na vertente das alterações digestivas. Cientes deste facto, da relevância que os programas de intervenção de autogestão se revestem e porque se desconhece qualquer programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético, desenvolveu-se esta investigação.

Alcançado o final desta investigação, tendo como referencial a teoria das transições de Meleis *et al.* (2010), apresentou-se um esquema explicativo que traduz a estrutura/ organização global do programa, assim como uma síntese das estratégias/ações, métodos a utilizar, recursos e a dose da intervenção. Assim, o Pro-ARD é composto por três partes, sendo a primeira parte intitulada por “Processo de Consciencialização”, a segunda, por “Processo de *Empowerment*” e, a terceira, por “Competências de Autogestão do Regime Dietético (Mestria).

Julga-se que os resultados obtidos na nossa investigação têm implicações nos vários domínios de intervenção do enfermeiro, seja na prestação de cuidados, na formação ou investigação. Acredita-se que, através da incorporação dos resultados nas diferentes áreas de intervenção, se dará a translação do conhecimento. Assim, propõe-se como sugestão para o ensino de enfermagem que, na formação pré-graduada, sejam asseguradas cargas letivas adequadas para a temática em estudo, com especial ênfase na compreensão do fenómeno, na importância de uma abordagem sistemática, organizada de forma a capacitar o doente/prestador de cuidados/família para a autogestão do regime dietético. Nas aulas de prática simulada e nos ensinamentos clínicos, o *empowerment* do doente/prestador de cuidados/família deverá ser atendido pelos seus docentes, tutores e estudantes. Já na formação pós-graduada, o enfoque deverá ser no aprofundamento das noções já adquiridas ao longo da formação pré-graduada, desenvolvendo uma cultura de investimento na implementação de programas de intervenção para a autogestão, que visem o *empowerment* do doente/prestador de cuidados/família.

No que se refere à prática dos cuidados, pensa-se que o Pro-ARD reúne todas as condições para ser implementado, com recurso às aplicações informáticas, representando uma ferramenta de suporte à decisão clínica de enfermagem. Recomenda-se que o Pro-ARD seja implementado envolvendo o doente, mas também o seu prestador de cuidados/família. No que concerne à investigação, sugere-se o desenvolvimento de um maior número de estudos direcionados para a capacitação/*empowerment* do doente, prestador de cuidados/família. Sugere-se a realização de uma investigação que tenha como objetivo avaliar os efeitos do Pro-ARD na autogestão do regime dietético da pessoa com cancro

gástrico submetida a cirurgia, na minimização das complicações, na recuperação operatória e na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M., Sousa, M. R. M. G. C., & Loureiro, H. M. A. M. (2019). Eficácia de um programa educacional baseado no empowerment na percepção de autoeficácia em utentes com diabetes. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV(22)*, 33-41. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV19037>
- American Cancer Society (2017). *About Stomach Cancer*. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8838.00.pdf>
- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian, 15(1)*, 19-25. <http://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>
- Barra, D. C. C. & Sasso, G. T. M. (2012). Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 21(2)*, 440-7. <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a24v21n2.pdf>
- Benedet S. A., Gelbcke F. L., Amante L. N., Padilha, M. I., Pires, D. P. (2016). Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *Care Online, 8(3)*, 4780-4788. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>
- Berry, L. L., Dalwadi, S. M., & Jacobson, J. O. (2017). Supporting the supporters: what family caregivers need to care for a loved one with cancer. *Journal of oncology practice, 13(1)*, 35-41. <http://doi.org/10.1200/JOP.2016.017913>
- Castro, J. M., Carneiro, J. A., Ferreira, J. S., Ferreira, P. C., Gomes, F., Sousa, F., Lima, F., Oliveira, K., Sousa, P. & Alves, R. N. (2017). Assistência de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico por afecções Gastrointestinais: Uma Revisão Bibliográfica. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research, 19(2)*, 119-124. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170706_112242.pdf
- Chalmers, J. & Armour, M. (2019). The Delphi Technique. Em Liamputtong, P. (Ed.). *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 715-735). Springer. http://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_99
- Cortez, D. N., dos Santos, J. C., Macedo, M. M. L., Souza, D. A. S., Reis, I. A., & Torres, H. C. (2018). Efeito de um programa educacional em empoderamento do autocuidado para cumprimento de metas em diabetes. *Ciencia y Enfermería, 24(3)*, 23-32. <http://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100203>
- Costa, A. C. & Silva, J. V. (2018). Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV (16)*, 139-146. <http://doi.org/10.12707/RIV17069>
- Du, C. Z., Li, J., Cai, y., Sun, Y. S., Xue, W. C. & Gu, J. (2011). Effect of multidisciplinary team treatment on outcomes of patients with gastrointestinal malignancy. *World Journal of Gastroenterology, 17(15)*, 2013-2018. <http://doi.org/10.3748/wjg.v17.i15.2013>
- Eng, O. S., Kim, J. Y., Ruel, N., Raz, D. J., Erhunmwunsee, L., Melstrom, L. G., Chao, J., Woo, Y., Kim, J., & Sun, V. (2018). Quality of Life, Symptoms, and Self-Management Strategies After Gastroesophageal Cancer Surgery. *Journal of pain and symptom management, 56(2)*, e4–e8. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.001>

Figueira, M., Jacob, L. M. S., Spazapaz, M. P., Chiquetto, L., Rolim, A. C., Duran, E., C. & Lopes, M. H. (2018). Reflexões Sobre A Utilização Da Cipe Na Prática Profissional: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2), 134-154. <http://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2369>

Hernández-Ramírez R.U. & López-Carrillo L. (2014). Dieta y cáncer gástrico en México y en el mundo. *Salud Pública de México*, 56(5), 555-560. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500023

Hinkle J. L., Cheever K. H, & Burell, S. (2018). Management of Patients with Gastric and Duodenal Disorders. Em *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (14ª ed., pp. 3426-3473).

International Agency for Research on Cancer (2018a, maio 27). World 2018. The Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.fr/today/index_ie.php

International Agency for Research on Cancer (2018b, maio 27). Portugal 2018. The Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.fr/today/index_ie.php

Kent, E. E., Rowland, J. H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W. Y., Shelburne, N., Timura, C., O'Mara, A., & Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13), 1987–1995. <http://doi.org/10.1002/cncr.29939>

Laporte, A. G., Weston, A. C., Paludo, A. O, Castria, T. B. & Nocchi. A. (2014). Análise epidemiológica dos adenocarcinomas gástricos ressecados em um serviço de cirurgia oncológica. *Revista da AMRIGS*, 58(2), 121-125. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835396>

Lever-Rosas, C. D., Silva-Ortiz, J. & Almanza-Muñoz, J. J. (2014). Câncer gástrico. Abordaje multidisciplinario, cirugía, psico-oncología y calidad de vida. *Revista de Sanidad Militar*, 68(3), 177-188. https://www.academia.edu/21600166/Art%C3%ADculo_de_revisi%C3%B3n_C%C3%A1ncer_g%C3%A1strico_Abordaje_multidisciplinario_cirug%C3%ADa_psico_oncol%C3%ADa_y_calidad_de_vida

Lim, H. S., Lee, B. & Cho, G. S. (2020). Nutritional and Clinical Factors Affecting Weight and Fat-Free Mass Loss after Gastrectomy in Patients with Gastric Cancer. *Nutrients*, 12(7), 1905. <http://doi.org/10.3390/nu12071905>

Magagnin, A. B. & Heidemann, I. T. S. B. (2020). Empowerment do familiar cuidador frente ao acidente vascular cerebral no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190165. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0165>

Mello, B. S., Lucena, A. F., Echer, I. C. & Luzia, M. F. (2010). Patients with gastric cancer who have undergone gastrectomy: an integrated review. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 31(4), 803-811. https://www.researchgate.net/publication/51537137_Patients_with_gastric_cancer_submitted_to_gastrectomy_an_integrative_review

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Em A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPÉ® Versão 2015 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Papini-Berto, J. J. & Burini, R. C. (2001). Causas da desnutrição pós-gastrectomia. *Arquivos de Gastroenterologia*, 38(4), 272-275. <https://www.scielo.br/pdf/ag/v38n4/14266.pdf>

Park, M. & Park, H. (2010). Development of a nursing practice guideline for pre and post-operative care of gastric cancer patients. *Healthcare Informatics Research*, 16(4), 215-223. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3092132/>

Pfeifer, K. A. (2000). Cirurgia. Em S. E. Otto (Ed.), *Enfermagem em Oncologia* (3ª ed, pp. 529-556). Lusociência.

Polit, D. F. & Beck, C. H. T. (2017). *Essentials of Nursing Research* (9ª ed.). Wolters Kluwer

Potter, P. A. P., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. S. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9ª ed.). Elsevier

Potter, P. A., Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos* (5ª ed.). Lusociência

Ryan, P. & Sawin, K. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>

Robalo, S. A. (2005). Doentes submetidos a gastrectomia por carcinoma gástrico. *Nursing*, 16(201), 38-43.

Sands, J. K. (2010). Problemas de estômago e duodeno. Em F. D. Monahan; J. K. Sands; M. Neighbors; J. F. Marek & C. J. Green (Eds.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (8ª ed., Vol. 3, pp. 1237-1272). Lusodidacta.

Scarparo, A. F., Laus, A. M., Azevedo, A. L. de C. S., De Freitas, M. R. I., Gabriel, C. S., & Chaves, L. D. P. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista RENE*, 13(1), 242-251. https://www.researchgate.net/publication/281497981_Reflexoes_sobre_o_uso_da_tecnica_Delphi_em_pesquisas_na_enfermagem

Smyth, E. C., Nilsson, M., Grabsch, H. I., Van Grieken, N. C. & Lordick, F. (2020). Gastric Cancer. *The Lancet*, 396(10251), 635-648. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31288-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31288-5)

Song, M., Lee, H. & Kang, D. (2015). Epidemiology and screening of gastric cancer in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*, 58(3), 183-190. <http://doi.org/10.5124/jkma.2015.58.3.183>

Winters, J. R. F., Heidemann, I. T. S. B. & Maia, A. R. C. R. (2018). O empoderamento das mulheres em vulnerabilidade social. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), pp.83-91. <http://doi.org/10.12707/RIV18018>

World Health Organization (WHO). (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>

Wright, J. T. C. & Giovinazzo, R. A. (2000). Dephi - Uma Ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cadernos de Pesquisa em administração*, 1(12), 54-65. <https://docplayer.com.br/19266368-Delphi-uma-ferramenta-de-apoio-ao-planejamento-prospectivo.html>

Yusefi, A. R., Lankarani, K. B., Bastani, P., Radinmanesh, M., & Kavosi, Z. (2018). Risk factors for gastric cancer: a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 19(3), 591-603. <http://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.3.591>

Zali, H., Rezaei-Tavirani, M., & Azodi, M. (2011). Gastric cancer: prevention, risk factors and treatment. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench*, 4(4), 175–185. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017429/>

BENEFÍCIOS DO LASER DE BAIXA INTENSIDADE APÓS MAMOPLASTIA REDUTORA: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 01/04/2022

Stephanie Oliveira de Araujo

Pós-graduação em Enfermagem Dermatológica
– Faculdade Favени
Aracruz
<http://lattes.cnpq.br/4937376875703210>

Pedro Lavigne de Castello Branco Moreira

<http://lattes.cnpq.br/3929583119164414>

Samara Gomes Banhos

<http://lattes.cnpq.br/1378613005659156>

Italla Maria Pinheiro Bezerra

<http://lattes.cnpq.br/1397465981683916>

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título especialista em Enfermagem dermatológica.

RESUMO: A mamoplastia redutora é uma técnica cirúrgica, que consiste em um procedimento que remove o excesso de gordura, o tecido glandular e a pele para atingir um tamanho de mama proporcional ao corpo. Para que esse procedimento seja considerado um sucesso é necessária uma cicatrização efetiva da incisão cirúrgica. O laser de baixa intensidade vem sendo utilizado e estudado para obtenção de melhores resultados no tratamento de disfunções estéticas e nas descontinuidades da integridade cutânea. O objetivo deste trabalho é analisar um caso clínico de um pós-cirúrgico da mamoplastia redutora, revelando o tratamento adjuvante a laserterapia

no processo de cicatrização. A metodologia adotada é um estudo de caso com embasamento bibliográfico. Conclui-se que a laserterapia atua benéficamente no pós-operatório de paciente submetidos a mamoplastia redutora, por promover modulação da Inflamação, reparação tecidual, analgesia e reduzir edema.

PALAVRAS-CHAVE: Mamoplastia redutora. Laserterapia. Laser de baixa intensidade. Cicatrização.

ABSTRACT: Reduction mammoplasty is a surgical technique, which consists of a procedure that removes excess fat, glandular tissue and skin to achieve a breast size proportional to the body. For this procedure to be considered a success, effective healing of the surgical incision is required. Low-level laser has been used and studied to obtain better results in the treatment of aesthetic dysfunctions and discontinuities in skin integrity. The objective of this work is to analyze a clinical case of a post-surgical reduction mammoplasty, revealing the adjuvant treatment with laser therapy in the healing process. The methodology adopted is a case study with bibliographic basis. It is concluded that laser therapy acts beneficially in the postoperative period of patients undergoing reduction mammoplasty, by promoting inflammation modulation, tissue repair, analgesia and reducing edema.

KEYWORDS: Reduction mammoplasty. Lasertherapy. Low intensity laser. Healing.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil é o líder mundial em cirurgias

plásticas seguido dos Estados Unidos e México, segundo os dados de uma pesquisa da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS), divulgada em dezembro de 2019 ⁽¹⁾. De acordo com o estudo foram registradas cerca de 1,5 milhão de cirurgias plásticas estéticas no país.

Neste seguimento, encontra-se a mamoplastia redutora, um procedimento que além de estético, trata transtornos físicos e emocionais. Consiste na remoção do excesso de gordura, o tecido glandular e a pele para atingir um tamanho de mama proporcional ao corpo ⁽²⁾. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) o desconforto emocional e o autoconhecimento, muitas vezes, associados a seios grandes e caídos, é um problema para muitas mulheres, pois pode causar desconforto e dor. ⁽²⁾

Por ser um procedimento invasivo, existem benefícios para quem sofre com a mama excessivamente pesada. Todavia, como em qualquer incisão cirúrgica, existem riscos referentes ao pós-operatório. Entre estes, destacam-se os de dano a integridade cutânea, como por exemplo a cicatriz desfavorável, infecção da ferida operatória, hematoma, má cicatrização, edema, seroma, potencial de necrose da pele/tecido onde se encontram as incisões, bem como necrose total ou parcial do mamilo e da aréola. ⁽²⁾

Nesse contexto, destaca-se a enfermagem dermatológica, área que vem oportunizar opções terapêuticas para inibir falhas na reparação tecidual, bem como acelerar o processo de cicatrização. Entre os inúmeros recursos disponíveis atualmente para um melhor efeito estético e um pós-operatório mais favorável, ressalta-se o laser.

A laserterapia é uma aliada ao processo de cicatrização de feridas e atua na modulação da resposta inflamatória, proporcionando analgesias eficientes ⁽⁶⁾. A literatura mostra a eficácia do laser de baixa intensidade (LBI) na aceleração do reparo tecidual ⁽⁶⁾. O LBI é instrumento potencial para a prevenção de formação de deiscências nos pós cirúrgicos tornando a cicatrização mais rápida e eficaz, o que leva a uma redução do tempo de internação hospitalar ⁽³⁻⁴⁾, bem como minimiza possíveis complicações da ferida operatória.

Diante ao exposto, e considerando a importância do papel do enfermeiro na atuação frente a cicatrização com uso da laserterapia, o presente estudo tem como objetivo descrever um caso com foco em um pós-cirúrgico da mamoplastia redutora, revelando o tratamento mediado pela laserterapia no processo de cicatrização.

