

ENFERMAGEM:

AUTONOMIA E PROCESSO DE CUIDAR

4



Marcus Fernando
da Silva Praxedes
(Organizador)

 Atena
Editora
Ano 2023

ENFERMAGEM:

AUTONOMIA E PROCESSO DE CUIDAR

4



Marcus Fernando
da Silva Praxedes
(Organizador)

 Atena
Editora
Ano 2023

| | |
|--|--------------------------------------|
| Editora chefe | |
| Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira | |
| Editora executiva | |
| Natalia Oliveira | |
| Assistente editorial | |
| Flávia Roberta Barão | |
| Bibliotecária | |
| Janaina Ramos | |
| Projeto gráfico | 2023 by Atena Editora |
| Camila Alves de Cremo | Copyright © Atena Editora |
| Ellen Andressa Kubisty | Copyright do texto © 2023 Os autores |
| Luiza Alves Batista | Copyright da edição © 2023 Atena |
| Nataly Evelin Gayde | Editora |
| Imagens da capa | Direitos para esta edição cedidos à |
| iStock | Atena Editora pelos autores. |
| Edição de arte | Open access publication by Atena |
| Luiza Alves Batista | 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^a Dr^a Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^a Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^a Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^a Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof^a 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^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDPar
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^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
Prof^a Dr^a Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^a Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
Prof^a Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

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) | |
|---|---|
| E56 | Enfermagem: autonomia e processo de cuidar 4 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1539-8 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.398232407 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

Apresentamos o livro “Enfermagem: Autonomia e processo de cuidar 4”. O objetivo principal é apresentar, de forma categorizada e clara, estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais. Estão reunidos aqui trabalhos referentes à diversas temáticas que envolvem e servem de base para discussão dos aspectos diagnósticos e preventivos de doenças.

São apresentados os seguintes capítulos: A importância da educação permanente para minimizar a ocorrência de eventos adversos e melhorar a segurança do paciente; A importância da notificação de incidentes em um hospital privado; A importância do protagonismo, liderança e da educação continuada do enfermeiro que atua nos serviços de urgência e emergência; Análise dos fatores associados à autoavaliação da qualidade da assistência de enfermagem obstétrica; O papel do enfermeiro na segurança do paciente em uma assistência de riscos; Os desafios dos enfermeiros empreendedores atuantes no estado do Espírito Santo; A sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta de gestão em unidade de terapia intensiva; O compromisso ético do enfermeiro nos diferentes contextos de cuidado; Ações de prevenção do câncer do colo do útero na população indígena na região norte do Brasil entre 2010 a 2016: uma revisão da literatura; O enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino: assistência de enfermagem na atenção primária; Assistência ao pré-natal: participação do homem/pai no período gestacional; Assistência de enfermagem em pacientes e cuidadores de portadores da doença de Alzheimer; Utilização de ervas na prevenção da doença de Alzheimer; Modos de olhar do enfermeiro no cuidado ao doente mental; Cuidado às crianças durante a pandemia na ótica de enfermeiros da atenção primária à saúde; Cuidados de saúde e higiene para adolescentes e jovens com necessidades especiais: relato de extensão; Desafios e reflexão acerca da pobreza menstrual das mulheres em situação de rua; Manejo da enfermagem ao paciente portador de insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva; Plano de cuidados de enfermagem aos portadores de doença renal crônica em hemodiálise; O papel do enfermeiro na parada cardiorrespiratória e seus reflexos na equipe de enfermagem; Condutas de enfermagem no extravasamento de quimioterapia;n Práticas em enfermagem: uso da laserterapia no tratamento de feridas; Avaliação morfológica da inflamação induzida por ácido acético e tratada com diclofenaco de sódio, celecoxibe e boswellia serrata (move) em ratos Wistar; Experiência subjetiva de pacientes em uso de varfarina em acompanhamento ambulatorial.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor prática de assistência em saúde, relacionada ao diagnóstico e prevenção de doenças. 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

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO 1 1

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS E MELHORAR A SEGURANÇA DO PACIENTE

Mari Nei Clososki Da Rocha
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Márcio Josué Träsel
Letícia Toss
Zenaide Paulo Silveira
Isadora Marinsaldi da Silva
Marli Elisabete Machado
Maicon Daniel Chassot

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3982324071>

CAPÍTULO 2 7

A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES EM UM HOSPITAL PRIVADO

Gláucia Plaza Silva
Fabiana Antunes Goes
Roberta Cordeiro Lucena
Simone Cordeiros dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3982324072>

CAPÍTULO 3 11

A IMPORTÂNCIA DO PROTAGONISMO, LIDERANÇA E DA EDUCAÇÃO CONTINUADA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Bruno Pigatto
Graziela Lenz Viegas
Juliana da Silva Lima
Jenifer Nascimento da Silva Cebulski
Matheus Cechet
Patricia Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3982324073>

CAPÍTULO 4 23

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Larissa Mendes Jorge
Mayane Santana de Oliveira Lopes
Johnata da Cruz Matos
Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá
Elen de Souza Veríssimo
Jaqueline de Freitas Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3982324074>

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 5 | 37 |
| O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA ASSISTÊNCIA DE RISCOS | |
| Érika Conceição Gomes | |
| Mariana Angélica Silva de Lima | |
| Suellen Rodrigues Gomes de Sousa | |
| Geyslane Pereira Melo de Albuquerque | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.3982324075 | |
| CAPÍTULO 6 | 40 |
| OS DESAFIOS DOS ENFERMEIROS EMPREENDEDORES ATUANTES NO ESTADO DO ESPIRITO SANTO | |
| Letícia Rosa Ferro | |
| Rayssa Carolina Rosa De Almeida | |
| Thalita Ribeiro Neves | |
| Lorena Silveira Cardoso | |
| Rodrigo Leite Locatelli | |
| Georgia Favoretti Galimberti | |
| Cindy Medici Toscano Rozetti | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.3982324076 | |
| CAPÍTULO 7 | 56 |
| A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE GESTÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA | |
| Rodrigo D'avila Lauer | |
| Ana Cristina Pretto Bao | |
| Rosana da Silva Fraga | |
| Ivana Duarte Brum | |
| Cândida Reis da Silva | |
| Lucas Mariano | |
| Jéssica Rosa Thiesen Cunha | |
| Mari Angela Victoria Lourenç Alves | |
| Michele Batista Ferreira | |
| Raquel Yurika Tanaka | |
| Daiane Toebe | |
| Marli Elisabete Machado | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.3982324077 | |
| CAPÍTULO 8 | 62 |
| O COMPROMISSO ÉTICO DO ENFERMEIRO NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE CUIDADO | |
| Iracema da Silva Nogueira | |
| Jucimary Almeida do Nascimento | |
| Miriam Elenit Lima de Fachin | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.3982324078 | |

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 9 | 74 |
| AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA POPULAÇÃO INDÍGENA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL ENTRE 2010 A 2016: UMA REVISÃO DA LITERATURA | |
| Ana Paula Barbosa Alves | |
| Kristiane Alves Araújo | |
| Juliana Pontes Soares | |
| Maxim Paolo Repetto Carreno | |
| Perla Alves Martins Lima | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.3982324079 | |
| CAPÍTULO 10..... | 117 |
| O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA | |
| Valéria Adriana Santos | |
| Juliana Lopes Menezes | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240710 | |
| CAPÍTULO 11 | 129 |
| ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL: PARTICIPAÇÃO DO HOMEM/PAI NO PERÍODO GESTACIONAL | |
| Júlia Correia Silva | |
| Lorena Silveira Cardoso | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240711 | |
| CAPÍTULO 12..... | 150 |
| ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES E CUIDADORES DE PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER | |
| Jiullyane Kelle da Silva | |
| Kênia Delânia Marques de Queiroz Arquimino | |
| Leila Batista Ribeiro | |
| Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira | |
| Alberto César da Silva Lopes | |
| Gilney Guerra de Medeiros | |
| Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo | |
| Diana Ferreira Pacheco | |
| Jaqueline Kennedy Paiva da Silva | |
| Rayssa Pires da Silva | |
| Tatiana Souza Rodrigues | |
| Natallia Coelho da Silva | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240712 | |
| CAPÍTULO 13..... | 167 |
| UTILIZAÇÃO DE ERVAS NA PREVENÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER | |
| Natasha Luísa da Silva Sousa | |
| Lairton Batista de Oliveira | |
| Leonilia Sousa Alencar Borges | |