A procura por um procedimento invasivo, confere ao paciente melhor qualidade de vida, seja por aperfeiçoamento físico para sua aceitação ou por melhora de sintomas associados a uma determinada estrutura corporal. No contexto deste estudo, uma mama aumentada pode gerar transtornos emocionais associados aos padrões estéticos e ainda disfunções na coluna vertebral. Entretanto para que se torne real a expectativa de melhoria, é necessário um pós-operatório ideal e uma cicatrização esteticamente excelente. Por isso estudar tecnologias que proporcionem esse tipo de recurso, é de suma importância para as pessoas que necessitam de cuidados e para os profissionais que atendem esse público.

A imagem e o estudo em questão foram autorizados pela paciente, tem assinados o termo de autorização de imagem durante o tratamento e o termo de consentimento livre e esclarecido.

2 | DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um caso clínico, onde se descreve com detalhes o tratamento, abordando o contexto da laserterapia em paciente de 44 anos, SS, sem comorbidades prévias, após 30 dias de ter submetido a uma cirurgia mamoplastia redutora, sem intercorrência no procedimento, porém apresentava deiscência e necrose cicatricial evidente.

2.1 Avaliação inicial da ferida

A ferida operatória escolhida neste estudo se trata de uma deiscência em ambas as mamas pós operados de mamoplastia redutora. Na primeira avaliação, a mama direita apresentava tecido necrótico em quase toda a região areolar em quadrantes inferior e superior direito 6,5x1,5 de altura e largura respectivamente. Os quadrantes inferior e superior esquerdos com necrose parcial de aproximadamente 1cm de largura com fibrina e tecido de granulação na porção medial inferior. Mínima quantidade de exsudação serosa.

Já a mama esquerda apresentava necrose parcial circulando as margens areolares, pequenos pontos de 0,5cm de fibrina e granulação. Mínima quantidade de exsudação sero-sanguinolenta. No ponto medial da incisão em T invertido (incisão ao redor da aréola e outra vertical mediana, seguida de outra localizada no sulco inframamário), havia tecido necrótico e fibrina de aproximadamente 0,5 de diâmetro.

Bordas hiperemiadas com aparente tensão evidente na linha da incisão, edema (cacifo +/++++) e endurecimento de tecidos periféricos, coloração rosa pálido. Alargamento de borda em quadrante esquerdo superior da mama direita. Pele perilesional com presença xerose, e de dermatite de contato irritativa por fita adesiva. A paciente negava queixa algica, não havia calor local.

No âmbito emocional, a paciente apresentava preocupação pela complicação da lesão, deixava claro ainda um certo medo por pensar que nunca iria cicatrizar e ansiedade por ter que retornar o quanto antes as atividades laborais:

2.2 Laserterapia

A ação do laser ocorre pela irradiação por energia eletromagnética que estimulando os fotorreceptores ou cromóforos, realizam a conversão de energia fotoquímica ⁽¹²⁾, produzindo dois tipos de resposta nos tecidos segundo Ortiz: Resposta curto prazo tem-se fotoestimulação da taxa respiratória e a síntese de ATP celular. E longo prazo estão o aumento da mitose e divisão celular ⁽¹²⁾. Para tornar a ação do LBI mais visual e entendível, segue a ilustração a seguir:

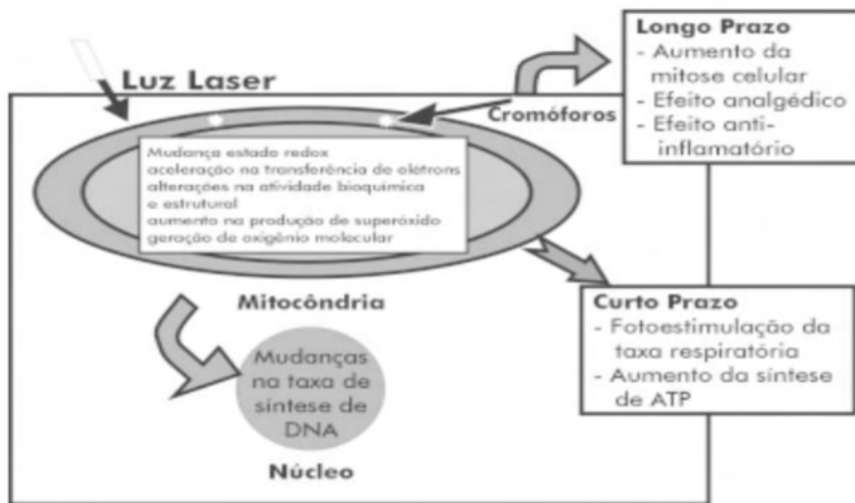


Imagem 3 – Esboço esquemático sobre a teoria fotoquímica de ação do laser de baixa intensidade. ⁽¹²⁾

Fonte: Ortiz, 2001.

No que tange a prática da laserterapia realizada pela enfermagem, o parecer técnico 13/2018/CTLN o COFEN, declara que a Laserterapia é uma terapia não invasiva, não térmica, asséptica, indolor, sem efeitos colaterais [...]. E que é utilizada nas condições de processo cicatriciais, visando obter cicatrização tecidual mais rápida ⁽¹⁷⁾.

De acordo com este parecer, o COFEN, determina que não há impedimentos na utilização da laserterapia com autonomia pelo Enfermeiro, devidamente capacitado [...]. Aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme previsto na Resolução 358/09. Sendo assim o enfermeiro pode adotar está terapia na sua prática, no campo hospitalar, em consultório de enfermagem ou domicílio, tendo o aval legal dos órgãos que os gerencia.

O estudo realizado por Pinto mostrou que o laser é uma ferramenta adjuvante eficaz na cicatrização da ferida operatória, denotando ser um método seguro e não-invasivo, podendo vir a reduzir o tempo de hospitalização, [...] ⁽¹¹⁾. Devido ser comprovado os seus efeitos tróficos regenerativos, anti-inflamatórios e analgésicos, tendo sido demonstrado que a regeneração tissular se torna mais eficaz quando tratada com laser de baixa intensidade ⁽¹⁷⁾. Seja hospitalizado ou em domicílio, todo paciente deseja sua melhora completa, oferecer uma terapia que proporciona mais rapidez nesse resultado é de suma importância.

2.3 Tratamento da lesão

Foram realizadas sessões de laserterapia com intervalo de 48 horas, utilizado laser de baixa intensidade pontual no leito da ferida 0,5 joules por ponto, sendo quatro pontos, irradiados com luz vermelha (V), 660nm. Em contrapartida, ao redor da lesão, foram feitos

seis pontos de luz infravermelha (IV), 808nm, um joule por ponto. Além disso, dois joules de luz infravermelha em linfonodos axilares, sendo dois joules e cada pontos, como mostra a ilustração.

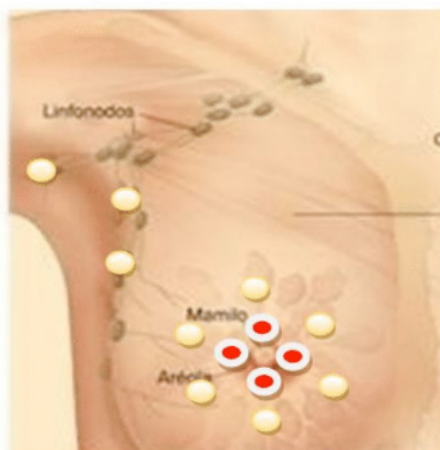


Imagem 1 – protocolo laserterapia.

Fonte: MOORE; DALLEY; AGUR, 2013, modificada pela autora.

Legenda: pontos amarelos – LASER IV e pontos vermelhos - LASER V.

Foi utilizado ainda a aplicação do LBI de luz vermelha, em artéria radial com técnica ILIB (intravascular laser irradiation of blood) modificado. Esta técnica é realizada através da irradiação arterial de forma transcutânea, por 30 (trinta) minutos. A irradiação através do ILIB no sangue é um fator importante para as propriedades reológicas no campo da microcirculação⁽⁹⁾. E ainda ativa o sistema imunológico, e aumenta a regeneração tecidual⁽¹⁰⁾, fatores que atuam como coadjuvantes para a cicatrização acelerada.

A imagem 2 é uma montagem fotográfica do antes e do após as 33 (trinta e três) sessões. Pode-se observar no primeiro retângulo da montagem, as mamas da paciente SS, 30 dias após o procedimento na primeira avaliação dela. Já nos dois quadrados inferiores a cicatrização final no último dia de sessão com o LBI, a mama direita na primeira foto e a esquerda na segunda.



Imagem 2 – Antes e depois do tratamento.

Fonte: arquivo fotográfico da autora, autorizado pela paciente.

A paciente teve sua lesão totalmente cicatrizada ao término do tratamento, não sendo necessário reabordagem cirúrgica, o que indica a possibilidade da eficácia na prática da laserterapia no tratamento de feridas pós-operatória. Silveira, concluiu que o LBI protege as células de lesões oxidativas, através da diminuição da morte celular fisiológica (apoptose) ou a morte celular patológica (necrose) ⁽¹³⁾, logo quanto antes iniciar a laserterapia nos pós cirúrgicos menor será a probabilidade de lesões necróticas como a deste estudo.

Assim, destaca-se a importância da fototerapia por LBI como um bioestimulador para o reparo tecidual, aumentando a circulação local, a proliferação celular e a síntese de colágeno ⁽¹⁴⁾, sendo seu uso na bioestimulação introduzido há mais de 30 anos ⁽¹⁴⁾, já é aplicado como coadjuvante aos tratamentos fisioterápicos ⁽¹⁵⁾, odontológicos ⁽¹⁶⁾, estéticos dermatológicos ⁽¹⁶⁾ e de enfermagem.

Tamanha abrangência e possibilidades de tratamentos com esta terapia, ocorre devido ao seu papel na promoção de cicatrização, não apenas de tecidos cutâneos, mas também ósseo, conjuntivo, mucosa, muscular e articular. Isso acontece por estimulação de fotorreceptores na cadeia respiratória mitocondrial, provocando alterações nos níveis de ATP celular, liberando assim fatores de crescimento e síntese de colágeno ⁽¹⁴⁾.

Pode-se ressaltar ainda a função anti-inflamatória e anti-edematomatosa dos LBI, que ocorre mediante a aceleração da microcirculação, que resulta em alterações na pressão hidrostática capilar, com reabsorção do edema e eliminação do acúmulo de metabólitos intermediários ⁽¹⁴⁾.

De forma sucinta descreve-se a ação do laser nos tecidos promovendo quatro mudanças principais e são elas segundo Moreira: modulação da Inflamação, reparação tecidual, analgesia e redução antimicrobiana ⁽¹⁶⁾. Portanto, a terapia em discussão, apresenta-se como uma alternativa para processos que apresentem reação inflamatória, dor e necessidade de regeneração tecidual ⁽¹⁹⁾.

O parecer COREN-SP 009/2018 determina que o enfermeiro poderá utilizar a fototerapia como terapia adjuvante na promoção da reparação tecidual em feridas agudas e crônicas, desde que habilitado [...] ⁽¹⁷⁾, com a devida qualificação segundo o COFEN no parecer de câmara técnica nº 034/2019. Desta forma destaca-se que o enfermeiro precisa atuar de forma segura com uma formação específica teórica e prática que lhe dê subsídios para atuar provendo melhor qualidade no tratamento do paciente. Ainda se ressalta a necessidade de uma prática baseada sempre em evidências científicas, sendo necessário o contínuo estudo acerca desta terapia. Uma vez que a eficácia LBI *in vitro* está bem demonstrada sua efetividade, mas em experimentação animal e clínica ainda dependem de um número maior de estudos ⁽¹²⁾.

Na prática, como visto na imagem 2, o LBI é eficaz, sua aplicação não gera dor e nem queimação no local irradiado. A evolução de cada sessão é visível e notória até mesmo para o paciente e/ou cuidador, tornando o processo mais prazeroso ao paciente por dois principais motivos: analgesia e melhora progressiva.

Entretanto é necessário a atualização contínua, uma vez que cada dia mais surgem estudos e comprovações do uso da fotobiomodulação. A fim de que o profissional utilize a dosimetria correta para cada tecido e lesão tratada.

3 | CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a laserterapia propiciou um processo de cicatrização eficaz na paciente, indicando a sua importância e a necessidade de ampliar estudos que revelem cada vez sua eficácia nesses tipos de tratamento.

DECLARAÇÃO DA AUTORA

Declaro que sou autora¹ deste Trabalho de Conclusão de Curso. Declaro também que o mesmo foi por mim elaborado e integralmente redigido, não tendo sido copiado ou extraído, seja parcial ou integralmente, de forma ilícita de nenhuma fonte além daquelas públicas consultadas e corretamente referenciadas ao longo do trabalho ou daqueles cujos

dados resultaram de investigações empíricas por mim realizadas para fins de produção deste trabalho.

Assim, declaro, demonstrando minha plena consciência dos seus efeitos civis, penais e administrativos, e assumindo total responsabilidade caso se configure o crime de plágio ou violação aos direitos autorais. (Consulte a 3ª Cláusula, § 4º, do Contrato de Prestação de Serviços).

REFERÊNCIAS

1. <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/blog/2020/02/13/lider-mundial/>
2. <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/cirurgias-e-procedimentos/mama/mamoplastia-reductora/>
3. Chavantes MC. Laser em Problemas Cardio-respiratórios. In: Chavantes MC, editor. Laser em Bio-Medicina. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 149-81.
4. Kajita GT. Efeitos do laser de baixa potência no membro pósasfenectomia em diabéticos submetidos à revascularização miocárdica [Mestrado]. São José dos Campos (SP): Universidade do Vale do Paraíba; 2002.
5. Pinto NC, Chavantes MC, Stolf NAG. Prevent complications in cardiovascular surgery: a successful method applying low level laser therapy [abstract]. [Presented at 28th American Society for Laser Medicine and Surgery (ASLMS) Annual Conference; 2008 Apr 2-6; Kissimmee, Florida, USA].
6. Piva JAAC. Abreu EMC. Silva VS. Nicolau RA. Ação da terapia com laser de baixa potência nas fases iniciais do reparo tecidual: princípios básicos. Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba (IP&D - UNIVAP) - São José dos Campos (SP), Brasil. 2011.
7. Moore, Keith L.; DALLEY, Arthur F.. Anatomia orientada para a clínica. 6 ed. Rio De Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2011.
8. http://www.cofen.gov.br/parecer-n-13-2018-cofen-ctl_n_65231.html.
9. Timoshenko TE, Dvoretzki DP. Ross Fiziol Zh Im I M Sechenova. 2010 Oct;96(10): 998-1004.
10. Palfáhun VT, Lapchednko AS, Kucherov AG. Vestn Otorinolaringol. 1995 Mar-Apr;(2): 8-10.
11. Pinto NC, Pinto FCG, Alho E JL, Yoshimura EM, Krebs VLJ, Teixeira MJ, Chavantes MC. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):5-9.
12. Ortiz MCS, Carrinho PM, Santos AAS, Gonçalves RC, Parizotto NA. Fisioterapia Brasil - Volume 2 - Número 4 - Julho / Agosto 2001.
13. Silveira, P. C. L.; Silva, L. A.; Tuon, T.; Freitas, T. P.; Streck, E. L.; Pinho, R. A. Efeitos da laserterapia de baixa potência na resposta oxidativa epidérmica induzida pela cicatrização de feridas. Rev Bras Fisioter, v. 13, n. 4, p. 281-7, 2009.
14. Lins RDAU, Dantas EM, Lucena KCR, Catão MHCV, Granville-Garcia AF, Carvalho Neto LG. An Bras Dermatol. 2010;85(6):849-55.