SUMÁRIO

Vanessa Maria Matias Rocha
Maria Letícia Saraiva de Oliveira Milfont
Ana Letícia de Carvalho
Wanessa Santos Macedo
Janária de Jesus Moura
Maria Karolayne de Araújo Pereira
Nara Vanessa dos Anjos Barros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240713>

CAPÍTULO 14..... 173

MODOS DE OLHAR DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO DOENTE MENTAL

Rodrigo D'avila Lauer
Ana Cristina Pretto Bao
Rosana da Silva Fraga
Ivana Duarte Brum
Cândida Reis da Silva
Lucas Mariano
Jéssica Rosa Thiesen Cunha
Mari Angela Victoria Lourenci Alves
Michele Batista Ferreira
Raquel Yurika Tanaka
Daiane Toebe
Marli Elisabete Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240714>

CAPÍTULO 15..... 180

CUIDADO ÀS CRIANÇAS DURANTE A PANDEMIA NA ÓTICA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Matheus Henrique Naumann
Kelly Dayane Stochero Velozo
Lisie Alende Prates
Analí Martegani Ferreira
Michele Bulhosa de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240715>

CAPÍTULO 16..... 193

CUIDADOS DE SAÚDE E HIGIENE PARA ADOLESCENTES E JOVENS COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE EXTENSÃO

Lairany Monteiro dos Santos
Andressa da Silveira
Alessandra Padilha Melo
Tamara Probst
João Fernando Rodrigues Lucho
Brenda Zambenedetti Chini
Juliana Traczinski
Francieli Franco Soster
Juliana Portela de Oliveira

Sabrina Matieli Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240716>

CAPÍTULO 17 204

DESAFIOS E REFLEXÃO A CERCA DA POBREZA MENSTRUAL DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Luzia Jóice Sales Tolentino

Angéla Carolina Medeiros Alves Simões

Isabela Glauciamma Andrade Nascimento

Letícia Figueirêdo Medeiros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240717>

CAPÍTULO 18 209

MANEJO DA ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Neemias Leite Dos Santos

Denis Albuquerque Silva Dias

Marlúcia Mendes Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240718>

CAPÍTULO 19 221

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

Dandara Novakowski Spigolon

Ginaldo Carlos Balbo Filho

Vinícius Luís da Silva

Edilaine Maran Garcia

Rebeca Rosa de Souza

Maria Antonia Ramos Costa

Kely Paviani Stevanato

Lara Novakowski Spigolon

Célia Maria Gomes Labegalini

Heloá Costa Borim Christinelli

Eduardo Rocha Covre

Maria Luiza Costa Borim

Elen Ferraz Teston

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240719>

CAPÍTULO 20 237

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORRESPIRATORIA E SEUS REFLEXOS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Helena Pereira Karpinski

Leandro Nogath Dobrychtop

Andreia da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240720>

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 21..... | 258 |
| CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERAPIA | |
| Suzana Grings de Oliveira da Silva | |
| Mariana de Oliveira Cardoso | |
| Yanka Eslabão Garcia | |
| Maryana Schwartzhaupt de Matos | |
| Ana Maria Vieira Lorenzoni | |
| Bibiana Fernandes Trevisan | |
| Carla Patrícia Michelotti Pereira | |
| Ana Paula Wunder Fernandes | |
| Vanessa Belo Reyes | |
| Marina Araujo da Cruz Moraes | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240721 | |
| CAPÍTULO 22 | 266 |
| PRÁTICAS EM ENFERMAGEM: USO DA LASERTERAPIA NO TRATAMENTO DE FERIDAS | |
| Márcio Josué Träsel | |
| Adriana Maria Alexandre Henriques | |
| Ana Paula Narcizo Carcuchinski | |
| Telma da Silva Machado | |
| Simone Thais Vizini | |
| Letícia Toss | |
| Elisiane de Oliveira Machado | |
| Rosaura Soares Paczek | |
| Zenaide Paulo da Silveira | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240722 | |
| CAPÍTULO 23 | 277 |
| AVALIAÇÃO MORFOLÓGICA DA INFLAMAÇÃO INDUZIDA POR ÁCIDO ACÉTICO E TRATADA COM DICLOFENACO DE SÓDIO, CELECOXIBE E <i>BOSWELLIA SERRATA</i> (MOVE) EM RATOS WISTAR | |
| Amanda Barbosa | |
| Moisés Daniel da Rocha Resende | |
| Naila Ribeiro Balbino Silva | |
| Lucila Costa Zini Angelotti | |
| Jose Norberto Bazon | |
| Wilson Roberto Malfará | |
| Ana Rosa Crisci | |
|  https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240723 | |
| CAPÍTULO 24 | 291 |
| EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE PACIENTES EM USO DE VARFARINA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL | |
| Carolina Barbosa Ferreira | |
| Maria Auxiliadora Parreiras Martins | |
| Josiane Moreira da Costa | |

Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.39823240724>

| | |
|----------------------------------|------------|
| SOBRE O ORGANIZADOR | 312 |
| ÍNDICE REMISSIVO | 313 |

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS E MELHORAR A SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 03/07/2023

Mari Nei Clososki Da Rocha

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Márcio Josué Träsel

Letícia Toss

Zenaide Paulo Silveira

Isadora Marinsaldi da Silva

Marli Elisabete Machado

Maicon Daniel Chassot

revisão de literatura e os bancos de dados utilizados foram Scielo e Medline. Foram selecionados 10 artigos para revisão. A maioria dos estudos estavam baseados nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e em outras instituições de referência relacionadas à segurança do paciente. Os resultados fortaleceram a importância da educação permanente das equipes de saúde frente aos diferentes pontos de fragilidade no atendimento aos pacientes. Concluiu-se que a educação permanente em enfermagem pode ser classificada como um fator protetor frente aos eventos adversos na área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Eventos adversos. Educação. Enfermagem.

RESUMO – A segurança do paciente depende de ações que devem ser promovidas pelas instituições de saúde e ensino, com a finalidade de capacitar e qualificar profissionais para atendimento à população, proporcionando um atendimento de qualidade, evitando eventos adversos (EA), associados ao cuidado em saúde. O objetivo deste estudo foi analisar como podemos melhorar a segurança do paciente utilizando-se das metas internacionais de segurança, verificando pontos frágeis do processo e investindo em ações de educação permanente junto aos profissionais de saúde. A metodologia utilizada foi uma

ABSTRACT: Patient safety depends on actions that must be promoted by health and educational institutions, in order to train and qualify professionals to serve the population, providing quality care, avoiding adverse events (AE) associated with health care. The goal of this study was to analyze how we can improve patient safety using international safety goals, verifying weak points in the process and investing in continuing education actions with health

professionals. The methodology used was a literature review and the databases used were Scielo and Medline. Ten articles were selected for review. Most studies were based on the recommendations of the World Health Organization (WHO) and other reference institutions related to patient safety. The results highlight the importance of continuing education for health teams in the face of different points of weakness in patient care. It was concluded that continuing education in nursing can be classified as a protective factor against adverse events in the health area.

KEYWORDS: Patient safety. Adverse events. Education. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é entendida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (BRASIL, Ministério da Saúde). Nas últimas décadas, tornou-se um tema prioritário na área da saúde visto que, embora o cuidado em saúde traga muitos benefícios, este também está sujeito a ocorrência de erros que podem ter consequências graves. Tais erros são genericamente denominados de eventos adversos (EA). EA são complicações indesejadas decorrentes da assistência de enfermagem, que podem gerar um dano desnecessário ao paciente, incapacitando-o ou até mesmo levando-o a óbito (BOHOMOL, TARTALI, 2013).

A presença de um EA reflete o distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real e constitui um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade nos serviços de saúde. Ressalta-se que 50% a 60% dos EA podem ser evitados. Existem alguns fatores que favorecem a ocorrência de EA, como idade do paciente, comorbidades, sobrecarga de trabalho, falhas na comunicação, inexperiência do profissional de saúde, atendimento em caráter de urgência e a presença de novas tecnologias. Um EA deve ser interpretado como uma falha no sistema, que deve ser corrigida por meio de capacitações, orientações, mudança de atitudes, e não como uma medida punitiva, que é o que ocorre frequentemente nas instituições de saúde (GALLOTTI, 2004).

A fim de reduzir riscos e danos evitáveis ao paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, sugeriu a todos os países que desenvolvessem estratégias para a promoção do cuidado seguro. Em 2006, a OMS, juntamente com a norte-americana JCI (*Joint Commission International*), que é uma das principais acreditadoras hospitalares que prezam por altos padrões internacionais de segurança do paciente, criaram as metas internacionais de segurança do paciente.