15. Assis TO, Soares MS, Victor MM. Artigos de Revisão, *Fisioter. mov.* 25 (2), Jun 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000200023>

16. Moreira FCL. Manual prático para uso dos lasers na odontologia, 1ª edição. Goiânia, 2020.

17. Parecer COREN-SP 009/2018. <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/parecer-009-2018.pdf>.

18. Parecer de câmara técnica nº 034/2019/CTAS/COFEN. http://www.cofen.gov.br/parecer-no-034-2019-cofen-ctas_71857.html

19. Pinheiro ALB, Almeida PF, Soares LGP. *Biotecnologia Aplicada à Agro&Indústria*, capítulo 23, páginas 831.

PERFIL DOS PACIENTES COM SÍNDROME DE FOURNIER

Data de aceite: 01/04/2022

Ursulla Vilella Andrade

<http://lattes.cnpq.br/8175686271100374>
<https://orcid.org/0000-0002-6932-1692>

Cintia Moraes Colombo

<http://lattes.cnpq.br/3270760703129641>

Denize Pereira Silva

RESUMO: Objetivos: Conhecer o perfil dos pacientes com Síndrome de *Fournier* e descrever qual foi a melhor conduta para um tratamento adequado, de acordo com a evolução. População e Método: Trata-se de um estudo documental transversal e retrospectivo de análise quantitativa realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul no ano de 2019, realizado no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP. Resultados: foram estudados 15 pacientes com Síndrome de *Fournier* no período de janeiro de 2007 a maio de 2019. Todos os pacientes apresentaram comorbidades associadas a doença. O uso de antibioticoterapia e os cuidados com a ferida é de suma importância para a evolução clínica. Conclusão: A equipe multidisciplinar deve ter pleno conhecimento sobre a síndrome para ter um diagnóstico e tratamento rápido e preciso.

PALAVRAS-CHAVE: Fascíte necrosante. Gangrena de *Fournier*. Enfermagem.

PROFILE OF PATIENTS WITH FOURNIER SYNDROME

ABSTRACT: Objectives: To know the profile of patients with Fournier's Syndrome and describe what was the best conduct for an adequate treatment, according to the evolution. Population and Method: This is a cross-sectional and retrospective documentary study of quantitative analysis carried out in Campo Grande, Mato Grosso do Sul in 2019, carried out at the Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP. Results: 15 patients with Fournier's Syndrome were studied from January 2007 to May 2019. All patients presented comorbidities associated with the disease. The use of antibiotic therapy and wound care is of paramount importance for clinical evolution. Conclusion: The multidisciplinary team must have full knowledge about the syndrome to have a quick and accurate diagnosis and treatment.

KEYWORDS: Necrotizing fasciitis. Fournier's gangrene. Nursing.

PERFIL DE PACIENTES CON SÍNDROME DE FOURNIER

RESUMEN: Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes con Síndrome de Fournier y describir cuál fue la mejor conducta para un tratamiento adecuado, según la evolución. Población y método: este es un estudio documental transversal y retrospectivo de análisis cuantitativo realizado en Campo Grande, Mato Grosso do Sul en 2019, realizado en el Hospital Universitario María Aparecida Pedrossian - HUMAP. Resultados: se estudiaron 15 pacientes con síndrome de Fournier

desde enero de 2007 hasta mayo de 2019. Todos los pacientes presentaron comorbilidades asociadas con la enfermedad. El uso de la terapia con antibióticos y el cuidado de heridas es de suma importancia para la evolución clínica. Conclusión: El equipo multidisciplinario debe tener pleno conocimiento sobre el síndrome para tener un diagnóstico y tratamiento rápidos y precisos.

PALABRAS CLAVE: Fascitis necrotizante. La gangrena de Fournier. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Fournier* é uma doença infecciosa, conhecida também como fascíte necrosante entre outras nomenclaturas, caracterizada por uma infecção aguda de tecidos moles do períneo e parede abdominal, pode se desenvolver sobre a pele visivelmente normal, dissecando o tecido com necrose. Atingem os órgãos genitais em homens e mulheres, em homens o escroto e pênis, e em mulheres vulva e virilha¹.

No ano de 1884 Jean Alfred *Fournier* dermatologista francês descreveu 5 casos de pacientes com gangrena idiopática fulminante no pênis e escroto. As características fundamentais do quadro clínico: início abrupto em homens jovens saudáveis, rápida progressão e ausência de agente causador específico¹.

Essa síndrome não é muito frequente, ocorrendo mais repetidamente em pessoas do sexo masculino e em todas as idades, existe relação também a doenças sistêmicas como diabetes, hipertensão, obesidade, etilismo, doenças imunossupressoras, anormalidades no sistema urológico, entre outras².

São encontradas bactérias aeróbias e anaeróbias na ferida, em estudos realizados por meio de cultura indicam a presença de pelo menos quatro microorganismos por paciente, sendo as de Gram negativos aeróbios a *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Proteus mirabilis*. Entre os aeróbios Gram positivos destacam-se o *Staphylococcus aureus*, o *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus viridans* e o *Streptococcus fecalis*. Os anaeróbios estão representados pelos *Bacteróides fragilis*, *Bacteróides melaninogenicus*, cocos Gram positivos e *Clostridium species*³.

O processo infeccioso pode se intensificar por outras regiões do corpo, caso o tratamento não seja feito adequadamente. Podendo espalhar-se pela parede do abdômen, membros inferiores, superiores e retroperitônio são algumas das prováveis regiões de irradiação. Além disto, podendo ocasionar uma septicemia, falência múltipla dos órgãos e até mesmo, a morte³.

Os principais sintomas estão relacionados a algia ou prurido na região gênio-perineal, seguida de febre com temperatura mais elevada e mal-estar, apresentando edema no local, crepitação e saída de secreção purulenta. O diagnóstico deve ser precoce e tem que se procurar de imediato o serviço de saúde, o tratamento é baseado em antibioticoterapia, desbridamento cirúrgico se necessário e efetuação de curativo⁴.

Em algumas situações, é necessário o uso de colostomia que é determinado em

casos que resultariam em uma infecção fecal, como na presença de infecção do esfíncter anal, ou perfuração do cólon. Já a cistostomia é realizada para evitar a contaminação da ferida por extravasamento urinário ou inflamação periuretral⁰³⁻¹³

A equipe de enfermagem é essencial para a realização do cuidado ao cliente portador da Síndrome e busca um suporte necessário para prevenir, promover, recuperar e reabilitar a saúde do paciente⁵.

A Síndrome de *Fournier* deve contar com um tratamento adequado e uma assistência de enfermagem com intervenções rápidas para reduzir o índice de mortalidade, sendo fundamental que toda a equipe de enfermagem tenha entendimento e conhecimento sobre a patologia, para diagnosticar precocemente os sinais de complicações da doença. É fundamental o acompanhamento da enfermagem próximo ao paciente esclarecendo dúvidas, levando o paciente a confiar na equipe e no tratamento⁶.

Os objetivos do trabalho foram conhecer o perfil dos pacientes com Síndrome de *Fournier* no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Estudo documental, transversal, retrospectivo, de análise quantitativa. Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica Dom Bosco, no campus de Campo Grande/MS recebeu parecer favorável em CAAE: 09677519.2.0000.5162 de acordo com as exigências da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

O estudo foi composto por 15 prontuários de pacientes diagnosticados com a Síndrome de *Fournier* e tratados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP na cidade de Campo Grande – MS no período de janeiro de 2007 a maio de 2019.

A população foi composta de amostras não probabilísticas. Os critérios de inclusão foram: prontuários de pacientes com Síndrome de *Fournier*, internados no período de 2007 a 2019, no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP.

Os critérios de exclusão foram: menores de 18 anos, prontuários oriundos de pacientes que pertencem a alguma etnia indígena.

As variáveis que foram estudadas nessa pesquisa foram: idade, raça, estado civil, gênero, tempo de internação, tratamento, mortalidade, comorbidade, antibioticoterapia utilizada, tipos de cobertura no curativo e isolamento. Após, foi montado um banco de dados organizado em planilhas EXCEL, sendo que esses dados foram observados e apresentados de modo descritivo, em forma de gráficos e tabelas.

RESULTADOS

Do total de 15 prontuários estudados no Hospital Universitário Maria Aparecida

Pedrossian – HUMAP 93,33% (n=14) dos pacientes são do sexo masculino e 6,67% (n=1) do sexo feminino. Em relação a faixa etária, aqueles entre 41 e 60 anos foram os mais prevalentes nas admissões, com um percentual de 46,67% (n=7). Em relação as internações, observa-se que 46,67% (n=7) eram da cor relatada branca, e 26,67% (n=4) eram da cor parda, sendo identificado que a menor predominância era da cor amarela com 6,67% (n=1). Em relação ao estado civil, 60,0% (n=9) não tinha nenhuma informação, e 20,0% (n=3) eram solteiros, sendo 13,33 (n=2) casados (TABELA 1).

Variáveis	Frequência	
	N	%
Sexo		
Feminino	01	6,67
Masculino	14	93,33
Idade		
0 – 20	00	-
21 – 40	05	33,33
41- 60	07	46,67
61 – 80	03	20,00
81 – 100	0	-
Raça		
Branca	07	46,67
Amarela	01	6,67
Parda	04	26,67
Sem informação	03	20,00
Estado Civil		
Casado	02	13,33
Solteiro	03	20,00
Divorciado	01	6,67
Sem informação	09	60,00

Tabela 1 – Distribuição sócio demográfico e econômica dos participantes da pesquisa atendidos no HUMAP de Campo Grande, MS, no período de 2007 a 2019.

Fonte: Elaboração própria.

Quanto as comorbidades, foi observado que 66,67% (n=10) dos pacientes possuíam diabetes *mellitus*, 26,67% (n=4) hipertensão, sendo 6,67% (n=1) obesos. E os fatores de risco apresentando-se 13,33% (n=2) eram etilistas e 33,33% (n=5) tabagista. (TABELA 2).

Variáveis	Frequência	
	N	%
Comorbidades		
Diabetes <i>Mellitus</i>	10	66,67
Hipertensão	04	26,67
Obesidade	01	6,67
Fatores de Risco		
Etilista	02	13,33
Tabagista	05	33,33

Tabela 2 – Distribuição amostral das doenças associadas ao portador da Síndrome de *Fournier* atendidos no HUMAP de Campo Grande, MS no período de janeiro de 2007 a maio de 2019.

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere a variável tempo de internação, é notável que 33,33% (n=5) dos pacientes permaneceram internados por um período de tempo maior que 15 dias, o restante que corresponde a um percentual de 26,67% (n=4) ficaram hospitalizados no setor da cirúrgica por um período de 8-14 dias, 26,67% (n=4) não tinham informações nos prontuários sobre a alta hospitalar, e 13,33% (n=2) ficaram internados de 0-7 a dias. 100% (n=15) dos pacientes deste estudo receberam alta e não apresentaram sepse. Dentre os pacientes 93,33% (n=14) fizeram uso de antibioticoterapia e 6,67% (n=1) não foi empregado, sendo os mais utilizados: Ciprofloxacino 40,0% (n=6), Meropenem 33,33%(n=5) e Metronidazol 26,67% (n=4). E 40,0% (n=6) não ficaram em isolamento de contato, e 60,0%(n=9) não tinham essas informações nos prontuários (TABELA 3).

Dados da Internação	Frequência	
	N	%
Tempo de internação		
0 - 7 dias	02	13,33
8 - 14 dias	04	26,67
≥ 15 dias	05	33,33
Sem informação	04	26,67
Mortalidade		
Sim	0	-
Não	15	100,00
Sepse		
Sim	0	-
Não	15	100,00
Antibioticoterapia		
Sim	14	93,33

Não	01	6,67
Uso de curativo		
Sim	14	93,33
Não	0	-
Sem informação	01	6,67
Isolamento		
Sim	0	-
Não	06	40,00
Sem informação	09	60,00

Tabela 3 – Dados da internação dos pacientes e seus cuidados, atendidos na HUMAP de Campo Grande, MS no período de 2007 a 2019.

Fonte: Elaboração própria.

É possível notar no gráfico abaixo que 46,67% (n=7) utilizavam como cobertura de ferida a Sulfadiazina de prata e 26,67% (n=4) usavam Kollagenase. Foram identificados outros produtos, como Prontosan gel em 13,33% (n=2) e 6,67% (n=1) adaptavam Placa de carvão ativado e Placa Alginato de Cálcio. (GRÁFICO 1).

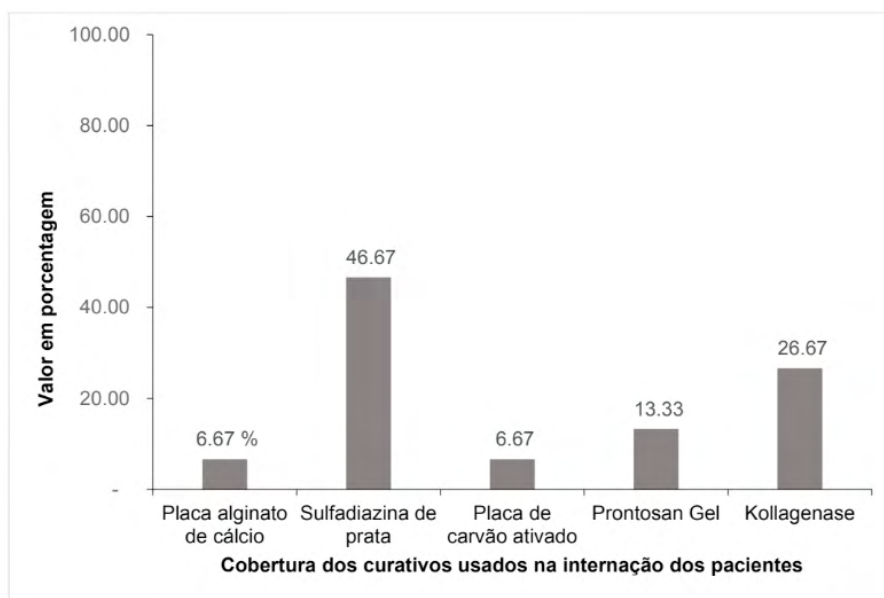


Gráfico 1 – Representação gráfica dos tipos de cobertura utilizada pelos pacientes atendidos no HUMAP de Campo Grande, MS no período de 2007 a maio de 2019.

Fonte: Elaboração própria.

A Síndrome de *Fournier* é conhecida e o paciente pode ser internado com diversos nomes, dentre esses pode-se citar, o abscesso de bolsa escrotal com 53,33%

(n=8) em segundo lugar Síndrome de *Fournier* 33,33% (n=5), e entre 6,67% encontra-se desbridamento da bolsa escrotal e Fasciíte necrosante.

Causa da internação	Frequência	
	N	%
Síndrome de <i>Fournier</i>	05	33,33
Abscesso de bolsa escrotal	08	53,33
Desbridamento de bolsa escrotal	01	6,67
Fasciíte necrosante	01	6,67
Total	15	100,00

Tabela 4 – Diagnósticos médicos na internação dos participantes atendidos no HUMAP de Campo Grande, MS de 2007 a 2019.

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Nesse estudo a maior parte dos indivíduos que desenvolveram a Síndrome de *Fournier* eram pessoas do sexo masculino, dados equivalentes aos encontrados na literatura. A média de idade foi de 41 a 60 anos semelhante ao estudo realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná –HUOP sendo a média de idade de $51,7 \pm 16,3$ anos⁷. A faixa etária acometida está representada com maior número entre adultos e idosos, esta síndrome não acomete somente as pessoas do sexo masculino, mas também pode afetar mulheres e criança⁷. Sobre a maneira como os pacientes se auto afirmaram em relação a sua cor eles se dizem de raça branca, este fato não impacta de forma direta a evolução da doença, pois não foi encontrado na literatura descrições sobre a relação da cor com a síndrome⁸.

Nesta pesquisa a porcentagem de falta de informação nos prontuários foram altas, dos 40 prontuários identificados apenas 15 foram analisados, apresentando uma porcentagem 37,5% (n=15). No Brasil, julga-se que a baixa qualidade das informações contidas nos prontuários dos pacientes tem influenciado muito a qualidade do cuidado. É possível identificar erros frequentes como diagnósticos ilegíveis, incoerências de dados, falta de diagnóstico e de informações básicas, o que pode acarretar nos resultados das pesquisas⁹.

De acordo com a resolução do CFM nº 1.638/2002 define o prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Na resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a realização do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados e resolução COFEN Nº 514/2016 trata a necessidade de conduzir os Profissionais de Enfermagem para a prática das anotações de enfermagem no prontuário do paciente,

garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda equipe de Saúde da Instituição^{10,11,12}.

Recebe-se o nome de Síndrome de *Fournier* quando o processo infeccioso acomete a região perineal, entretanto é também conhecida como fasciíte necrosante, gangrena escrotal, celulite necrosante sinérgica, gangrena sinérgica, gangrena idiopática, gangrena fulminante⁸, dificultando a procura de dados nos prontuários.

Corroborando com o estudo, e a literatura aponta que os casos de comorbidades estão mais evidentes em pacientes que possuem hipertensão arterial - HAS, diabetes *mellitus* e obesidade, além da presença de fatores de riscos como etilismo e tabagista. O aparecimento de uma ferida em um indivíduo desencadeia uma cascata de reações celulares e bioquímicas com objetivo de absorver o tecido lesionado. Em pacientes diabéticos, este reparo é duradouro. Sabe-se que portadores de HAS apresentam alterações vasculares na tela subcutânea e da arquitetura da matriz extracelular, a atividade inflamatória e a síntese tecidual são oxigênio-dependentes e desta forma pacientes com HAS poderiam ter o processo de reparação de feridas prejudicado. A exposição ao cigarro permite alterações vasculares significativas^{13, 15}.

A exposição ao cigarro permite alterações vasculares significativas. A primordial delas é a vasoconstrição periférica, que reduz o lúmen dos vasos sanguíneos e afeta o transporte de oxigênio e nutrientes locais. Além do mais, a nicotina, que retrata o principal componente do cigarro, inibe a condução do oxigênio nas hemácias, agravando o quadro de hipóxia tecidual. A redução de oxigênio local, provoca microambiente favorável para o crescimento de bactérias, aumentando o risco de infecção¹⁴.

Podemos evidenciar que na literatura a taxa de mortalidade e sepse é referida a 22% desde a antiguidade, e não foi reduzida até os dias de hoje, o que se contrapõe ao artigo apresentado, no qual não foram registradas nenhuma mortalidade e sepse. Um estudo no Hospital Universitário Cajuru – PUCPR relata que os antibióticos mais usados foram Metronidazol (23%), Gentamicina (14%) e Ceftriaxona (11%), havendo controversa com estudos que relatam que os medicamentos mais utilizados foram Ciprofloxacino (40%), Meropenem (33,33%) e Metronidazol (26,67%). É indeclinável que o tratamento da síndrome seja de forma diferenciada e com o uso de antibioticoterapia de largo espectro, além de cuidados intensivos e abundantes^{16,17}.

A alta taxa do tempo de internação é um problema comum, gerando alto custo ao sistema de saúde e podendo desenvolver infecção hospitalar, requerendo assim um diagnóstico e intervenções rápidas, exigindo um cuidado da equipe médica e de enfermagem constante. Observamos em algumas literaturas que o tempo de internação é extremamente variável, pois em alguns casos é fundamental passar por cirurgias de desbridamento, enxerto, reconstrução cirúrgica, sendo operado diversas vezes até o controle completo do processo. Em casos mais evoluídos pode-se ultrapassar de 15 procedimentos cirúrgicos, dependendo da gravidade da ferida^{16, 19, 20}.

O soro fisiológico (0,9%) é a opção para a limpeza de feridas por ser uma solução isotônica que não influencia com o processo natural da cicatrização, não causa lesões nos tecidos, não ocasiona reações de sensibilidade, nem alergias e não altera a flora bacteriana normal da pele. Atualmente a nova solução de limpeza com base em polihexanida e betaína surgiu como alternativa aceitável aos produtos disponíveis. Esta solução é excelente no tratamento de feridas infectadas, concedendo quesitos ideais para a cicatrização de feridas, diminuindo o tempo de cicatrização, os sinais de inflamação e possibilitando um maior controle de odores¹⁸.

A enfermagem tem um papel fundamental na recuperação dos pacientes durante toda a internação, principalmente no que se refere aos sinais e sintomas da infecção, como na realização dos curativos, visto que demanda cuidados severos com a técnica asséptica²¹.

A proposta de acordo com a literatura tem fornecido uma grande relação com os cuidados da ferida, que abrange substâncias diversas como a Kollagenase liofilizada (enzima que digere tecido necrótico), carvão ativado, hidróxido de magnésio também é apropriado a monitorização de glicemia, uso de colchão piramidal, mudanças de decúbito, nutrição equilibrada, orientações sobre a doença ao paciente e familiares, dedicação adequada a ferida, e uma conservação de saúde física e psicológica para um bom prognóstico clínico^{21, 22}.

A seleção da cobertura adequada para a ferida dependerá da correta avaliação, do conhecimento sobre a mercadoria, sua eficácia, custo, disponibilidade no mercado, na satisfação e conforto do cliente. O uso inapropriado do tratamento pode prejudicar ou retardar a cicatrização. A escolha do produto irá depender do tipo de procedimento, tamanho, presença de drenagem ou sinais de infecção da ferida²³.

Pela função elevada das bactérias anaeróbicas na fisiopatologia, várias literaturas recomendam a utilização de oxigenação hiperbárica como um tratamento auxiliar para a infecção. A terapia hiperbárica pode diminuir a necrose tecidual e reduzir os índices de mortalidade e morbidade. Essa terapia tem consequência na diminuição da extensão da ferida. As sessões de oxigenoterapia hiperbárica é constituída por até 2 horas de duração diária²¹.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu observar o perfil dos pacientes com a Síndrome de *Fournier*, demonstrando a relevância do conhecimento científico em relação a doença. A enfermagem possui um papel fundamental durante a repercussão do indivíduo no decorrer de todo o tratamento, avaliando os sinais e sintomas da infecção, como também nas realizações dos curativos que necessitam de um cuidado rigoroso com a técnica asséptica.

Ao realizar uma minuciosa revisão bibliográfica, durante o presente estudo pode-se observar que a diabetes *melittus* e a hipertensão arterial são fatores de risco evidentes na

Síndrome de *Fournier* e também é possível notar que é mais comum de acontecer no sexo masculino do que no feminino.

A carência de informações nos prontuários pode interferir na obtenção de dados mais concretos para a pesquisa. Apesar da seriedade, ainda se apresenta um tema pouco explorado no ramo da saúde. O conhecimento dos profissionais sobre a doença é significativo para um melhor prognóstico, proporcionando um tratamento adequado, favorecendo um diagnóstico rápido e intervenções primordiais.

REFERÊNCIAS

1. Dornelas MT, Correa MPD, Barra FML, Corrêa LD, Silva EC, Dornelas GV, et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):600-4
2. Cordeiro TMSC, Freitas GB, Braga VS, Reis TS, Castro TVB. Síndrome de Fournier: diagnósticos de enfermagem segundo a nanda. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2014;4(4):262-263
3. Azevedo CCSF, Araujo APL, Marin CV, Baldi D, Alves JPF. Síndrome de Fournier: um artigo de revisão. *CONNECTION LINE*, 2016
4. Abreu RAA, Filho JMML, Corrêa M, Coimbra RAA, Figueira ALM, Speranzini MB. Síndrome de Fournier: estudo de 32 pacientes: do diagnóstico a reconstrução. *GED gastroenterol. endosc. dig.* 2014; 33(2):45-51
5. Eberhardt TD, Kessler M, Soares RSA, Dias CFC, Fonseca GGP, Muller LA, et al. Assistência de Enfermagem ao Portador de Síndrome de Fournier: Revisão da Literatura. *Rev. Saúde. AJES*, 2014; 1(1), 57-68.
6. Lamberty C, Vettoratto ES. Gangrena de Fournier. Relato de experiência Evento: XVI Jornada de Extensão, salão do conhecimento Unijuí 2015.
7. Santos DR, Roman ULT, Westphalen AP, Lovison K, Neto FACS. Perfil dos pacientes com gangrena de Fournier e sua evolução clínica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2018; 45(1).
8. Cavalina F, Moriya TM, Pela NTR. Síndrome de Fournier: a percepção do seu portador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2002; 36(2), 108-114.
9. Silva LCP, Soares FV, Sales PRS, Barbosa PMK, Salvi JA. Fatores que interferem na utilização do prontuário do paciente em suporte de papel. *Rev. adm. saúde*, 2011; 53-59.
10. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº1638, de agosto de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.
11. Santos DMD, Silva IC. (2018). Conhecimento dos enfermeiros sobre a SAE em um hospital privado conveniado ao SUS no município de Nerópolis-GO.

12. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº0514, de maio de 2016. Aprova o guia de recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem.
13. Lima MHM, Araujo EP. Diabetes mellitus e o processo de cicatrização cutânea. *Cogitare Enfermagem*, 2013; 18(1), 170-172
14. Squizzato RH, Braz RM, Lopes AO, Rafaldini BP, Almeida DB, Poletti NAA. Perfil dos usuários atendidos em ambulatório de cuidado com feridas. *Cogitare Enferm*, v.22, n. 1, p. 1-9, 2017.
15. Simoes MLPB, Alcantra EM, Dallagnol JC, Yoshizumi KO, Torres LFB, Borsato KS. Cicatrização de feridas: estudo comparativo em ratos hipertensos não tratados e tratados com inibidor da enzima conversora da angiotensina. *Rev Col Bras Cir*, 2006; 33(2), 74-8.
16. Candelaria PAP, Klug WA, Capelhuchnk P, Fang CB. Síndrome de Fournier: análise dos fatores de mortalidade. *Rev Bras Coloproctol*, 2009; 29(2), 197-202.
17. Mehl AA, Filho DCN, Mantovani LM, Grippa MM, Berger R, Krauss D, Ribas D. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. *Rev Col Bras Cir*, 2010; 37(6), 435-41.
18. Santos E, Queirós P, Cardoso D, Cunha M, Apóstolo J. A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistêmica. *Revista de Enfermagem*, n.9, p. 133-144, 2016.
19. Silva HYW, Moura TR, Lopes MR, Neto FC, Damata FR, Barboza GP, et al. Relato de caso: Síndrome de Fournier após implantação de sling transobturatório. *Comun. ciênc. saúde*, 2013 24(1), 77-84.
20. Cruz RAO, Andrade LL, Arruda AJCG. Produção científica sobre gangrena de Fournier e os cuidados de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line*, 2016; 10(5), 4329-4335.
21. Cardoso JB, Feres O. Gangrena de Fournier. *Medicina (Ribeirao Preto)*. Online, 2007; 40(4), 493-499.
22. Blanes, L. Tratamento de feridas. *Cirurgia vascular: guia ilustrado*. 2004; São Paulo.
23. Carneiro CM, Souza FB, Gama FN. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. *Rev Enferm Integrada*, 2010; 3(2), 494-505.

SOBREVIDA DE PACIENTES COM CÂNCER PANCREÁTICO METÁSTÁTICO SUBMETIDOS A DRENAGEM BILIAR

Data de aceite: 01/04/2022

Michele Garcia de Caroli Massoco

Pós-graduanda em Especialização em Oncologia, pelo Centro Universitário São Camilo
Assistência Multiprofissional Em Oncologia
São Paulo

Debora Montezello

Mestre, professora orientadora do curso de Especialização em Oncologia, Centro Universitário São Camilo

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Assistência Multiprofissional em Oncologia do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Profa. Ms. Debora Montezello, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Oncologia.

RESUMO: O câncer de pâncreas é uma das neoplasias mais letais em todo o mundo, com alta incidência, ocupando o quarto lugar em número total de mortes relacionadas ao câncer, sendo que no Brasil, ele é responsável por 2% de todos os tipos de câncer e 4% do total de mortes por essa doença. Acomete pacientes de ambos os sexos. A associação de novas técnicas menos invasivas como a drenagem biliar em pacientes com neoplasia de pâncreas auxilia no tratamento da doença, aumentando assim a qualidade de vida e a sobrevida dos mesmos, com taxas de complicações bem reduzidas. Este estudo buscou identificar na literatura a sobrevida de

pacientes com câncer pancreático metastático submetidos a drenagem biliar. Foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica, nas bases de dados Scielo e Lilacs, no período entre 2009 a 2017. A média de sobrevida de pacientes com câncer de pâncreas na fase avançada é, em torno de seis a onze meses, sendo que na literatura está demonstrado que, em relação a drenagem biliar endoscópica, ocorre a diminuição dos níveis de bilirrubina, melhorando a função social e psicológica do paciente. Na revisão bibliográfica, ficou evidente que o fator estatisticamente significativo relacionado à maior sobrevida está relacionado ao maior número de linhas de quimioterapia recebidas.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer pancreático. Drenagem biliar. Neoplasia pancreática. Adenocarcinoma.

SURVIVAL OF PATIENTS WITH METASTATIC PANCREATIC CANCER SUBJECT TO BILIARY DRAINAGE

ABSTRACT: Pancreatic cancer is one of the most lethal neoplasms in the world, with a high incidence, ranking fourth in the total number of cancer-related deaths. In Brazil, it accounts for 2% of all cancers and 4% of the total deaths from this disease. It affects patients of both sexes. The association of new less invasive techniques such as biliary drainage in patients with pancreatic neoplasia helps to treat the disease, thus increasing the quality of life and survival of the same, with very reduced rates of complications. This study aimed to identify in the literature the survival of patients with metastatic pancreatic

cancer submitted to biliary drainage. It was carried out through a bibliographic review in the Scielo and Lilacs databases, between 2009 and 2017. The mean survival time of patients with pancreatic cancer in the advanced stage is around six to eleven months, literature has shown that, in relation to endoscopic biliary drainage, bilirubin levels decrease, improving the social and psychological function of the patient. In the literature review, it was evident that the statistically significant factor related to higher survival is related to the greater number of chemotherapy lines received.

KEYWORDS: Pancreatic cancer. Bilitic drainage. Pancreatic neoplasia. Adenocarcinoma.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de pâncreas é uma das neoplasias mais letais em todo o mundo, e ocupa o quarto lugar em número total de mortes relacionadas ao câncer, em pacientes de ambos os sexos.¹

O pâncreas pode ser dividido anatomicamente, de uma forma simples, em cabeça, corpo e cauda. Os tumores podem se localizar em qualquer local na glândula. Entretanto, quando surgem no corpo e na cauda, devido à ausência de sintomas, progridem até invadir estruturas nobres ou apresentam metástases a distância, tornando-se irresssecáveis. Os que se desenvolvem na cabeça do órgão frequentemente invadem o ducto colédoco, causando icterícia obstrutiva, a qual proporciona o diagnóstico na maioria dos casos. Seu suprimento sanguíneo deriva dos ramos principais do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior, e o conhecimento dessa complexa anatomia e de suas variações é mandatório para os cirurgiões que se dispuserem a operar essa região.²

Em 2013, os Estados Unidos registraram cerca de 45 mil novos casos de câncer de pâncreas, onde o número de mortes esperadas era bem próximo ao número de novos casos. A sobrevida, ao longo de 5 anos, ficou em torno de 2 a 6%.