Em abril de 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da portaria MS/GM N°529, cujo objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, por meio da implantação de metas internacionais voltadas à segurança do paciente. Estas metas têm como objetivo principal orientar o profissional de saúde, padronizar ações e reduzir a ocorrência de eventos adversos, com um atendimento realizado de forma segura,

promovendo melhorias em áreas consideradas problemáticas na assistência ao paciente.

As metas internacionais de segurança do paciente propostas pela OMS estão organizadas da seguinte forma (BRASIL, Ministério da Educação):

Meta 1: Identificar corretamente o paciente: Assegurar ao paciente que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

Meta 2: Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde: É importante uma comunicação eficiente entre os profissionais de saúde (pessoalmente, via telefone, registro em prontuário ou passagem de plantão), garantindo uma troca de informações de forma completa e clara, objetivando a continuidade do processo do cuidado.

Meta 3: Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos: Objetiva melhorar a segurança no uso de medicamentos, principalmente medicamentos de alta vigilância.

Meta 4: Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos: Visa garantir que a cirurgia ocorra de forma mais segura possível, com uma checagem transoperatória (checklist de cirurgia segura), para verificação de pontos específicos que envolvem entre outros, identificação do paciente e equipe, particularidades da saúde do paciente, local e procedimento corretos.

Meta 5: Redução do risco de infecções associados aos cuidados em saúde: Visa promover a prevenção e o controle de infecções nos ambientes de saúde, com ênfase, principalmente, na higiene de mãos, que é uma medida primária essencial de prevenção.

Meta 6: Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas: Os pacientes devem ser avaliados quanto ao seu risco de queda e identificados de acordo com o protocolo da instituição, para que possam ser tomadas medidas de prevenção.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada a partir de estudos encontrados no mês de junho de 2022 nas bases de dados Scielo e Medline utilizando os seguintes descritores: segurança do paciente, eventos adversos, educação e enfermagem.

A busca resultou em 23 artigos publicados no período de 2009 a 2020, dos quais 4 se repetiam e 9 não estavam relacionados com o assunto em questão, restando 10 artigos para a revisão. Foi realizada a análise e a interpretação dos dados através da transcrição das informações obtidas na bibliografia levantada, respeitando e preservando o nome do autor da pesquisa primária.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estando a segurança do paciente e os cuidados prestados na assistência à saúde

em evidência pelos órgãos nacionais e internacionais, verificou-se um aumento significativo de publicações voltadas ao tema nos últimos anos (SILVA, et al. 2016).

Todos os artigos selecionados para esta pesquisa apresentaram falhas na segurança do paciente, relacionadas as seis metas internacionais de segurança do paciente, preconizadas pela OMS. Dentre as falhas, destacam-se os erros relacionados à administração de medicamentos, como prescrições erradas ou mal feitas, com dificuldade de leitura e/ou interpretação, problemas na distribuição do medicamento, no preparo, no horário e na via de administração do mesmo pelo profissional de saúde. Tais eventos adversos são os que mais ocorrem na assistência à saúde, sendo encontrados em 80% dos artigos revisados. A fim de evitar EA, salienta-se a importância da conferência da prescrição (nome, dosagem, via), dispensação do medicamento, preenchimento da etiqueta de medicamentos com os 6 certos e conferência da pulseira de identificação do paciente (CORBELLINI, et al. 2011).

Problemas relacionados com a identificação do paciente foram salientados em 40% dos artigos. Tais problemas ocorrem por falta de identificador, por semelhança entre nomes, ou até mesmo pela não conferência dos identificadores do paciente, confiando simplesmente quando o paciente responde ao ser chamado. Com isso, faz-se necessário que o paciente ao adentrar qualquer serviço de saúde, faça uso de uma pulseira padronizada, com pelo menos dois identificadores do paciente (nome, prontuário e/ou data de nascimento). Além disso, todos os procedimentos que forem realizados com o paciente necessitam da conferência da pulseira. (CORBELLINI, et al. 2011).

A falha no processo de higiene das mãos foi encontrada em 30% dos artigos. Esta falha está vinculada a outros eventos adversos, já que sua prática colabora diretamente para a diminuição de infecções em ambientes de saúde. Com a finalidade de agilizar o trabalho, muitas vezes o profissional negligencia esta prática. A OMS evidencia a importância da higiene das mãos nos cinco momentos (antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimentos limpo/asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após tocar o paciente e após o contato com superfícies próximas ao paciente) para a redução das infecções relacionadas à saúde.

Já a queda do paciente foi verificada em três dos artigos analisados. Em instituições de saúde, quedas de pacientes constituem a categoria mais frequente de incidentes indesejados que podem levar a lesões, complicações ou hospitalização prolongada. As quedas estão relacionadas com a idade, uso de determinados medicamentos, redução de mobilidade, agitação, confusão, uso inadequado de sapatos, pós-operatório imediato, entre outros. Frente a este tipo de paciente é de extrema importância a presença de um acompanhante para minimizar a ocorrência de um EA (MARINHO, et al. 2018).

Os principais EA cirúrgicos estão relacionados à identificação do paciente, à falta de marcação do sítio cirúrgico, a não conferência do material a ser utilizado na cirurgia e a não contagem de instrumentais e compressas utilizadas no procedimento. Juntamente a

esses EA, falhas de comunicação (verificadas em 30% dos artigos) entre os profissionais e os pacientes geram a descontinuidade do cuidado, fragmentação da assistência, falência nos mecanismos de registros e ocorrência de EA (BOHOMOL, TARTALI, 2013).

As principais justificativas levantadas em mais da metade dos artigos (60%) para a ocorrência de eventos adversos relacionados ao atendimento à saúde foram: sobrecarga de trabalho e falta de profissionais, causando fadiga aos colaboradores e os colocando sujeitos aos riscos de cometer erros; infraestrutura do ambiente de saúde com falta de recursos materiais; prescrições médicas ilegíveis, erros de prescrição, erros de aprazamento no horário dos medicamentos, despreparo da equipe no preparo e administração de alguns medicamentos; falta de supervisão de enfermagem e orientação adequada para alguns profissionais que demandam mais atenção e comunicação ineficaz entre as equipes.

Apesar de conhecermos os principais EA relacionados a assistência à saúde, a subnotificação dos mesmos ainda é muito restrita (50% dos artigos abordam notificações de EA). Muitos profissionais de enfermagem envolvidos não compreendem os erros e isto pode estar relacionado a cultura, crença e o próprio desconhecimento dos profissionais acerca do problema. Com isso acabam por não os notificar, pois, apresentam sentimento de vergonha, culpa, receio da exposição e principalmente, medo de punição. Muitas instituições ainda apresentam uma cultura punitiva e isto contribui para a omissão destes episódios.

A notificação de eventos adversos é um elemento importante na segurança do paciente. É por meio da análise destes eventos que é possível planejar intervenções pró-ativas, com construção de barreiras de defesa para a prevenção de novos erros, proporcionando uma assistência livre de danos, voltada para a qualidade e segurança do paciente (MARINHO, et al. 2018).

A educação permanente em saúde é uma ferramenta de grande importância para a segurança dos processos e foi citada em todos os artigos estudados. Implementar a realização de capacitações periódicas, adotar um comportamento de aprendizagem contínua, onde a ocorrência de um erro e a sua análise, sejam tratados como um elemento disparador de melhorias nos processos assistenciais, permite transformar a cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, em uma cultura construtiva.

4 | CONCLUSÃO

A ocorrência de eventos adversos tem importante impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), acarretando aumento de mortalidade, morbidade, tempo de tratamento e custos assistenciais. Para uma intervenção efetiva frente aos eventos adversos, faz-se necessário uma cultura de notificação dos mesmos, buscando direcionar o enfrentamento direto ao foco. A educação permanente em saúde, tem por objetivo preparar os profissionais de saúde para um atendimento de qualidade e segurança ao paciente, orientando e

assegurando ao profissional a importância da notificação de eventos adversos, sem que o mesmo se sinta receoso por punições. Errar faz parte do ser humano, e reconhecer seu erro faz parte de melhorar a humanização e o atendimento com foco no outro.

Frente às fragilidades voltadas para a segurança do paciente, constatamos a importância da educação permanente atuando na implantação, avaliação e monitoramento de ações relacionadas ao cuidado, capacitando cada vez mais profissionais, objetivando minimizar estes pontos críticos da assistência à saúde (SOUZA, et al. 2016).

REFERÊNCIAS

- ABOHOMOL, E.; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 26. n. 4, p. 376-381, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>> Acesso em: 12 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Metas Internacionais de Segurança do Paciente**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>> Acesso em: 20 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP**. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>> Acesso em: 10 jun. 2022.
- CORBELLINI, V. L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 241-247, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/tFWjgWnBQVcbwJNymgNq4NB/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 16 jun. 2022.
- GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2. p. 109-126, 2004. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200008>> Acesso em: 20 jun. 2022.
- MARINHO, M. M. et al. Resultados de intervenções educativas sobre a segurança do paciente na notificação de erros e eventos adversos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25510>> Acesso em: 10 jun. 2022.
- SILVA, A. C. A. et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: Revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm**. 2016 v. 21 p. 01-09, 2016. Disponível em:<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1528/37763-184991-1-pb.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2022.
- SOUZA, B. V. N. et al. Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, p. 01-10, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45576>>Acesso em: 14 jun. 2022.

CAPÍTULO 2

A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES EM UM HOSPITAL PRIVADO

Data de aceite: 03/07/2023

Gláucia Plaça Silva

Fabiana Antunes Goes

Roberta Cordeiro Lucena

Simone Cordeiros dos Santos

RESUMO: Introdução: A notificação de incidentes é uma aliada para conhecer as fragilidades dos processos, reduzir a recorrência de eventos adversos, possibilitando investigações e ações de melhoria^{1,2}. Objetivo: Relatar a implantação e os resultados do sistema de notificação de incidentes em um hospital privado. Método: Relato de experiência sobre a implantação do sistema de notificação de incidentes, o qual ocorreu em 2019, e os resultados institucionais provenientes dessa ação. As notificações ocorrem de forma voluntária nos canais anônimos e há incentivo constante para participação dos colaboradores e envolvimento dos líderes nas análises, planejamento de ações e mudanças nos processos. Resultados: Entre dezembro/2019 a dezembro/2021, 15.401 incidentes foram notificados. Os resultados identificados mostram: a adoção

do ambiente favorável para o reporte de riscos, falhas e danos; a possibilidade da comunicação aberta e voluntária baseada na confiança com redução do medo de repreensão e punição; abordagem sistêmica com foco em processos e não em pessoas; o compartilhamento de responsabilidade onde a cada dia aumenta a valorização da segurança; a construção da cultura de investigação séria e reflexiva; o enfoque contínuo na redução de danos evitáveis; a prevenção de incidentes recorrentes; e a evolução do aprendizado organizacional para busca de novas oportunidades de melhoria, caracterizando a mudança na cultura de segurança. Conclusões: Alguns desafios relacionados ao medo de repercussões punitivas, maior compromisso dos líderes, adesão a cultura não punitiva, cumprimento de prazos, *feedback* aos notificadores e implantação de ações com monitoramento das melhorias precisam ser superados e sustentados.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Qualidade em Saúde; Eventos Adversos.

THE IMPORTANCE OF INCIDENT NOTIFICATION IN A PRIVATE HOSPITAL

ABSTRACT: Introduction: Incident reporting is an ally to discover the weaknesses of processes, reduce the recurrence of adverse events, enabling investigations and improvement actions^{1,2}. Objective: To report the implementation and results of the incident reporting system in a private hospital. Method: Experience report on the implementation of the incident notification system, which took place in 2019, and the institutional results resulting from this action. Notifications occur voluntarily in anonymous channels and there is constant encouragement for employee participation and involvement of leaders in analyses, action planning and process changes. Results: Between December/2019 and December/2021, 15,401 incidents were reported. The identified results show: the adoption of a favorable environment for reporting risks, failures and damages; the possibility of open and voluntary communication based on trust with reduced fear of reprimand and punishment; systemic approach focusing on processes rather than people; the sharing of responsibility where every day the value of safety increases; building a culture of serious and reflective research; continued focus on reducing preventable harm; the prevention of recurring incidents; and the evolution of organizational learning to seek new opportunities for improvement, characterizing the change in the safety culture. Conclusions: Some challenges related to fear of punitive repercussions, greater commitment from leaders, adherence to a non-punitive culture, meeting deadlines, feedback to notifiers and implementation of actions to monitor improvements need to be overcome and sustained.

KEYWORDS: Patient Safety; Quality in Health; Adverse events.

INTRODUÇÃO

A qualidade e a segurança tornaram-se importantes na saúde, trazendo desafios para as instituições. A notificação de incidentes é uma aliada para conhecer as fragilidades dos processos, reduzir a recorrência de eventos adversos, possibilitando investigações e ações de melhoria^{1,2}.

De acordo com a Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente, o incidente é conceituado como um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, enquanto os eventos adversos são incidentes que geraram dano ao paciente³. As consequências desses eventos nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias, quanto para a organização e sociedade, além de causar prejuízos temporários ou permanentes ao paciente e também um enorme impacto financeiro, portanto é enfática a importância da notificação².

Uma das estratégias consideradas por diversos países e organizações de saúde para melhorar a segurança do paciente é a notificação de eventos adversos pelos profissionais de saúde, ou mais amplamente, dos incidentes de segurança do paciente, por meio da utilização de sistema de notificação de incidentes³. Assim a implantação de parâmetros de segurança em planos para supervisão de qualidade demonstra-se uma relevante ferramenta para realização de condutas que propiciem o cuidado efetivo e seguro ao paciente.

O tema notificações de incidentes vem sendo cada vez mais difundido dentro das

instituições, envolvendo os profissionais de saúde de forma igualitária, anônima e não punitiva, abrindo espaço para que os relatos possam ser ouvidos e respeitados, a fim de trabalhar e conscientizar cada vez mais a cultura de segurança dentro dos hospitais.

É sabido que o cotidiano da produção de cuidados de saúde é altamente complexo e, apesar dos elevados padrões de qualidade exigidos atualmente, os eventos adversos podem ocorrer todos os dias senão tratados com seriedade e transparência². Sendo assim é importante que as instituições de saúde estejam cada vez mais alinhadas, dispostas e comprometidas em garantir uma assistência segura aos pacientes e que encarem o sistema de notificação como um grande aliado para importantes transformações de melhoria.

No Brasil 7,6% dos pacientes internados sofrem evento adverso, o que nos possibilita enxergar inúmeras oportunidades de mudanças³. Assim, a qualidade e a segurança dos pacientes são de responsabilidade de todos os profissionais, entendendo que todos têm um papel fundamental na prevenção de ocorrência de eventos adversos e que é possível relatar de forma segura as falhas e possíveis erros que possam impactar no cuidado assistencial¹.

Atualmente, sabe-se que ocorrência de eventos adversos tem como principais fatores contribuintes as falhas e fragilidades no sistema e processos de assistência à saúde, que precisam ser melhorados³.

Outro ponto de grande relevância é o envolvimento da liderança, equipes engajadas e a utilização de ferramentas adequadas para que assim sejam realizadas análises com embasamento técnico e que proporcione um olhar direcionado a mudança de processos, focando em melhoria e trabalhando fortemente a cultura, descaracterizando uma visão punitiva frente às notificações de incidentes.

Podemos assim considerar que mesmo com grandes desafios a serem trabalhados, enxergamos a evolução positiva do fortalecimento da cultura de segurança, agregando significativamente o aprendizado organizacional em busca de melhorias na instituição mencionada nesse trabalho.

OBJETIVO

Relatar a implantação e os resultados do sistema de notificação de incidentes em um hospital privado.

MÉTODO

Relato de experiência sobre a implantação do sistema de notificação de incidentes, o qual ocorreu em 2019, e os resultados institucionais provenientes dessa ação. As notificações ocorrem de forma voluntária nos canais anônimos e há incentivo constante para participação dos colaboradores e envolvimento dos líderes nas análises, planejamento

de ações e mudanças nos processos.

RESULTADOS

Entre dezembro/2019 a dezembro/2021, 15.401 incidentes foram notificados. Todos foram compartilhados com os líderes e analisados por meio de ferramentas da qualidade, com o objetivo implantar melhorias. Os resultados identificados mostram: a adoção do ambiente favorável para o reporte de riscos, falhas e danos; a possibilidade da comunicação aberta e voluntária baseada na confiança com redução do medo de repreensão e punição; abordagem sistêmica com foco em processos e não em pessoas; o compartilhamento de responsabilidade onde a cada dia aumenta a valorização da segurança; a construção da cultura de investigação séria e reflexiva; o enfoque contínuo na redução de danos evitáveis; a prevenção de incidentes recorrentes; e a evolução do aprendizado organizacional para busca de novas oportunidades de melhoria, caracterizando a mudança na cultura de segurança.