O adenocarcinoma do pâncreas é o tipo mais comum de tumor pancreático e, com todos seus subtipos, representa 85% dos casos.¹

A chance de sobrevida em longo prazo é a ressecção cirúrgica curativa desse tumor. A localização predominante dos tumores é na cabeça pancreática, a qual, devido as suas características anatômicas e para preservar os princípios oncológicos, deve ser ressecada em conjunto com o duodeno. Essa ressecção é chamada de Pancreatoduodenectomia. Embora apropriado, este procedimento, é somente aplicável à minoria dos pacientes, pois a maioria se apresenta com doença avançada.^{2, 3}

Somente 5% a 20% dos carcinomas da cabeça do pâncreas são ressecáveis na época de seu diagnóstico. O cirurgião sempre se encontra frente a um dilema nos casos inextirpáveis, e que geralmente apresentam sinais obstrutivos da via biliar ou duodenal.⁴

A maioria dos diagnósticos de tumores malignos é feito na fase avançada da doença, logo cerca de 85% dos pacientes com tais enfermidades não são candidatos ao tratamento cirúrgico curativo. Decorrente do diagnóstico tardio, a icterícia é um sinal clínico muito

frequente nesses pacientes, o que faz com que métodos para a drenagem da via biliar obstruída devam ser empregados, pois a estase biliar não tratada pode acarretar prurido intenso, anorexia, disfunção hepática, colangite e até mesmo o óbito precoce.⁵

Em muitos casos a cirurgia oferece o tratamento definitivo com intenção paliativa ou terapêutica, contudo não é isenta de complicações. As estenoses e fístulas são mais frequentes no contexto pós-operatório, em pacientes jovens e na população ativa.⁶

O desenvolvimento da tecnologia endoscópica e da radiologia intervencionista tem oferecido uma opção segura à terapêutica dessas complicações, como: Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) e a Drenagem Percutânea Trans-hepática (DPTH).

A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) com passagem de prótese biliar é o método de escolha no tratamento paliativo da icterícia obstrutiva e para a drenagem da via biliar obstruída. Todavia, existe um índice de insucesso em torno de 10%. Nesses casos, técnicas alternativa serão aplicadas, como Drenagem Percutânea trans-hepática (DPTH) e drenagens cirúrgicas.^{5,7}

A drenagem endoscópica da via biliar em casos inoperáveis de obstrução maligna é a conduta de escolha atualmente, A DPTH também é um método de drenagem paliativa da icterícia obstrutiva, entretanto, suas complicações como fístula biliar, abscessos hepáticos e hemorragia, podem atingir 30% dos casos.^{5,8}

Na drenagem endoscópica da via biliar há o uso de próteses metálicas auto expansíveis, que apresentam melhores resultados em relação às próteses plásticas, em virtude dos menores índices de obstrução.⁸

Com o intuito de superar as falhas da CPRE as morbidades da cirurgia paliativa e da DPTH, a Eco endoscopia terapêutica tem sido empregada como método alternativo para a desobstrução biliar. Essa técnica utiliza um acesso eco guiado à via biliar por meio da luz do trato gastrointestinal. São dois os tipos de acesso: o intra-hepático e o extra-hepático; as vias de acesso são três: a transmural, a transpapilar anterógrada e a transpapilar retrógrada.⁵

Assim, podemos afirmar que, a associação de novas técnicas menos invasivas como a Drenagem biliar em pacientes com neoplasia de pâncreas vem colaborando no tratamento da doença, aumentando assim a qualidade de vida e a sobrevida dos mesmos, com taxas de complicações bem reduzidas, com um desfecho favorável ao procedimento, levando-se em conta a gravidade da doença.

O presente estudo veio apresentar a relevância da Drenagem biliar como tratamento coadjuvante em pacientes portadores de câncer no pâncreas.

2 | OBJETIVO

Identificar a sobrevida de pacientes com câncer pancreático metastático submetidos

a Drenagem biliar.

3 | MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi uma revisão bibliográfica, com base na necessidade de construção de um conhecimento acerca do assunto a ser estudado. A pesquisa descritiva faz uma seleção dos materiais coletados, e estes foram ser observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, atingindo o objetivo final.

Desse modo, a pesquisa foi realizada na base de dados: Literatura Latino Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Base de dados em Enfermagem (BDENF), Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES).

O recorte temporal deu-se a partir do ano de 2009 até 2017, considerando estudos mais recentemente publicados no ramo.

Como critérios de inclusão foram pesquisados descritores referente às áreas de saúde que abordassem as palavras chaves “câncer pancreático”, “drenagem biliar” “neoplasia pancreática”, “adenocarcinoma”. Sendo utilizados artigos publicados no Brasil na língua portuguesa, compreendendo o período entre 2009 até 2017.

Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos sem acesso on-line, artigos que não possuíssem acesso ao texto completo, que não respondiam a temática do nosso objetivo e que estivessem fora do período compreendido entre 2009 e 2017, e artigos que não estivessem na língua portuguesa.

Após o levantamento bibliográfico, realizou-se a leitura dos artigos e livros, e os respectivos fichamentos. Em seguida agrupou-se os artigos por similaridade e pertinência e, então passou-se à apresentação das discussões.

4 | RESULTADOS

Com base na importância de identificar a sobrevida de pacientes com câncer pancreático metastático submetidos a drenagem biliar, encontrou-se ao todo 28 artigos onde foram utilizados 15 artigos por serem pertinentes ao tema.

Número de Artigos Encontrados	Número de Artigos Excluídos	Número de Artigos utilizados
28	13	15

Tabela 1 – Resultado da Pesquisa Realizada nas Bases de Dados. São Paulo, 2018.

Autores do Artigo	Ano	Título	Resumo
Gobbi PG, Bergonzi M, Comelli M, Villano L, Pozzoli D, Vanoli A, Dionigi P.	2013	Sintomas e fatores do paciente associados a intervalos de diagnóstico para câncer de pâncreas. um estudo prospectivo de coorte.	O mau prognóstico do carcinoma pancreático parece depender, em parte, do atraso do diagnóstico e este, por sua vez, é influenciado pelo tipo de sintomatologia apresentada.
Toneto MG, Lopes MHI.	2014	Evolução histórica do tratamento cirúrgico do câncer de pâncreas.	Apesar da segurança com a qual a duodenopancreatectomia é realizada atualmente, a sobrevida pós-operatória no câncer de pâncreas ainda é insuficiente, sugerindo que as questões técnicas operatórias representam apenas uma das etapas necessárias para progresso dos resultados
Torres OJM, Moraes Junior JMA, Fernandes ESM.	2013	Pancreatectomia distal com ressecção em bloco do tronco celíaco para adenocarcinoma de corpo de pâncreas localmente avançado (operação de Appleby): relato de caso	Os resultados apontam que o índice de sobrevida global em cinco anos permanece abaixo de 5% com uma baixa possibilidade de ressecção.
Ilias EJ.	2009	Qual a melhor conduta paliativa no câncer inextirpável da cabeça do pâncreas?	A quimioterapia e ou radioterapia pós-operatória não trouxe aumento significativo na sobrevida.
Loureiro JFM, Artifon ELA, Ilias EJ.	2010	Qual o papel da ecoendoscopia na drenagem paliativa da via biliar por obstrução maligna?	A drenagem biliar ecoguiada é eficaz e segura, com taxas de complicações aceitáveis e que não alteram o desfecho favorável do procedimento
Ruiz RF, Bicalho LGMF, Ferreira BA, Sakai P, Ishioka S, Martins BC, Rios JT.	2014	Colocação de prótese metálica auto expansível, parcialmente coberta em colédoco distal, e prótese plástica em ducto cístico em paciente com neoplasia de cabeça de pâncreas.	O uso de próteses metálicas auto expansíveis apresenta melhores resultados em relação às próteses plásticas em virtude dos menores índices de obstrução.
Soldan, M.	2017	Rastreamento do câncer de pâncreas	O adenocarcinoma ductal do pâncreas (ADP) tem origem no pâncreas exócrino e é responsável por 95% dos cânceres pancreáticos
Artifon, M. BuCh , L. Bonini, DPS., Aparicio GED.	2013	Lesões críticas do pâncreas	As lesões císticas do pâncreas devem ser avaliadas por abordagem multidisciplinar, alcançando-se assim o melhor tratamento possível ao paciente.

Artifon ELA, Couto Júnior DS, Sakai P.	2010	Tratamento endoscópico das lesões das vias biliares.	Estenoses malignas estão relacionadas a colangite, icterícia e dor e com as alterações sistêmicas relacionadas com a sepsis biliar.
Oliveira MB, Santos BN, Moricz, E, Pacheco-Junior AM.	2017	Derivação colecistojejunal para o tratamento paliativo do câncer de pâncreas avançado	A derivação colecistojejunal constitui boa opção terapêutica para alívio da icterícia em pacientes com câncer de pâncreas avançado
Usón Junior PL, França MS, Rodrigues HV, Macedo AL, Goldenberg A, Smaletz O, Armentano DP, Simon SD, Gansl RC	2015	Maior sobrevida global em pacientes com câncer pancreático metastático	O número de linhas de quimioterapia foi significativamente associado com a sobrevida, com uma sobrevida mediana estimada de 10,2 meses para os pacientes que receberam até duas linhas de tratamento e de 23,5 meses para os que receberam mais de duas linhas

Tabela 2: Artigos classificados por: Nome do autor, ano de publicação, título do artigo, resumo. São Paulo, 2018.

5 | DISCUSSÃO

O câncer do pâncreas é a quarta causa de morte por câncer nos EUA, com perspectiva de se tornar o segundo mais frequente em 2030. No Brasil, ele é responsável por 2% de todos os tipos de câncer e 4% do total de mortes por essa doença. Os fatores de risco mais importantes incluem o gênero (um pouco mais frequente nos homens), idade, tabagismo e índice de massa corpórea⁹.

Trata-se de uma neoplasia, na maioria dos casos, é muito difícil de controlar, porém, é tratável por meio de cirurgia, quando detectado precocemente, mas, pela ausência de sintomas na sua fase inicial, geralmente o câncer de pâncreas se alastra antes de diagnosticado¹⁰.

A maioria dos diagnósticos ocorre após os 50 anos de idade, com pico de incidência em torno dos 70 aos 75 anos. Costuma ser mais frequente em homens. Outros fatores de risco relacionados ao câncer de pâncreas são: tabagismo, pancreatite crônica, cirrose, obesidade, sedentarismo, dieta rica em gordura e colesterol, diabetes mellitus, exposição ocupacional aos agentes carcinógenos, ascendência judaica (Ashkenazi) e baixo nível socioeconômico¹¹.

Trata-se de uma doença com alta mortalidade, sendo que sua sobrevida gira em torno de 5% em cinco anos. A letalidade não tem sofrido grande mudança a despeito dos avanços das técnicas cirúrgicas nos últimos 80 anos, após a introdução da duodenopancreatectomia. A ressecção cirúrgica é a única cura potencial para o ADP, mas, em 80% dos pacientes com sintomas, o tumor já é irresssecável à época do diagnóstico. Para os pacientes candidatos à

ressecção cirúrgica, a sobrevida é, em média, de 12 meses e, para aqueles não candidatos ao tratamento cirúrgico, de 3,5 meses⁹.

O tratamento endoscópico para drenagem líquidas pancreáticas é aceito como uma opção menos invasiva do que a drenagem cirúrgica ou percutânea. O procedimento endoscópico consiste na papilotomia biliar ampla objetivando drenagem biliar fácil e passagem de prótese plástica com intuito de, por capilaridade, direcionar o fluxo em direção distal, diminuindo o débito fistular. A prótese atua também como fator de perviedade transpapilar, prevenindo o processo inflamatório pela ação eletrotérmica após a secção papilar¹².

No Sistema Único de Saúde, o tratamento adequado do adenocarcinoma pancreático se torna um desafio, não apenas para os provedores de saúde, mas também para os cirurgiões e pacientes¹³.

As indicações para drenagem endoscópica são geralmente feitas através da sintomatologia do paciente. Os principais sintomas que indicam o procedimento são dor abdominal, retardamento no esvaziamento gástrico, saciedade precoce, perda de peso e icterícia, porém outras indicações são infecção cística ou aumento de seu tamanho. Em pacientes com condições clínicas desfavoráveis deve-se ter preferência pelo tratamento endoscópico, dada a sua menor morbidade¹³.

A descompressão biliar paliativa pode trazer conforto ao paciente, ao melhorar a icterícia e reduzir o prurido. O tratamento da icterícia obstrutiva pode ser realizado por via endoscópica, radiológica ou cirúrgica. A terapêutica endoscópica é técnica menos invasiva e com menores taxas de mortalidade quando comparada ao tratamento cirúrgico, porém com maiores taxas de recidiva da icterícia¹⁴.

A obstrução biliar ocorre em torno de 37% dos pacientes com tumor de pâncreas. O tratamento da obstrução biliar envolve o procedimento de derivação, a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, ou ainda a drenagem transhepática percutânea.

Os avanços tecnológicos na endoscopia terapêutica promoveram a possibilidade alternativa do tratamento efetivo destas obstruções benignas. Considerações em relação ao tempo de reospitalização e de procedimentos devem ser averiguados em detalhes e ponderados em relação à cirurgia. Estenoses malignas estão relacionadas a colangite, icterícia e dor e, conseqüentemente, com as alterações sistêmicas relacionadas com a sepsis biliar. A conduta endoscópica cria uma derivação do suco biliar para o duodeno, sendo uma verdadeira derivação biliodigestiva endoscópica e utilizando-se próteses plásticas ou metálicas¹².

A sobrevida mediana de pacientes com câncer de pâncreas, localmente avançada é de aproximadamente 6 a 11 meses. Em casos de doença metastática, a quimioterapia aumenta a sobrevida global e melhora os sintomas. O maior ganho na sobrevida global mediana relatado no contexto metastático foi de 11,1 meses, que foi conseguido com a

combinação de fluorouracil, leucovorina, irinotecano e oxaliplatina¹⁵.

Em relação a qualidade de vida, existem trabalhos demonstrando que após o primeiro mês da drenagem biliar endoscópica com diminuição dos níveis de bilirrubina, há significativa melhora da função social e psicológica¹³.

Em estudo retrospectivo para comparação de ressecção tumoral paliativa e derivação biliar e gástrico, observou-se que o tempo de sobrevida média do primeiro procedimento era de 7,5 meses e do segundo de 6 meses. Porém, não se evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os procedimentos quanto a sobrevida e morbidade, mas houve melhor qualidade de vida naqueles submetidos a dupla derivação¹⁴.

Em outro estudo, ficou evidenciado que a drenagem da via biliar por punção transhepática está indicada em casos de tumores obstrutivos proximais e em casos em que a terapia endoscópica falha. Os pacientes submetidos a esse procedimento apresentam média de permanência hospitalar de 20 dias, com 19% não apresentando redução significativa da bilirrubina. As complicações encontradas foram colangite e pancreatite. Os óbitos ocorreram por colangite e pneumonia, com tempo médio entre a queda da bilirrubina e a morte do paciente de 25 dias. A drenagem biliar percutânea mostrou-se efetiva no alívio do prurido em pacientes com neoplasia periampular maligna, mas não trouxe melhoria estatisticamente significativa na qualidade de vida dos pacientes. Os pacientes tiveram sobrevida média de 4,74 meses após a drenagem¹⁴.