CONCLUSÕES

É notável que a cultura de segurança vem sendo fortalecida diante dos resultados obtidos com a implantação do sistema de notificação de incidentes. Alguns desafios relacionados ao medo de repercussões punitivas, maior compromisso dos líderes, adesão a cultura não punitiva, cumprimento de prazos estabelecidos, *feedback* aos notificadores e implantação de ações com monitoramento das melhorias precisam ser superados e sustentados.

REFERÊNCIAS

1. Neto, A.V. L., Silva, F. A., Brito, G. M. O. L., Elias, T. M. N., Sena, B. A. C., Oliveira, R. M. Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado. Volume 18, n. 55; Brasil, 2019.
2. Lorenzini, E., Santi, J. A. R., Bão, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital, no Sul do Brasil. Rev. Gaúcha Enferm. 35 (2), Brasil, 2014.
3. Alves, M.F.T., Carvalho, D.S., Albuquerque, G.S.C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa.
4. Resende, A. L. C., Silva, N. J., Resende, M. A., Santos, A. A., Souza, G., Souza, H.C. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica.

CAPÍTULO 3

A IMPORTÂNCIA DO PROTAGONISMO, LIDERANÇA E DA EDUCAÇÃO CONTINUADA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Data de submissão: 09/06/2023

Data de aceite: 03/07/2023

Bruno Pigatto

Serviço de enfermagem Clínica –
Cirúrgica do Hospital de Clínicas de
Porto Alegre
Porto Alegre - Rs
<http://lattes.cnpq.br/1241938293661979>

Matheus Cechet

Serviço de enfermagem Clínica –
Cirúrgica do Hospital de Clínicas de
Porto Alegre
Porto Alegre – Rs

Graziela Lenz Viegas

Serviço de enfermagem Clínica –
Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto
Alegre
Porto Alegre - Rs
<http://lattes.cnpq.br/9999383550742421>

Patricia Nascimento

Serviço de enfermagem Clínica –
Cirúrgica do Hospital de Clínicas de
Porto Alegre
Porto Alegre - Rs
<http://lattes.cnpq.br/4316241004509397>

Juliana da Silva Lima

Serviço de enfermagem Clínica –
Cirúrgica do Hospital de Clínicas de
Porto Alegre
Porto Alegre - Rs
[https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/
PKG_MENU.menu?fcod=6FC19918F648AAC5BA3
C7C1337541EE3#](https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?fcod=6FC19918F648AAC5BA3C7C1337541EE3#)

Jenifer Nascimento da Silva Cebulski

Serviço de enfermagem Clínica –
Cirúrgica do Hospital de Clínicas de
Porto Alegre
Porto Alegre - Rs
<http://lattes.cnpq.br/1400840281085265>

RESUMO: **Introdução:** O enfermeiro é um dos primeiros profissionais responsáveis pelo atendimento ao paciente nos setores de urgência e emergência. Diante disso, faz-se necessário a sua atuação como protagonista e desenvolva competências como agilidade de pensamento e capacidade de resolução dos problemas iminentes. O presente estudo tem por objetivo analisar as produções científicas acerca da liderança e da educação continuada do enfermeiro que atua nos serviços de urgência e emergência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão bibliográfico, preconizando estudos dos últimos 20 anos. Os critérios de inclusão

foram artigos na íntegra no período de 2002 a 2022 com a temática da pesquisa. Já os critérios de exclusão foram os artigos que não abordassem a temática do estudo e/ou fora do período selecionado. **Desenvolvimento:** No âmbito da enfermagem, o conceito de liderar vai além da organização e burocracias, sendo que a iniciativa é uma característica que deve fazer parte do processo de liderar. O enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pelo gerenciamento dos cuidados nos setores de urgência e emergência, abrangendo a realização de atividades assistenciais e gerenciais. Nesse sentido, destacam-se dimensionamento de pessoas, compras, abastecimento e organização dos recursos materiais, segurança dos pacientes, articulação e resolutividade de conflitos institucionais. A liderança da equipe e planejamento da assistência se faz necessário, bem como o treino e aprimoramento das habilidades de liderança. **Conclusão:** O enfermeiro é um profissional essencial no âmbito da urgência e emergência e, como consequência, a qualidade da assistência desse profissional é imprescindível para a saúde. Portanto, o enfermeiro que atua em urgência e emergência é protagonista e deve assumir uma postura de liderança, pois cabe a ele o gerenciamento para o funcionamento do serviço.

PALAVRAS - CHAVE: Urgência. Emergência. Enfermeiro. Liderança. Protagonismo.

THE IMPORTANCE OF PROTAGONISM, LEADERSHIP AND CONTINUOUS EDUCATION OF NURSES WHO WORK IN URGENCY AND EMERGENCY SERVICES

ABSTRACT: **Introduction:** The nurse is one of the first professionals who are responsible for patient care in the urgent and emergency sectors. Then, it is necessary to act as a protagonist and develop skills such as agility of thought and ability to solve imminent problems. This study aims to analyze the scientific productions about leadership and continuing education of nurses who work in urgent and emergency services. **Methodology:** This is a descriptive study, with bibliographic review aspect, recommending studies from the last 20 years. Inclusion criteria were full articles from 2002 to 2022 with the research theme. The exclusion criteria were articles that did not address the theme of the study and/or out of the selected period. **Development:** In the field of nursing, the concept of leadership goes beyond organization and bureaucracy, and initiative is a feature that must be part of the leadership process. The nurse is one of the professionals who are responsible for managing care in the urgent and emergency sectors, covering care and management activities. In this sense, it is possible to stand out the sizing of people, purchases, supply and organization of material resources, patient safety, articulation and resolution of institutional conflicts. Team leadership and care planning is necessary, as well as training and improving leadership skills. **Conclusion:** The nurse is an essential professional in the context of urgency and emergency and, as a consequence, the quality of the assistance of this professional is essential for the health area. Therefore, the nurse who works in urgent and emergency care is the protagonist and must assume a leadership position, as it is the responsibility of the nurse to manage the service.

KEYWORDS: Urgency. Emergency. Nurse. Leadership. Protagonism.

1 | INTRODUÇÃO

A maior parte da população acredita que os termos urgência e emergência tem o mesmo significado. Embora sejam parecidas elas diferem. Urgência é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já a emergência é uma situação aguda que necessita intervenção imediata e impõe risco iminente de morte (OMS, 2014).

Dentre muitas funções do enfermeiro, na unidade de pronto atendimento, uma delas é a triagem que é de competência exclusiva do mesmo e tem respaldo do COREN (Conselho Regional de Enfermagem). A triagem é uma avaliação objetiva que permite classificação de acordo com o risco de urgência ou emergência, na qual segue o protocolo de Manchester. Dessa forma, prioriza o atendimento imediato dos pacientes mais graves, mas sem dispensar nenhum paciente sem atendimento (COREN, 2012). O Protocolo de Manchester é uma garantia de um processo reconhecido internacionalmente no atendimento do paciente, assegurando que os casos sejam direcionados e resolvidos de acordo com a sua gravidade.

Nas unidades de urgência e emergência hospitalar o tempo é limitado, as atividades são intensas e a situação clínica do paciente exige que o profissional atue com rapidez para afastar risco iminente de morte ou graves complicações. Este é um ambiente de grande complexidade, de assistência e fluxo intenso de profissionais e usuários. Diante disso, faz-se necessário que o enfermeiro atue como protagonista e desenvolva competências como: agilidade de pensamento e capacidade de resolução dos problemas iminentes.

Na legislação brasileira do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nos serviços de urgência e emergência, é obrigatório o atendimento do enfermeiro com suas atribuições e competências delimitadas, em pacientes críticos, não podendo realizar procedimentos que sejam de responsabilidade de outros profissionais, exceto, em situações extremas como de risco iminente de morte (FILHO LAM, et al. 2016).

Diariamente diversas pessoas procuram as unidades de urgência e emergências por diferentes necessidades, ou seja, níveis de gravidade variados. Sendo o enfermeiro um dos profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento é preponderante assistência eficiente com foco específico na necessidade do paciente. Nessas situações, o conhecimento técnico, raciocínio rápido e habilidades fazem toda diferença. Para desenvolver um papel de protagonista, nessas unidades, é imprescindível que o enfermeiro detenha conhecimento teórico e prática clínica.

O enfermeiro integrante nos serviços de urgência e emergência é protagonista e deve assumir uma postura de liderança, pois cabe a ele o gerenciamento para o funcionamento do serviço. É de sua responsabilidade treinar a equipe de enfermagem, classificar os riscos, bem como gerenciar as demandas providenciar os recursos materiais (FREIRE GV, et al., 2019).

Segundo ROBBINS (2012), liderança é definida como a capacidade de influenciar um grupo, a fim de buscar e alcançar objetivos comuns. Essa influência pode ser formal, como a conferida por um alto cargo na organização ou pode surgir naturalmente de dentro de um grupo. Assim, o perfil do enfermeiro líder no serviço de urgência e emergência segue um modelo normativo de planejamento, capaz de lidar com a grande diversidade de situações, além de estar apto para resolver problemas e propor mudanças, apontando soluções.

Este estudo tem por objetivo ressaltar o protagonismo e a importância de capacitação contínua do enfermeiro que atua nas unidades de urgência e emergência. Tendo em vista a complexidade e imprevisibilidades dos serviços de urgência e emergência, o enfermeiro como figura importante, enquanto coordenador da equipe assistencial é crucial compor a equipe profissional com alto nível de formação e que mantenha atualizações continuadas no assunto.

2 | DESENVOLVIMENTO

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica. Foi realizada a busca de artigos em bases de dados tais como: Centro Latino- Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (Scielo), o que permitiu o encontro de Revistas digitais especializadas no assunto.

A revisão da literatura teve como foco a atuação protagonista e a importância da capacitação contínua do enfermeiro que atua em urgência em emergência. Foram utilizados artigos publicados na íntegra entre os anos de 2002 a 2022, e livros e documentos dos anos 2000 até o ano de 2022.

Para direcionar o estudo foram selecionados critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão delineados foram: artigos na íntegra, no período de 2002 a 2022 que abordem a temática deste trabalho. Já os critérios de exclusão foram os artigos que não abordassem a temática do estudo e fora do período selecionado.

A partir dos resultados encontrados após a busca dos estudos e obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão apresentados, foi realizada a leitura do título e do resumo de cada artigo científico a fim de verificar a sua adequação com a questão norteadora deste estudo.

A palavra “protagonismo” está relacionada à “protagonista” e é mais provável que a maioria da população conheça a segunda, por ter lido ou ouvido falar sobre o termo “protagonista” dos filmes, séries e livros. O protagonista geralmente é o personagem principal de uma história, é aquela pessoa que se destaca, é proativa e toma atitudes para mudar as coisas no momento certo. O enfermeiro que atua nos serviços de urgência e emergência não é tão diferente de um protagonista dos filmes, a ideia é a mesma. No seu ramo de atuação o enfermeiro precisa fazer a tomada de decisão ágil e precisa para não

deixar o paciente ter complicações graves. É imprescindível que haja uma postura de líder para orientar e organizar a equipe como um tudo.

Para Silva et al. (2016), no âmbito da enfermagem, o conceito de liderar vai além da organização e burocracias, onde a iniciativa é uma característica que deve fazer parte do processo de liderar. Assim como o desenvolvimento e crescimento profissional são realidades adquiridas nos profissionais que possuem afinidade com essa temática.

Sendo o enfermeiro um dos profissionais responsáveis pelo gerenciamento dos cuidados nos setores de urgência e emergência, abrangendo a realização de atividades assistenciais e gerenciais, destacando: dimensionamento de pessoas, compras, abastecimento e organização dos recursos materiais, segurança dos pacientes, articulação e resolutividade de conflitos institucionais, a liderança da equipe e planejamento da assistência. Além disso, os enfermeiros são peça fundamental para a criação de estratégias para o trabalho em equipe assim como para a organização do ambiente assistencial (Santos et al., 2016; Bordignon et al., 2020).

De acordo com Fagundes & Braun (2017), o qual corrobora com os estudos acima, a liderança cumpre um papel essencial, já que, é a partir da mesma que se alcança um trabalho em equipe e de forma sincronizada e organizada, além de um atendimento de qualidade, acarretando na redução de erros de enfermagem, provocando deste modo, melhores resultados para o paciente, e maior resolutividade dos problemas.

No estudo Freire et al. (2019), o perfil do profissional enfermeiro em quanto líder, no serviço de urgência e emergência, precisa seguir um exemplo normativo de planejamento, capaz de protagonizar as várias situações atípicas que podem ocorrer de forma inesperada no setor, além de estar pronto para resolutividade do problemas e propor modificações, apontando possíveis soluções.

Um estudo identificou as teorias de liderança mais utilizadas pelos enfermeiros dos serviços de urgência e emergência, no qual se destaca a teoria situacional onde situações diferentes requerem condutas diferentes e condizentes ao quadro e a teoria transformacional, onde o líder enfermeiro, como protagonista, transmite motivação a equipe resultando em maior satisfação no trabalho, menor rotatividade setorial e melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente (SILVA, et al. 2014).

Outra publicação traz à tona as competências gerenciais requeridas pelo líder enfermeiro, no âmbito da urgência e emergência. Sendo citada a tomada de decisão assertiva, a comunicação efetiva e organizada, o trabalho em equipe como aspecto relacional e gestão de tempo buscando alinhamento das atividades gerenciais, demandas institucionais e assistência ao paciente (MONTEZELI; PERES; BERNADINO, 2013).

A respeito da relação entre satisfação dos pacientes e liderança de enfermagem, um estudo demonstra que esta é maior quando o enfermeiro-líder participa assiduamente do processo de cuidado, sendo notado pelos pacientes enquanto líder da equipe e gestor de recursos materiais disponíveis ao cuidado, propiciando um ambiente confiável e saudável

com a equipe, consequentemente atingindo resultados em comum e prestando uma assistência de qualidade aos usuários do serviço (NUNES; GASPAR, 2016).

No que se refere à satisfação da equipe de enfermagem, o estudo de MOURA et al. (2017), constata a liderança de forma positiva na satisfação dos liderados frente a um enfermeiro que se empondera e tonar-se protagonista para estabelecer um ambiente de apoio profissional e suporte supervisionado, comunicação franca e aberta e reconhecimento das necessidades de sua equipe, buscando harmonia e integração do grupo.

O último estudo da categoria realizado por CARVALHO et al. (2016), retrata maior uso da teoria autêntica de liderança pelos enfermeiros. Sinalizam que essa teoria envolve um desenvolvimento do líder baseado em fatores pessoais, tais como: desafios de vida, influências familiares, experiências educacionais e de trabalho. Com isso, o líder atua com níveis altos de autoconsciência, transparéncia, ética, alinhamento entre os valores, intenções e suas ações, a fim de motivar seus liderados por meio do exemplo.

Alguns estudos abordaram as teorias de liderança mais utilizadas nesses serviços emergenciais, sendo a situacional, transformacional e autêntica as mais citadas. Pesquisas apontam que o enfermeiro deve criar um ambiente de incentivo, motivação, encorajamento, comunicação bilateral, delegando e buscando autonomia dos liderados, além de motivar pelo exemplo e seus valores. Desta forma o líder tem índices maiores de satisfação da equipe com consequente melhoria da assistência prestada (SILVA, et al., 2014).

Todavia a grande maioria dos estudos traz o despreparo do enfermeiro para o gerenciamento. A liderança é uma competência a ser desenvolvida, na busca pelo conhecimento, nas experiências compartilhadas e no desenvolvimento das inúmeras competências já mencionadas neste estudo.

Esse despreparo parece estar relacionado a falhas na formação do enfermeiro seja na graduação ou mesmo nas instituições de trabalho. Sendo cada vez mais necessário que o enfermeiro busque aprimoramento pessoal e profissional, voltado a liderança, bem como as organizações de saúde devem capacitar os profissionais comprometidos no processo de gestão, buscando estratégias de desenvolvimento de competências (ESTEVAM, et al. 2017).

Além da assistência holística proporcionada pelos enfermeiros no âmbito da urgência e emergência, o trabalho multiprofissional em saúde também é relevante para promover a saúde nesse ambiente. Vale destacar que a educação permanente em saúde promovida por esses profissionais traz resultados positivos para assistência. Dentre esse processo educacional, são realizadas atividades de simulação realística, criação de protocolos, criação de tecnologias em saúde de fácil acesso e orientações (Bastos et al., 2020).

O enfermeiro do serviço de urgência e emergência também participa da classificação de riscos dos pacientes que adentram a emergência para as atividades dos problemas em saúde, onde o protocolo de Manchester é utilizado por esse profissional que avalia a sintomatologia e manifestações clínicas apresentadas pelo paciente e classifique os riscos

mediante a necessidade de prioridade para o tratamento de doenças que necessitam de atendimento imediato e resolutivo para a necessidade em saúde (Moraes et al., 2021).