Em pesquisa realizada para determinar a sobrevida global dos pacientes com câncer pancreático avançado e avaliar fatores com impacto prognóstico. No entanto, o número de linhas de quimioterapia foi significativamente associado com a sobrevida (log-rank $p=0,013$), com uma sobrevida mediana estimada de 10,2 meses para os pacientes que receberam até duas linhas de tratamento e de 23,5 meses para os que receberam mais de duas linhas. O único fator estatisticamente significativo relacionado à maior sobrevida foi maior número de linhas de quimioterapia recebidas¹⁵.

6 | CONCLUSÃO

Este estudo buscou identificar na literatura a sobrevida de pacientes com câncer pancreático metastático submetidos a drenagem biliar.

A média de sobrevida de pacientes com câncer de pâncreas na fase avançada é, em torno de seis a onze meses, sendo que na literatura está demonstrado que, em relação a drenagem biliar endoscópica, ocorre a diminuição dos níveis de bilirrubina, melhorando a função social e psicológica do paciente. Na revisão bibliográfica, ficou evidente que o fator estatisticamente significativo relacionado à maior sobrevida está relacionado ao maior número de linhas de quimioterapia recebidas.

A literatura é escassa no que se refere a sobrevida de pacientes com neoplasia de pâncreas e drenagem biliar, pois poucos são os estudos publicados com essa temática,

levando a concluir que o objetivo deste estudo foi alcançado em partes. Sugere-se que mais estudos acerca dessa temática sejam realizados, sobretudo no que tange à enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Gobbi PG, Bergonzi M, Comelli M, Villano L, Pozzoli D, Vanoli A, Dionigi P. Sintomas e fatores do paciente associados a intervalos de diagnóstico para câncer de pâncreas. um estudo prospectivo de coorte. *Rev cancer epidemiol.*2013;37:186-90.
2. Toneto MG, Lopes MHI. Evolução histórica do tratamento cirúrgico do câncer de pâncreas. *Scientia Medica.* 2014; 24 (2): 193-201.
3. Torres OJM, Moraes Junior JMA, Fernandes ESM. Pancreatectomia distal com ressecção em bloco do tronco celíaco para adenocarcinoma de corpo de pâncreas localmente avançado (operação de Appleby): relato de caso. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.* 2013; 26 (2): 151-153.
4. Ilias EJ. Qual a melhor conduta paliativa no câncer inextirpável da cabeça do pâncreas? *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2009; 53 (6): 476.
5. Loureiro JFM, Artifon ELA, Ilias EJ. Qual o papel da ecoendoscopia na drenagem paliativa da via biliar por obstrução maligna? *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013; 59 (5): 409-410.
6. Artifon ELA, Couto Júnior DS, Sakai P. Tratamento endoscópico das lesões biliares. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2010; 37 (2): 143-152.
7. Loureiro JFM. Drenagem biliar na palição dos tumores malignos da confluência biliopancreática: estudo comparativo das abordagens cirúrgica e endoscópica ecoguiada [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2014.
8. Ruiz RF, Bicalho LGMF, Ferreira BA, Sakai P, Ishioka S, Martins BC, Rios JT. Colocação de prótese metálica auto expansível, parcialmente coberta em colédoco distal, e prótese plástica em ducto cístico em paciente com neoplasia de cabeça de pâncreas. *GED gastroenterol. Endosc. Dig.* 2014 33 (2): 76-77.
9. Soldan, M. Rastreamento do câncer de pâncreas. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2017; 44(2): 109-111.
10. Artifon, M. BuCh , L. Bonini, DPS,. Aparicio GED. Lesões críticas do pâncreas. *gastroenterol. Endosc. dig.* 2013: 32(4):111-119.
11. Becker AE, Hernandez YG, Frucht H, Lucas AL. Pancreatic ductal adenocarcinoma: risk factors, screening, and early detection. *World J Gastroenterol.* 2014;20(32):11182-98.
12. Artifon ELA, Couto Júnior DS, Sakai P. Tratamento endoscópico das lesões das vias biliares. *Rev Col Bras Cir.* 2010; 37(2):143-52.
13. Oliveira MB, Santos BN, Moricz, E, Pacheco-Junior AM. Derivação colecistojejunal para o tratamento paliativo do câncer de pâncreas avançado. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2017;30(3):201-204.
14. Gomes JHT, Freitas RR. Cirurgia Paliativa em Pacientes com Tumor Periampular Irressecável: Estudo Retrospectivo de 5 Anos em um Hospital em São José dos Campos – SP . *Revista Ciências em Saúde.* 2013;3(4):

15. Usón Junior PLS, França MS, Rodrigues HV, Macedo ALV, Goldenberg A, Smaletz O, Armentano DPD, Simon SD, Gansl RC. Maior sobrevida global em pacientes com câncer pancreático metastático: o impacto de onde e como o tratamento é realizado. Einstein. 2015; 13 (3): 347-351.

PERCEPÇÕES DO HOMEM FRENTE AO CÂNCER DE PRÓSTATA

Data de aceite: 01/04/2022

Data de submissão: 04/03/2022

Laila Ruiz Ketly Tiradentes Ruiz

Universidade Estadual de Londrina

Londrina – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/3298522202232316>

Loruane Crisiely Lenartovicz

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Guarapuava – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/2049670438626993>

Tatiana da Silva Melo Malaquias

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Guarapuava – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/5259507149354975>

Marilia Daniella Machado Araújo Cavalcante

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Guarapuava - Paraná

<http://lattes.cnpq.br/7736902142194081>

Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Guarapuava - Paraná

<http://lattes.cnpq.br/0491121915604898>

Kátia Pereira de Borba

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Guarapuava - Paraná

<http://lattes.cnpq.br/0569263573136110>

Luana Carina Lenartovicz

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Guarapuava - Paraná

<http://lattes.cnpq.br/3976539343734488>

Alessandra Cristina de Paula Faria Zampier

Faculdade Campo Real

Guarapuava – Paraná

<http://lattes.cnpq.br/2734578979547153>

Fabiana Melo da Silva

Prefeitura Municipal de São Pedro do Turvo

São Pedro do Turvo – São Paulo

RESUMO: **Objetivo:** conhecer a percepção do homem após o diagnóstico de câncer de próstata. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado no município de Guarapuava, Paraná. **Resultados:** participaram da pesquisa quatro homens. Durante a análise dos dados foi possível perceber que muitos sentimentos são vivenciados ao receber o diagnóstico de câncer, como incertezas e medos que percorrem esse momento. O câncer pode alterar ainda o trabalho, a sexualidade e a libido. No entanto alguns mecanismos que demonstraram ser muito importante frente a vivência do câncer e os desafios que surgem com a descoberta da doença, como o apoio familiar e da religião que auxilia na aceitação e na elaboração do processo como um todo. Os participantes falaram da importância da adesão ao tratamento e busca do sistema de saúde precocemente na presença de sintomas. Porém, não abordaram a promoção da saúde e prevenção da doença. **Conclusão:** a percepção do paciente referente ao diagnóstico de câncer de próstata pode ser influenciada por diferentes fatores, como estágio do diagnóstico, apoio familiar e espiritual, além do suporte oferecido

pelos profissionais de saúde. Quanto maior for o nível de esclarecimento e a rede de apoio que o paciente pode contar, melhor será a vivência desse momento.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da Próstata; Saúde do Homem; Enfermagem.

MAN'S PERCEPTIONS BEFORE PROSTATE CANCER

ABSTRACT: Objective: to know the perception of men after the diagnosis of prostate cancer. Method: descriptive study with a qualitative approach, carried out in the city of Guarapuava, Paraná. Results: four men participated in the research. During the data analysis, it was possible to perceive that many feelings are experienced when receiving the diagnosis of cancer, such as uncertainties and fears that run through this moment. Cancer can also alter work, sexuality and libido. However, some mechanisms that proved to be very important in the face of cancer experience and the challenges that arise with the discovery of the disease, such as family and religious support that help in the acceptance and in the elaboration of the process as a whole. Participants spoke of the importance of adherence to treatment and seeking the health system early in the presence of symptoms. However, they did not address health promotion and disease prevention. Conclusion: the patient's perception regarding the diagnosis of prostate cancer can be influenced by different factors, such as stage of diagnosis, family and spiritual support, in addition to the support offered by health professionals. The higher the level of clarification and the support network that the patient can count on, the better the experience of that moment will be.

KEYWORDS: Prostatic Neoplasms; Men's Health; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer consiste no crescimento celular desordenado, e ocorre quando as células do tecido se proliferam de forma anormal e descontrolada perdendo sua função e formato, gerando os tumores que invadem os tecidos e órgãos. Quando algumas destas células se desprenderem do foco primário e espalham-se para outras regiões do organismo surgem as metástases (BRASIL, 2015).

Entre os diversos fatores que estão associados ao aumento do número de casos de câncer nos últimos anos estão o envelhecimento, o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o consumo de carnes processadas e o etilismo, hábitos estes que são cada vez mais comuns entre a população (BRASIL, 2017).

Ao considerar o câncer de próstata sabe-se que os fatores de risco se assemelham aos gerais, mas também possuem algumas especificidades, como dieta hiperlipídica, consumo excessivo de carne vermelha, idade superior a 50 anos, histórico familiar de câncer de próstata em parentes de primeiro grau como pai e irmãos (BRUNNER & SUDDARTH, 2008).

No estágio inicial os sintomas não são percebidos, sendo que estes aparecem com o passar do tempo, pois sua evolução é silenciosa. Muitos pacientes não apresentam

nenhum sintoma, ou quando apresentam, é mencionada a dificuldade para urinar, polaciúria e diminuição da força do jato urinário; sintomas esses que são frequentemente encontrados também nas alterações benignas. Na fase avançada, pode ocorrer dor óssea e infecção generalizada em decorrência das metástases ósseas e nos linfonodos, associados aos sintomas citados anteriormente (BRUNNER & SUDDARTH, 2008; BRASIL, 2017).

O câncer de próstata é uma doença de impacto social que interfere na vida diária do homem, impedindo-o de levar uma vida normal, devido suas manifestações clínicas cotidianas como descontrole sobre algumas de suas funções fisiológicas, responsável também por proporcionar momentos de isolamento do convívio social, dor, tristeza, vergonha, sofrimentos e medos (ARAÚJO et al., 2013).

O homem com câncer de próstata pode ainda desenvolver uma visão distorcida da sua autoimagem, com a ideias e pensamentos de que a sua masculinidade está afetada. Isso acarreta novos riscos, relacionados ao âmbito emocional, psicológico, que podem influenciar a não adesão ao tratamento (ARAÚJO et al., 2013).

Estudar o homem com diagnóstico de câncer de próstata é um tema relativamente novo no ambiente brasileiro, quando comparado aos estudos realizados com mulheres diagnosticadas com câncer. O que impulsionado novas pesquisas tem sido a criação recente da Política de Saúde do Homem lançada em 2008 (MARTINS, 2013).

Acredita-se que ao conhecer e identificar as percepções do homem após o diagnóstico de câncer de próstata contribuirá para a melhoria na assistência da enfermagem, visando um cuidado integral, contribuindo com o bem-estar físico, psicológico, emocional e social, consequentemente melhorando sua qualidade de vida.

Desta forma a pesquisa possui como questão norteadora: Como o homem se percebe após o diagnóstico de câncer de próstata? E como objetivo: Conhecer a percepção do homem após o diagnóstico de câncer de próstata.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. As pesquisas descritivas são aquelas que procuram expor determinadas características de uma população ou de determinado fenômeno, e, por vezes, nestes estudos é possível observar diferenças no perfil estudado de acordo com as variáveis estabelecidas (TOBAR; YALOUR, 2001).

A pesquisa qualitativa tem a intenção de entender uma situação atual ou um evento, onde o pesquisador busca extrair sentido ao fenômeno que está sendo estudado. Para isto o pesquisador necessita entrar no mundo dos participantes sem uma ideia formada, a fim de interagir e buscar significados dos fenômenos desejados (CRESWELL, 2010).

A pesquisa foi realizada na cidade de Guarapuava, Estado do Paraná. O local da pesquisa foi o Ambulatório de Oncologia de um hospital do município, credenciado ao Ministério da Saúde junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram incluídos na pesquisa os participantes que atendiam aos seguintes critérios: homens com câncer de próstata, maiores de 18 anos de idade e que realizam tratamento ou acompanhamento há um ano ou menos no Ambulatório de Oncologia, moradores de Guarapuava ou que estejam residindo no município durante o tratamento.

Como critérios para exclusão adotou-se os critérios: homens com alterações cognitivas avaliados por meio da escala Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e homens sem diagnóstico confirmado de câncer de próstata. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), é um teste utilizado mundialmente já validado no Brasil. Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, permite a avaliação da função cognitiva e o rastreamento de quadros demenciais. O escore varia de acordo com o comprometimento cognitivo (LOURENÇO, VERAS, 2006).

Os participantes foram selecionados mediante visita prévia ao ambulatório de oncologia, onde foi verificado por meio de prontuário físico e eletrônico os pacientes com câncer de próstata que iniciaram tratamento e/ou acompanhamento no período de 01 janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016.

A coleta dos dados foi realizada no período de 05 a 19 de maio de 2017, no domicílio dos pacientes com agendamento prévio via telefone, e utilizou-se um instrumento semiestruturado elaborado pelas autoras para a caracterização do perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes e uma entrevista para compreender sua percepção sobre câncer de próstata.

Os dados qualitativos foram analisados pela análise de conteúdo proposta por Creswell (2010) foi realizado da seguinte maneira: primeiramente foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra no software Microsoft Word. Em um segundo momento foi realizada leitura exaustiva de todo material coletado, foi então realizada a codificação do material, separado em um quadro no software Microsoft Word as respostas de acordo com as perguntas realizadas. Posteriormente com base neste quadro foram elencadas 3 categorias temáticas de acordo com as principais falas. Sendo elas: Impactos diante do diagnóstico de câncer de próstata; Rede de apoio frente ao diagnóstico de câncer; e Experiência a serem transmitidas a outros pacientes, que serão discutidas a seguir. Também foi realizada a caracterização dos participantes.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste UNICENTRO, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde e recebeu aprovação, que se deu no dia 20 de março de 2017, sob o parecer número 1.971.956.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 04 homens, que foram codificados pela letra P (participante)

e números arábicos de 1 ao 4, de acordo com a ordem das entrevistas (P1...P4). A idade dos participantes variou de 60 a 78 anos. Esse que corrobora com a literatura, no qual Brasil (2017d) a maioria dos diagnósticos de câncer de próstata ocorrem em homens acima dos 65 anos (RIBEIRO, 2015). A idade é um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata, e sua incidência e mortalidades aumentam significativamente após os 50 anos (ARAÚJO et al., 2015).

Quanto a religião dos participantes, 50% eram católicos e 50% evangélicos. Em relação à ocupação, 25 % trabalham como autônomos e 75% informaram estar aposentados, desses 25% mesmo estando aposentado continuavam ativos. A renda média dos participantes variou entre 1 e 2 salários. Todos os participantes relataram ser casados.

Durante a leitura e codificação das entrevistas foi possível elencar 3 categorias temáticas sendo elas: Impactos diante o diagnóstico de câncer de próstata; Rede de apoio frente ao diagnóstico de câncer; e Experiência a serem transmitidas a outros pacientes, que serão discutidas a seguir.

Impactos diante o diagnóstico de câncer de próstata

Segundo Belinelo et al. (2014) historicamente receber o diagnóstico de câncer é percebido como uma declaração de morte. Essa associação foi construída com base em um processo histórico onde a doença era entendida como um castigo divino, uma punição pelos pecados cometidos, portanto era algo para envergonhar-se. É possível constatar que mesmo na atualidade pensamentos como esse ainda permanecem, como se pode perceber na fala de P1:

O câncer é uma doença que a sociedade não conhece, quando falam que uma pessoa está com a doença, já pensam, esse está no fim da vida, então você percebe que existe um certo preconceito e realmente o nome câncer já assusta, eu tinha esse mesmo pensamento antes de ter a doença (P1).