Nesse sentido, a liderança é crucial para a competência do enfermeiro, sendo essa competência adquirida na graduação para a organização dos serviços de saúde e o desenvolvimento da assistência realizada no serviço hospitalar, bem como o planejamento da assistência proporcionada atrelada aos atributos da liderança nesse setor de atuação (Tenório et al., 2019).

Durante a assistência em casos emergenciais, o enfermeiro é o profissional líder, pois além de realiza o atendimento inicial e avalia a gravidade, é também o responsável pelo dimensionamento da equipe para o alcance da qualidade da assistência proporcionada para os pacientes assistidos pela equipe multiprofissional em saúde (Santos et al., 2018).

Corroborando, de acordo com Clementino et al. (2021), no ambiente hospitalar, sobretudo no setor da emergência, o enfermeiro como gerente dos serviços de saúde, desenvolve ações para toda equipe de saúde e para a melhora significativa da assistência proporcionada ao paciente. Além disso, esse profissional participa da criação de rotinas, protocolos, administração da unidade de saúde, identificação dos problemas que necessitam ser superados para a implementação da assistência de forma segura e eficaz.

A segurança do paciente também é uma realidade adquirida pelo processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem. Logo, os profissionais de enfermagem promovem cuidados holísticos com humanização e empatia, e potencializa a segurança do paciente para a prevenção de quedas, segurança na administração de medicamentos, prevenção da lesão por pressão, e de outros problemas associados a assistência à saúde (Silva et al., 2022).

A coordenação de equipes de trabalho também é outra atribuição do enfermeiro atuante na gestão, como a gestão do cuidado e os protocolos para as situações de urgência e emergência, além de favorecer a valorização dos profissionais através do empoderamento. O dimensionamento da equipe de enfermagem e elaboração das escalas é de suma importância e realizada pelo enfermeiro gestor, bem como a coordenação dos serviços de educação permanente e incentivo pela busca de aperfeiçoamento para o perfil profissional (Nogueira et al., 2021).

Vale destacar que durante a pandemia da Covid-19, o gerenciamento de enfermagem tem ganhado destaque em virtude das intervenções proporcionadas e o incentivo para a população acerca da prevenção contra a Covid-19. Nesse aspecto, o enfermeiro também contribui para a redução de Infecção hospitalar, implementação de medidas de biossegurança e para o fortalecimento e potencialização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Clementino et al., 2021).

O enfermeiro é um profissional essencial no âmbito da emergência, onde a qualidade da assistência desse profissional é imprescindível para a saúde. Durante a formação, esse profissional já começa a adquirir habilidades de liderança e superação de desafios para o

seu contexto de atuação profissional, além da superação dos desafios em saúde durante o exercício da profissão (Clementino et al., 2021).

A liderança do enfermeiro na assistência nos serviços de urgência e emergência engloba a tomada de decisões diante das situações clínicas e gerenciamento em equipe vivenciada, dimensionamento da equipe para melhor resolutividade da assistência prestada aos pacientes e o plano estratégico de ação para o paciente assistido por esses profissionais (Bordignon et al., 2020).

Segundo o estudo realizado por Silva et al. (2021), existem desafios atrelado a assistência de enfermagem e liderança nos serviços de emergência, como a sobrecarga de trabalho, estresse, o aumento de número de pacientes em virtude da pandemia da Covid-19 e outras doenças crônicas, falta de insumos hospitalares que correspondam a necessidade dos pacientes, baixos salário e pouca valorização para com esses profissionais de saúde.

O enfrentamento de desafios advindos da assistência para recuperação e sobrevida do paciente é outra realidade vivenciada, onde esse profissional deve estabelecer estratégias que superaram as necessidades e problemas. Vale destacar que esse profissional deve superar os desafios enfrentados, promover a articulação do trabalho em equipe, resolutividade dos conflitos Inter profissionais, situações de estresse, sobrecarga de trabalho, violência e falta de recursos para a assistência prestada (Bastos et al., 2020).

Nesse sentido, o enfermeiro é responsável por implementar a educação em saúde e educação permanente para os profissionais envolvidos, uma vez que o Enfermeiro é o líder do setor e da equipe de enfermagem, sendo que autonomia, destreza, liderança e empoderamento são atributos relacionados à assistência desse profissional para a população assistida (Ferreira et al., 2019).

O tempo em situações de urgência e emergência pode ser determinante para salvar a vida do paciente e reduzir as possibilidades de sequelas graves, por essa razão as unidades básicas de saúde devem realizar o acolhimento e o atendimento deste tipo de situação. Porém, é comum nos depararmos com profissionais deste setor encaminhando o paciente para setores de maior complexidade, muitas vezes sem realizar sequer uma avaliação do estado geral do usuário, nem a estabilização do mesmo (EVANGELISTA et al., 2012).

Acredita-se que este tipo de ocorrência é devido à insegurança ou desconhecimento do profissional da unidade básica de saúde, pois requer habilidades para agir com senso critico criatividade, competência e de maneira humanizada em todas as situações, inclusive nas urgências e emergências (EVANGELISTA et al., 2012).

O profissional somente estará apto a desenvolver essas habilidades, mediante a capacitação (EVANGELISTA et al., 2012). Sabe-se que a educação é um dos principais instrumentos responsáveis por transformar, modificar uma sociedade. Com o avanço das tecnologias e saberes da área da saúde, tem-se exigido cada vez mais desses profissionais o aprendizado de novas habilidades, sendo indispensáveis capacitações constantes para

atualização dos conhecimentos e aprimoramento da práxis assistencial (RICALDONI; SENA, 2006).

Na perspectiva da educação dos profissionais de enfermagem, reconhece-se a educação permanente (EP), a educação continuada (EC) e a educação em serviço (ES) enquanto valiosos instrumentos de capacitação profissional. Destaca-se que apesar das diferenças entre educação permanente e educação continuada, ambas se complementam (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A educação permanente é aquela que visa transformar as práticas de saúde no ponto de vista da integralidade, trabalho em equipe e autonomia dos profissionais e usuários do SUS. É realizado o levantamento das necessidades dos pacientes, dos profissionais e do serviço de saúde, além dos resultados que se espera com as ações pretendidas, pois neste contexto é extremamente importante monitorar e avaliar o que está sendo feito (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A educação permanente trás o estímulo a uma educação crítica, reflexiva que desenvolve no profissional a percepção da importância e da responsabilidade de sua capacitação permanente dentro do seu ambiente de trabalho e para o seu trabalho, de forma a aliar a educação e a prática (RICALDONI; SENA, 2006).

A educação continuada é fundamentada no conhecimento técnico - científico e busca reproduzir ou dar continuidade ao modelo de ensino acadêmico, visa orientar e adequar os 23 profissionais para o trabalho dentro do serviço de saúde, sua principal característica é a ausência de espaço para reflexão e críticas acerca das necessidades dos usuários, profissionais e do próprio setor. Ele reproduz o que existe nas melhores literaturas da saúde, com foco em cursos, treinamentos e palestras (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Nesse contexto, acredita-se que as capacitações em serviço propiciarão melhores habilidades e competências aos profissionais de saúde da APS para o exercício de suas funções, sobretudo no atendimento às situações de urgência e emergência.

3 I CONCLUSÃO

A partir deste estudo é possível considerar que o enfermeiro apresenta papel fundamental nos serviços de urgência e emergência, pois ele é um dos primeiros profissionais a ter contato com o paciente onde é responsável por triar, pela tomada de decisões e implementação do processo de enfermagem. Nessas situações, o conhecimento técnico, raciocínio rápido e habilidades fazem toda diferença. Para desenvolver um papel de protagonista, nessas unidades, é imprescindível que o enfermeiro detenha conhecimento teórico e prática clínica.

O enfermeiro integrante nos serviços de urgência e emergência é protagonista e deve assumir uma postura de liderança, pois cabe a ele o gerenciamento para o funcionamento do serviço. É de sua responsabilidade treinar a equipe de enfermagem, classificar os riscos,

bem como gerenciar as demandas providenciar os recursos materiais.

Sinaliza que enquanto líder, esse profissional precisa ter estratégias, comunicação adequada, planejamento e avaliação frequente da gestão, uma vez que, tais pontos são primordiais para o alcance de resultados satisfatórios nos serviços de saúde, sobretudo, nos serviços de urgência e emergência.