Essa imagem que o paciente tem da doença exerce grande influência quando se descobre o diagnóstico, também pode interferir na aceitação e adaptação ao processo de adoecimento, ou seja, tem influência em como a situação será vivenciada.

Discutir sobre câncer não é algo muito fácil, justamente por esse tema ser cercado por uma visão pejorativa, com muitos rótulos negativos relacionados. Em muitas situações é considerada uma doença incurável, complexa, incapacitante e que causa morte rapidamente. Todos esses estigmas contribuem para aumentar o impacto ao receber o diagnóstico de câncer, como relata P2:

Fiquei assustado, porque quando se fala em câncer, a gente só lembra de coisa ruim, não lembra de coisa boa (P2).

A descoberta do diagnóstico de câncer de próstata é uma experiência agressiva, que leva a reações emocionais diversificadas como medo, tristeza, ansiedade e depressão gerando grandes repercussões no cotidiano de vida dos homens e de seus familiares

(PORTO et al., 2016).

Muitos são os sentimentos que o homem vivência durante esse primeiro contato com doença, na maioria das vezes ligada ao medo do desconhecido, um abalo psicológico associado à preocupação, angústias, incertezas e inseguranças, como é possível perceber nas seguintes falas:

Ah caiu o mundo né!? Você desaba. Não chegou a me dar depressão, mas fiquei bastante abalado psicologicamente com o diagnóstico de câncer. Eu nunca senti nada agora saber que estou com câncer! (P1).

Toda doença grave como o câncer, preocupa um pouco! (P4).

Nos últimos anos ocorreram grandes avanços em áreas das ciências, principalmente com relação à saúde, muitos medicamentos foram descobertos, alternativas de tratamentos, exames diagnósticos e prevenção aos agravos. Porém apesar de todos os avanços, o câncer é ainda uma doença difícil de ser abordada. Segundo Farinhas, Wendling, Dellazzana-Zanon, (2013) o paciente que receber o diagnóstico de câncer reage de forma diferente se comparando a outro diagnóstico.

Na maioria dos casos, o diagnóstico de câncer causa um grande impacto para a vida do homem, porém não podemos reduzir a influência do câncer apenas ao momento em que o homem descobre estar doente. O câncer é muito mais que uma doença física que gera dor e desconfortos. Ele é capaz de interferir na vida do indivíduo como um todo pode alterar objetivos, a relação do mesmo com o trabalho, com a família, com os amigos e até consigo mesmo.

Uma das principais áreas que sobre alterações após o diagnóstico está relacionado ao trabalho. De acordo com os participantes da pesquisa, a maior dificuldade percebida foi à necessidade de deslocar-se para outra cidade para realizar o tratamento, já que a cidade onde residiam não ofertava o necessitavam:

Como não tinha radioterapia na cidade onde eu resido, tinha que ir a outra cidade, toda vez precisava desmontar tudo (o meu material de trabalho) e levar, depois trazer aqui e montar de volta (P2).

Eu trabalho mais por telefone, então no período que fiz o tratamento levava as coisas que precisava para a cidade onde estava me tratando, porque eu ia na segunda e voltava na sexta (P1).

Iniciar um tratamento para uma doença não é algo fácil, pois surgem muitas incertezas e inseguranças sobre o futuro e sobre a resolutividade dos medicamentos. Isso sem considerar que muitas vezes o paciente já vem com experiências de outros tratamentos onde nem sempre suas expectativas foram alcançadas. Outra questão é ter que se distanciar de sua rede de apoio, isso pode prejudicar a adesão ao tratamento e maximizar os sofrimentos vivenciados.

Segundo Wakiuchi et al. (2017) o paciente enfrenta diversas dificuldades relacionada ao lidar com a doença e o diagnóstico, mas também dificuldades de acesso

e disponibilidade do tratamento. Para muitos pacientes é necessário se deslocar longas distâncias até centros de tratamento, isso traz repercussões para trabalho, hábitos de vida e da família. Porto et al. (2016) ressalta ainda que esse deslocamento em busca de tratamento é um fator estressante que pode ocasionar muitos desconfortos ao paciente.

Relacionado às atividades do trabalho e atividades diárias, a maioria dos participantes referiram não perceber alterações após o diagnóstico de câncer, já que continuaram trabalhando e desempenhando suas atividades normalmente:

Eu tenho uma firma de representação e trabalho mais por telefone, então continuou a mesma coisa (P1).

Não teve nenhuma diferença, porque eu trabalho em casa, faço contabilidade (P2).

Eu já estava aposentado, faz tempo que parei de trabalhar, e em casa continua a mesma coisa (P3).

Tal fato pode ser justificado devido aos participantes serem autônomos e/ou aposentados, portanto gestores do próprio negócio, assim conseguem fazer seus horários e ter mais flexibilidade no trabalho.

O câncer de próstata é considerado uma doença da terceira idade, no qual a maioria dos homens acima de 60 anos já estão aposentados, ou realizando serviços como autônomos para complementar a renda, podendo então determinar como melhor convém trabalhar (RIBEIRO, 2015; BRASIL, 2017d).

Porém, um dos participantes mencionou com tristeza o afastamento das atividades diárias, sendo que para ele ocorreram alterações após o diagnóstico de câncer. É natural que o diagnóstico de uma doença traga algumas mudanças para a vida do homem e para as atividades antes desenvolvidas, devido à manifestação dos sintomas ou ligados ao tratamento (WAKIUCHI et al. 2017).

Eu era acostumado a cuidar da horta, mas agora com câncer, não posso mais fazer isso. Daí a gente fica assim meio estressado (P4).

O afastamento do trabalho ou atividades antes desempenhadas pode gerar muitos aborrecimentos, sentimentos como de inutilidade e perda da autoestima, até mesmo da sua concepção do ser homem, também traz saudades da vida antes do diagnóstico, quando realizava as atividades diárias (SALCI, MARCON, 2011). Todos esses relatos contribuem para demonstrar porque a visão da doença é tão pejorativa.

Outro ponto abordado durante as entrevistas foi relacionado à sexualidade, já que o câncer de próstata afeta a sexualidade do homem de diferentes maneiras, ligados a questão fisiológica e psicológica. Abordar a sexualidade do homem com câncer não é um assunto muito fácil, já que este tema é cercado de tabus e preconceitos, sendo por vezes um assunto deixado de lado. No entanto é de extrema importância falar sobre isso para mudar pensamentos e romper com muitos mitos e estigmas.

Moreira (2013) afirma que o câncer de próstata se apresenta como uma ameaça a própria identidade masculina. Piacini (2015) reforça essa concepção ao destacar que a próstata está localizada em uma área responsável pelas funções sexuais, quando a doença afeta esse órgão o homem vê sua sexualidade ameaçada.

Em especial o câncer de próstata a possuem um impacto ainda maior para o homem, justamente pelo órgão que atinge, pois este possui um significado muito grande dentro a concepção do ser homem (ARAÚJO et al., 2013).

Segundo Moreira (2013) os sentimentos como medo da morte, alterações na autoestima e na autoimagem, alteração na ejaculação, na libido, que emergem em decorrência do câncer de próstata podem prejudicar a sexualidade do homem. Outro fator que pode interferir na sexualidade é a tratamento que pode ocasionar diminuição do desejo sexual e disfunção erétil:

O período que eu estava fazendo a radioterapia reduziu, reduziu não, praticamente acabou sexualmente não funcionou mais né, mas depois que eu acabei as sessões, o médico me deu remédio e agora tá voltando (P1).

Eu senti uma dificuldade de ereção, você não tem mais aquela disposição, acaba assim a libido, vou falar com o médico sobre algum tratamento em relação a ereção. Não sei se é assim para os outro, mas eu senti (P2).

Enfrentar uma doença como o câncer que coloca em risco a vida, pode fazer com que as pessoas façam uma reflexão de vários aspectos que antes não eram avaliados. Ocorrendo assim mudanças no jeito que a se vê a vida e muda alguns hábitos, como é possível ver na fala do participante (P2):

Na parte de alimentação, de comer e de beber, fiz uma restrição, tenho um cuidado maior, também me apeguei mais as coisas da vida que antes não dava valor (P2).

Salci, Marcon (2011) em seu estudo identificou que quando a pessoa vivencia o câncer algumas tendem a reorganizar suas vidas com diferentes estratégias e passam a dar novos significados aos eventos e percepções anteriores. Dentre esses aspectos podem-se destacar mudanças em hábitos de saúde, aumento da religiosidade uma nova maneira de ver a vida.

Muitas vezes as mudanças que ocorrem estão relacionadas ao maior cuidado com a saúde, visitas regulares ao médico, realização de exames, alterações na alimentação para manter e melhorar a saúde.

Porém também há casos em que mesmo ao enfrentar uma doença seria e agressiva como essa a pessoa continua com os mesmos hábitos:

Continuou a mesma coisa, não mudou em nada, eu sigo minha vida normal. Eu sei que tem pessoas que quando entram em uma situação como essa dizem: poxa, quanta coisa eu fiz de errado, mas eu não. Me alimento bem, fumo, tomo minha cervejinha, não alterou em nada (P1).

Mesma coisa, para mim não mudou nada. Faço minhas coisinhas na casa, tudo igual. Como bem, durmo bem, continua tudo normal (P3).

Talvez esse dado possa ser explicado relacionando ao estágio do diagnóstico do câncer, já que os participantes P1 e P3 descobriram a doença precocemente, realizaram os tratamentos e estão em acompanhamento no momento. Quando a doença é diagnosticada tardiamente com poucas chances de curas, pode ser que ocorram alterações significativas na filosofia de vida, principalmente nos casos em que o tratamento não possui finalidade de cura e o paciente entra em cuidados paliativos.

Rede de apoio frente ao diagnóstico de câncer de próstata

Perante o sofrimento vivenciado com a descoberta do câncer, o indivíduo busca mecanismos que lhe transmitem segurança para enfrentar a situação. Um desses mecanismos é o suporte familiar, meio este que auxilia na aceitação e na elaboração do processo como um todo (PORTO et al., 2016).

Matias, Cerqueira e Carvalho (2014) relataram que distanciar-se do convívio da família e social foi uma das maiores dificuldades percebidas e relatadas pelos homens, o que trouxe à tona sentimentos como saudade, solidão, vontade de chorar.

Toda essa vivência relacionada ao afastamento dos entes queridos pode contribuir ainda mais para aumentar os estigmas sobre a doença, de solidão e abandono.

Conforme Wakiuchi et al. (2017) o familiar oferece suporte para os desgastes que são ocasionados pela doença e pelo tratamento antineoplásico. Quando uma pessoa fica doente todo seu núcleo familiar se altera em prol da melhora e do bem-estar da pessoa adoecida.

No presente estudo foi possível perceber a importância da família estar presente durante o diagnóstico e tratamento do câncer:

Minha mulher e minhas filhas me apoiaram bastante, sempre me incentivaram a seguir com os tratamentos (P1).

Minha família deu bastante apoio... Minha esposa, os conhecidos. Eu felizmente não tive ninguém me desanimando, só me deram apoio dizendo que fizesse o tratamento (P2).

Minha família sempre me apoiou em tudo, falaram é normal e tem que tratar (P3).

Meus familiares deram muito apoio....Sempre foram comigo nas consultas, me protegeram (P4).

Silva, Cruz (2011) em seu estudo demonstram que a família tem papel fundamental tanto no momento do diagnóstico quanto no tratamento e nos cuidados paliativos, já que os pacientes se encontram fragilizados perante a situação, e ter os familiares junto nesse momento auxilia em como o paciente processa e se adapte a nova situação.

Lembrando também que a doença não afeta somente o paciente, mas sim todo contexto que o cerca entre eles a família, no qual experimenta sentimentos como incertezas, medos e preocupações relacionadas ao ente querido (WAKIUCHI et. al. 2017).

A necessidade de ter a família junto, ofertando apoio, suporte, cuidando, orientando, até mesmo auxiliando em questões como ir junto ao dia do tratamento, levar e buscar, foi relatado pelo participante P4 como algo positivo:

Meus filhos sempre me acompanharam, quando tenho consulta me levam, me dão apoio, porque se a família não ajudar, a pessoa vai desmotivando, vai ficando triste (P4).

Os participantes desta pesquisa disseram que quando surgiam dúvidas sobre resultados de exames, tratamentos, sinais e sintomas do câncer de próstata, eles buscavam informações principalmente na internet:

Procurei me informar principalmente sobre os exames na internet, quando não entendia muito bem os resultados.... (P1).

A minha filha pesquisou na internet. Tudo o que estava alterado ou o que não sabíamos sobre os exames e remédios, então ela me falava... (P3).

Os autores Poraths, Ribeiro (2012) relataram que a maioria dos homens na pesquisa que realizaram, buscaram informações sobre o câncer de próstata na mídia, principalmente na internet. Outros buscaram profissionais da saúde para obter as informações.

Quando as informações obtidas não são confiáveis, pode haver o comprometimento de todo o processo, prejudicando a adesão ao que foi proposto. Cabe ao profissional de saúde orientar e repassar informações corretas para os usuários (PORATHS, RIBEIRO, 2012).

Quando o homem é orientado por profissionais com conhecimento nas áreas existem duas ações positivas. A primeira referente ao tão falado estigma ligado ao câncer. Ao orientar o homem sobre a doença o profissional esta também difundindo conhecimento sobre a real condição da doença podendo romper com muitos mitos. Segundo que ao proporcionar o acesso às informações, o homem empodera-se, alcança mais autonomia de decisão. Atua também na prevenção do câncer já que o mesmo ao conhecer fisiopatologia da doença difunde para os familiares.

Porém não são apenas as informações que fazem a diferença neste momento, o atendimento ofertado, a atenção dispensada, até mesmo o carinho e tempo dedicado, fazem a diferença quando se descobre que está doente:

Os profissionais que trabalham onde faço meu tratamento, são muitos bons para cuidar da gente, sempre simpáticos, cuidando da gente e isso foi importante para mim, porque a gente fica se achando um invalido, faz a diferença ser bem recebido (P2).

Visto a importância que o atendimento humanizado na assistência, o Ministério da Saúde lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), na tentativa de mudar os modos de gerir e de cuidar no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015b).

Oferecer ao paciente um atendimento humanizado é dedicar seu tempo a ele, escutar suas necessidades e queixas, tentando atendê-lo na medida do possível, principiante

sendo empática a situação vivenciada pelo paciente, fazendo com que se sintam bem. Isso é muito importante para o paciente que vem experimentando situações de sofrimento devido ao diagnóstico, tratamento, distanciamento da família e do trabalho.

Wakiuchi et. al. (2017) cita que para desenvolver o atendimento humanizado é necessário tratar com amor, carinho, afeto, gentileza, proporcionando sensação de bem-estar e acolhimento ao paciente, seja qual for o local onde ele está sendo atendido.

Os pacientes com câncer demonstraram também buscar apoio na espiritualidade para enfrentar a doença e dar um sentido a vida. A espiritualidade tem sido um suporte que proporciona força, coragem; diminuição do sofrimento auxilia na adesão e adaptação ao tratamento (PINTO et al., 2015).

Salci, Marcon (2011) ressalta que a espiritualidade e religiosidade são importantes fontes de suporte para o paciente e sua família durante o adoecimento e tratamento. Oferece apoio psicológico com importante ação para melhora do estado de saúde mental. A espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento para o sofrimento vivenciado pela experiência do adoecer, que atua confortando o doente e seus familiares:

A fé me ajudou bastante a superar a doença (P2).

A fé em Deus e em Nossa Senhora me ajudou a ter apoio para lutar contra a doença (P3).

Uma doença grave como o câncer preocupa, mas eu entreguei minha vida nas mãos de Deus e estou esperando (P4).

Eu pedi a Deus que abençoasse os remédios que eu iria tomar. Também que eu tivesse um caminho feliz. Eu sabia que Deus havia de intervir, fazer com que os medicamentos fizessem efeito (P2).

A fé é então um meio encontrado pelo paciente para aceitação do seu estado. Soratto et al. (2016) afirmam que através da mesma há conforto e alívio até mesmo perante a possibilidade de morte.

Experiências a serem transmitidas a outros pacientes

Durante a análise das entrevistas ficou evidente que os participantes deram grande importância a adesão ao tratamento e busca do sistema de saúde precocemente na presença de sintomas. Porém, não relataram nada a respeito da promoção da saúde e prevenção da doença. Todos buscaram auxílio no sistema de saúde já com a doença instalada:

O câncer é coisa que acontece, mas quando você descobre, tem que tratar, buscar ajuda... (P3).

Eu sempre tenho falado para quem tem câncer fazer o tratamento certinho, pois eu fiz e agora estou bem. Tem pessoas que vão procurar ajudar quando não adianta mais, quando já está avançado.... (P4).

Detectar o câncer precocemente é muito importante para se obter um prognóstico positivo, ou seja, alcançar a cura quando ainda está restrito a próstata. Existem dois exames

que são utilizados como meio de rastreamento para o câncer de próstata: dosagem de PSA (antígeno prostático específico) e o toque retal que deve ser realizado anualmente por todos os homens de 50 até os 80 anos. Casos de homens que possuem parentes de primeiro grau que já tiverem diagnóstico de câncer de próstata a idade considerada passa a ser 45 anos (BELINELO et al. 2014).

No estágio inicial da doença, que é quando as chances de curas são altas, a doença é assintomática. A maioria dos pacientes relata não sentir nada, ou apenas sintomas como dificuldade para urinar, aumento do número de micções e diminuição da força do jato urinário, porém estes sintomas são comuns a alterações benignas e da própria fisiologia do corpo ao envelhecer (BRUNNER, SUDDARTH, 2008; BRASIL, 2016).

Os autores Poraths, Ribeiro (2012) em seu estudo identificaram em seu estudo que apenas uma pequena parcela dos homens (20%) referiu ser importante fazer os exames após a manifestação dos sinais e sintomas do câncer. A maioria (80%) percebeu a necessidade de prevenir e diagnosticar precocemente.

Desta forma é possível perceber a importância de atuar na promoção da saúde, prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de próstata. Só assim pode-se diminuir os índices do câncer e diagnosticar rapidamente os casos que ocorrerem, reduzindo assim as consequências para vida do homem e de seus familiares e até mesmo os índices de mortalidade.

Neste sentido o enfermeiro tem um papel fundamental dentro da saúde do homem, deve desenvolver tanto ações individuais, quanto coletivas na busca de estimular homem ao autocuidado. A promoção a saúde e a prevenção de agravos deve ter destaque dentro das ações de enfermagem. O enfermeiro deve aproveitar as ocasiões que surgem para conversar e criar vínculo com os homens que buscam o serviço de saúde e neste momento orientá-los sobre o câncer e outras doenças.

Todas as oportunidades que surgirem devem ser usadas como meio para aproximar o homem do sistema de saúde, também para dialogar sobre a doença, método de prevenção, fatores de risco e estimular a realização dos exames de rastreamento de acordo com o preconizado. É necessário estreitar a relação com o público masculino para facilitar o cuidado integral. Na busca que dessa forma possa ser reduzido o diagnóstico tardio e a mortalidade em decorrência do câncer (NASCIMENTO et al., 2012; BENÍCIO, NASCIMENTO, 2015).

Para isso o enfermeiro pode lançar mão de educações em saúde, campanhas como novembro azul, estimular a prática de atividade física e adesão a hábitos de vida saudáveis como dieta equilibrada, rica com frutas, verduras, legumes, com consumo moderado de alimentos hiperlipídicos e carne vermelha. O profissional também deve buscar apoio de outras instituições de saúde, além de capacitar a equipe para captar e atender aos homens. Partindo sempre de uma relação de confiança e no respeito (MARQUES et al., 2015; BENÍCIO, NASCIMENTO, 2015).

CONCLUSÃO

Foi possível verificar a percepção dos homens com câncer de próstata após o diagnóstico, e assim compreender quais as repercussões que este gera na vida dos homens. Esse conhecimento é fundamental para garantir um bom atendimento, também para elaboração de políticas públicas e principalmente para melhorar a qualidade da assistência prestada ao homem com câncer.

Todas as ações devem visar o cuidado integral, para além da do cuidado com as necessidades físicas, mas sim voltado para o bem-estar físico, psicológico, emocional e social, consequentemente melhorando sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.S. et al. As representações sociais de homens sobre o câncer de próstata. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.5, n. 2, p. 3884-3893, abr/jun, 2013.

ARAÚJO, J.S. et al. Caracterização social e clínica dos homens com câncer de próstata atendidos em um hospital universitário. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v.19, n. 2, p. 196-203, abr/jun, 2015

BELINELO, R.G.S. et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n.4, out/dez, 2014.

BENÍCIO, R.B.M.; NASCIMENTO, R.F. Cuidados de enfermagem: pacientes portadores de câncer de próstata. **Revista Científica da FASETE**; 2015

BOGLIOLO, L.; **Bogliolo Patologia** / [editor] Geraldo Brasileiro Filho. - 7.cd. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 27 de novembro - Dia Nacional de Combate ao Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dia-nacional-combate-cancer.asp>> Acesso em: 15 de setembro de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer (INCA).Rio de Janeiro : Inca, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce**. Rio de Janeiro: INCA, 2017e. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/deteccao-precoce>>. Acesso em: 11 de setembro de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Prevenção e Fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA, 2017a. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco>>. Acesso em: 11 de setembro de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – **Manual de bases técnicas da oncologia– SIA/SUS - Sistema de informações ambulatoriais** - 19ª Edição. Janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF., 2015.

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / [editores] Suzanne C. Smeltzer...[et al.]; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral; tradução Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRUCKI S.M.D. et al. Sugestões para o uso do Mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**; v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.

CASTRO, H.A.S. et al. Contribuição da densidade do PSA para prever o câncer da próstata em pacientes com valores de PSA entre 2,6 e 10,0 ng/ml. **Radiologia Brasileira**; v. 44, n. 4, p. 205–209, jul/ago, 2011.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, F.S.; ROSSATO, L.G.; Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 61, n.4, p. 335-341, 2015.

DÂNGELO, J. G. **Anatomia humana básica** / José Geraldo Dângelo, Carlos Américo Fattini. – São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

FARINHAS, G.V.; WENDLING, L.L.; DELLAZZANA-ZANON. Impacto Psicológico do Diagnóstico de Câncer na Família: Um Estudo de Caso a Partir da Percepção do Cuidador. **Pensando Famílias**; v.17, n.2, p. 111-129, dez. 2013.

GUYTON, A.C; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica** [recurso eletrônico] / John E. Hall; [tradução Alcides Marinho Junior ... et al.]. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2011.

HECK, Q. et al. Avaliação do nível sérico de Antígeno Prostático Específico (PSA) e relação com a hiperplasia benigna prostática e câncer de próstata em pacientes atendidos em um laboratório de análises clínicas. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 4, n. 1, julho de 2013.

LATARJET, M. **Anatomia humana** / M. Latarjet, A. Ruiz Liard; / tradução linguística Ivone Castilho Benedetti; tradução científica José Carlos Prates – 2ª edição São Paulo : Panamericana, 1996

LOURENÇO R.A.; VERAS R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**; v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

MARQUES, C.C.S. et al. Assistência de enfermagem para pacientes com câncer de próstata. **Universo da Enfermagem Nova Venécia: MULTIVIX**; v. 4. n.1, 2015.

MARTINS, A. M. *et al.* A Produção Científica Brasileira sobre o Câncer Masculino: estado da Arte. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 59, n. 1, p. 105-112, 2013.

MATIAS, I.N.; CERQUEIRA, T.B.; CARVALHO, C.M.S. Vivenciando o câncer: sentimentos e emoções do homem a partir do diagnóstico. **Revista Interdisciplinar**; v. 7, n. 3, p. 112-120, 2014.

MOREIRA, T.L.O. **Vivência da sexualidade e apoio psicossocial do doente**. Dissertação (mestrado) – Universidade de Trás-Montes e Alto Douro, Vila Real, p. 95, 2013.

NASCIMENTO, L.K.A.S. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS)**; v.33, n. 1, p. 177-185, mar, 2012.

PIACINI, I. **Sexualidade do homem em câncer de próstata durante o tratamento radioterápico**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

PLAVAK, G. B. **Caracterização dos casos de neoplasia de colo uterino em um município do centro-oeste paranaense**. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Enfermagem - Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Guarapuava - PR. 2015.

PINTO, A.C. *et al.* A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Revista Saúde.Com**; v. 11, n. 2, p. 114-122, 2015.

PORATHS, D. RIBEIRO, P. Percepção dos homens acima dos 40 anos acerca do câncer de próstata. Jaraguá do Sul - 2012

PORTO, S.M. *et al.* Vivências de homens frente ao diagnóstico de câncer de próstata. **Ciência&Saúde**; v. 9, n. 2, p.83-89, 2016.

RIBEIRO, L.S. *et al.* Conhecimento de homens acerca da prevenção do câncer de próstata. **Revista de Ciência da Saúde Nova Esperança**; v. 1, n.2, p. :4-10, dez, 2015.

ROCCA, R.E. Directed daydreaming of Robert Desoille. **Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina**, v. 27, n. 4-5, p. 295-303, Sep-Nov, 1981.

SÃO PAULO. Secretária Municipal de Saúde - **Linha de cuidado da hiperplasia prostática benigna do município de São Paulo** - Área Técnica da Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde do Homem - Marcia Maria Gomes Massironi, Luis Fernando Pracchia e César Augusto Inoue. São Paulo, setembro, 2015.

SALCI, M.A.; MARCON, S.S. Após câncer: uma nova maneira de viver a vida. **Revista Rene, Fortaleza**; v. 12, n.2, p.:374-383, abr/jun, 2011.

SILVA, R.C.V.; CRUZ, E.A. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexões teóricas sobre as dimensões sociais. **Escola Anna Nery (impr.)**; v.15, n. 1, p. 180-185, jan-mar, 2011.

SILVEIRA, C.S., ZAGO, M.M.F.; Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**; v. 14, n.4, p. 614-619, julho-agosto, 2006.

SORATTO, M.T. et al. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos Revista Saúde e Pesquisa, v. 9, n. 1, p. 53-63, jan./abr. 2016.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VAN de GRAAFF, K. M.. **Anatomia humana** / Kent M. Van de Graaff ; [tradução da 6 ed. original e revisão científica Nader Wafae], – Barueri, São Paulo: Manole, 2003

WAKIUCHI, J. et al. Sentimentos compartilhados por acompanhantes de pacientes oncológicos hospedados em casas de apoio: um estudo fenomenológico. **Escola Anna Nery**; v. 21, n.1, 2017.

SOBRE O ORGANIZADOR

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem quantitativa 50

Adenocarcinoma 212, 213, 215, 216, 218, 220

Aprendizado ativo 112

Aprendizagem ativa 100, 102, 104, 110, 111

Assistência 1, 6, 10, 14, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 63, 64, 69, 71, 72, 73, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 91, 92, 97, 129, 130, 131, 136, 137, 139, 141, 143, 146, 154, 157, 164, 167, 169, 170, 172, 174, 179, 180, 187, 188, 195, 203, 207, 210, 211, 212, 224, 231, 234, 235, 236, 238

Atenção primária à saúde 85, 87, 97, 98, 145, 211

Autogestão 176, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187

B

Bacharelado em enfermagem 27

Brinquedos 72, 73, 75, 77, 78

C

Câncer pancreático 212, 214, 215, 217, 219, 221

Cancro gástrico 176, 178, 179, 182, 184, 185, 186, 187

Cicatrização 192, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 209, 211

Cirurgia 84, 176, 178, 179, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 211, 214, 217, 218, 220

Competência emocional 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61

Comunicação 4, 5, 16, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 69, 73, 80, 87, 107, 111, 125, 171, 186

Crianças 39, 53, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 93, 118, 123, 124, 161

Cuidados de enfermagem 51, 52, 59, 64, 152, 154, 156, 157, 159, 160, 163, 164, 167, 179, 180, 181, 183, 211, 234

D

Diagnóstico de enfermagem 65, 167, 175, 180, 181, 186

Drenagem biliar 212, 214, 215, 216, 218, 219, 220

E

Educação 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 62, 63, 64, 69, 70, 81, 86, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98,

104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 125, 126, 130, 135, 141, 147, 148, 152, 154, 157, 158, 164, 185

Educação em enfermagem 27, 34, 63, 106

Enfermagem 1, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 94, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 119, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 151, 152, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 195, 197, 201, 203, 207, 208, 209, 210, 211, 215, 220, 223, 224, 233, 234, 235, 236, 238

Enfermagem em saúde comunitária 143

Enfermagem psiquiátrica 28, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 44

Enfermeiros 19, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 42, 43, 44, 47, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 72, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 96, 98, 112, 118, 126, 145, 146, 150, 153, 157, 158, 160, 164, 180, 182, 183, 184, 188, 189, 210, 235

Ensino 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 42, 46, 47, 48, 62, 63, 64, 69, 70, 82, 95, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 138, 152, 156, 157, 165, 170, 180, 186, 187

Esporte 129, 130, 131, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142

F

Fasciíte necrosante 201, 202, 207, 208

G

Gangrena de Fournier 201, 202, 210, 211

H

HIV 166, 167, 168, 169, 170, 173, 174, 175

I

latrogenia 85, 94, 159

J

Jogos 72, 129, 132, 133, 134, 135, 137, 138

L

Laser de baixa intensidade 192, 193, 195

Laserterapia 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

M

Mamoplastia redutora 192, 193, 194

Medicalização 85, 95

Mental 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 90, 92, 93, 96, 97, 130, 134, 135, 137, 139, 140, 141, 150, 168, 169, 170, 172, 225, 232, 235

Movimento contra vacinação 117, 118, 119

N

Neoplasia pancreática 212, 215

Neoplasias da próstata 223

P

Plano de cuidados 66, 167, 169, 170, 173, 174

Prevenção 9, 12, 14, 18, 19, 23, 34, 40, 44, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 117, 122, 124, 130, 139, 145, 160, 172, 175, 193, 222, 227, 231, 232, 233, 234, 236

Prevenção quaternária 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98

Processo de trabalho 23, 80, 106, 136, 139, 157, 165, 167, 169, 174

Programa de intervenção 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 187

R

Reação transfusional 152, 153, 157, 158, 159, 162, 164

Regime dietético 176, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187

S

Sarampo 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127

Saúde 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 75, 76, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 105, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 162, 164, 165, 168, 169, 171, 174, 175, 177, 180, 183, 185, 186, 189, 190, 202, 203, 207, 208, 209, 210, 211, 215, 218, 220, 222, 223, 224, 225, 227, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238

Saúde do homem 223, 224, 233, 236

Saúde mental 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 90, 92, 93, 96, 97, 130, 135, 140, 141, 232

Segurança transfusional 152, 154

Simulação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

T

Técnico em enfermagem 99, 100, 101, 102, 104, 106, 108, 109, 111


Terapias complementares 143





Transtorno 34, 37, 39, 61, 65, 97

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



QUALIDADE
DA PRÁTICA
DE **ENFERMAGEM**
NO PROCESSO
DE CUIDAR



 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

QUALIDADE
DA PRÁTICA
DE **ENFERMAGEM**
NO PROCESSO
DE CUIDAR