Esse gerenciamento apresenta desafios, principalmente porque a emergência é um setor complexo. Assim, são necessárias ações de educação permanente em saúde e continuada para a gestão em emergência, bem como atualização dos profissionais. Dentre os desafios, está a sobrecarga de trabalho e demanda, onde devem ser criadas ações para superação dos mesmos.

A Educação Permanente se destaca neste contexto, devido ao ambiente dos serviços de urgência e emergência serem de grande complexidade, de assistência e fluxo intenso de profissionais e usuários, se faz necessário que o enfermeiro passe por um processo contínuo de aprendizagem para desempenhar suas funções com excelência. Além disso, é crucial que se tenha uma vivência prática em sua área específica de formação, permitindo-lhe apreciar no dia a dia de uma experiência orientada em situações concretas, aliando teoria à prática.

A análise dos dados evidenciou uma escassez de estudos com a temática liderança e educação contínua do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência, demonstrando uma necessidade de investimento em estudos atuais nesta área.

REFERÊNCIAS

BASTOS, I. B. et al (2020). **Percepção de enfermeiros gestores sobre a rede de atenção às urgências.** Rev Norte Mineira de enfermagem, 9 (1)1-10.

BORDIGNON, J. S. et al (2020). **Vivências e autonomia de enfermeiras de uma unidade de pronto atendimento em tempo de pandemia.** Enferm. Foco, 11 (1), 1-6.

CARVALHO, A. G. F.; et al. **Liderança autêntica e perfil pessoal e profissional de enfermeiros.** Acta Paul Enferm. v. 29, n. 6, p. 618-625. 2016.

CLEMENTINO, F. S. et al (2021). **Gerenciamento de enfermagem no ambiente hospitalar e os desafios para o exercício profissional.** Rev Enferm UFPI, 10 (8)1-10.

COREN 2012

ESTEVAM, L. A.; et al. **O liderar do enfermeiro nas situações de emergência no hospital: visão dos técnicos de enfermagem.** Rev. Enferm. UFPE. v. 11, n. 4, p. 1709-1715.

EVANGELISTA, C. B. et al. **Capacitação em suporte básico de vida em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS): um relato de experiência.** EFDeportes.com - Revista Digital, Buenos Aires, año 17, n. 174, nov. 2012.

FERREIRA, V. H. S. et al (2019). **Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas**. Rev Gaúcha Enferm, 40 (20), 1-10.

FILHO LAM, et al. **Competência legal do Enfermeiro na Urgência e Emergência**. Revista Enfermagem em Foco. 2016.

FREIRE GV, et al. **Liderança do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa**. Brazilian Journal of health Review. v. 2, n. 2, p. 2029-2041, 2019.

MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M.; BERNADINO, E. **Nurse management skills required at an emergency care unit**. Fundam. Care. v. 5, n.3, p. 245-252. 2013.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. **Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 3, p.597-604, 2010.

MOURA, A. A.; et al. **Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: revisão integrativa**. Acta Paul Enferm. v. 30, n. 4, p. 442-450. 2017.

MORAIS, L. F. et al (2021). **O protocolo de manchester como ferramenta de melhora dos serviços de emergência**. Rev Enferm Atenção Saúde [Online],10 (20) 1-10.

NOGUEIRA, A. L. G. et al (2021). **Planejamento de sucessão de lideranças em enfermagem: caminhos para sua elaboração**. Rev. esc. enferm. USP, 10 (1), 1-10.

NUNES, E. M. G. T; GASPAR, M. F. M. **A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar**. Revista Gaúcha de Enfermagem. v. 37, n. 2, p. 1-7. 2016.

OMS 2014

RICALDONI, A. C.; SENA, Roseli Rosângela de. **Educação permanente uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem**. Revista Latino - Americana, São Paulo, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006.

SANTOS, J. L. G. et al. (2016) **Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência**. Revista Gaúcha de Enfermagem, 37(1) 1-7.

SANTOS, A. S. et al (2018). **A gestão estratégica em serviços de urgência e emergência de uma fundação hospitalar de Minas Gerais**. Rev Med Minas Gerais, 28 (3) 1-10.

SILVA, D. S.; et al. **A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência**. Rev. Eletr. Enf. v. 16, n. 1, p. 211-219. 2014.

SILVA, V. L. S. et al (2016). **Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores**. Rev Esc Enferm USP, 51(3)1-8.

SILVA, A. G. I. et al. (2021). **Boas práticas de liderança do enfermeiro no contexto hospitalar**. Revista Nursing, 24 (276) 5726-5730.

SILVA G. T. R. et al. (2022). **Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional.** Esc Anna Nery, 26 (2) 1-9.

TENÓRIO, H. A. A. et a (2019). **Gestão e gerenciamento de enfermagem: perspectivas de atuação do discente.** Rev enferm UFPE on line, 13 (5), 1-12.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Data de aceite: 03/07/2023

Larissa Mendes Jorge

Mayane Santana de Oliveira Lopes

Johnata da Cruz Matos

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Elen de Souza Veríssimo

Jaqueline de Freitas Ferreira

RESUMO: **Objetivo:** analisar os fatores associados à qualidade da assistência de enfermagem obstétrica. **Método:** estudo observacional, analítico e transversal, desenvolvido com 116 profissionais da equipe de enfermagem, entre fevereiro e junho nos anos de 2020 e 2021, em dois hospitais públicos do Distrito Federal. Para coleta de dados utilizou-se a “Escala de Autoavaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos”, instrumento autoaplicável, composto por questões que caracterizam o perfil do profissional de saúde e que avaliam a percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, no contexto da assistência obstétrica. Realizada análise estatística descritiva.

Resultados: A análise dos fatores associados entre perfil profissional e de formação e a avaliação dos cuidados de enfermagem apontou a realização do curso de pós-graduação *lato sensu* em obstetrícia como fator associado à obtenção de melhores pontuações para o domínio A - Comunicação, apoio/suporte à mulher, o domínio B - Comunicação com a equipe multiprofissional e o domínio C - Assistência de enfermagem em serviços obstétricos. Também se verificou associação entre o cargo/função do profissional ($p=0,006$) e realização de curso de atualização em segurança do paciente ($p=0,013$) com o domínio A. O cargo ($p=0,003$), o turno de trabalho ($p=0,008$), a realização de curso de atualização em obstetrícia ($p=0,017$) e em assistência obstétrica segura ($p=0,006$) obtiveram associação com o domínio B. **Conclusão:** Os resultados do estudo destacam o valor da qualificação e atualização dos cuidados de enfermagem nos serviços obstétricos para a qualidade do cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: qualidade da assistência à saúde, equipe de enfermagem, enfermagem obstétrica

ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-ASSESSMENT OF THE QUALITY OF OBSTETRIC NURSING CARE

ABSTRACT: **Objective:** to analyze the factors associated with the quality of obstetric nursing care. **Method:** observational, analytical and cross-sectional study, carried out with 116 professionals from the nursing team, between February and June in the years 2020 and 2021, in two public hospitals in the Federal District. For data collection, the "Self-Assessment Scale for Nursing Care in Obstetric Services" was used, a self-administered instrument, consisting of questions that characterize the profile of the health professional and that assess the perception of health professionals about the quality of care for nursing in the context of obstetric care. Descriptive statistical analysis was performed. **Results:** The analysis of the factors associated between professional and educational profiles and the assessment of nursing care pointed to having completed a *lato sensu* postgraduate course in obstetrics as a factor associated with obtaining better scores for domain A - Communication, support/ support to women, domain B - Communication with the multidisciplinary team and domain C - Nursing care in obstetric services. There was also an association between the professional's position/ function ($p=0.006$) and completion of a refresher course in patient safety ($p=0.013$) with domain A. Position ($p=0.003$), work shift ($p =0.008$), taking a refresher course in obstetrics ($p=0.017$) and safe obstetric care ($p=0.006$) were associated with domain B. **Conclusion:** The results of the study highlight the value of qualification and refresher care for nursing in obstetric services for the quality of health care.

KEYWORDS: Health Care Quality, Access, and Evaluation; Nursing, Team; Obstetric Nursing

INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços em saúde propõe dimensões técnicas e humanas, abordando constituintes denominados estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito aos aspectos da assistência em saúde, relacionando os objetivos e os recursos, sendo eles físicos, humanos, materiais e financeiros. O processo são as tarefas executadas pelos profissionais e pacientes e, os resultados, são as consequências das ações realizadas com os usuários, que inclui a satisfação da população atendida (DONABEDIAN, 1994 *apud* AZEVEDO *et al.*, 2020).

A equipe de enfermagem lida com várias exigências no exercício da profissão. Os profissionais são submetidos a pressões constantes, seja pelo tempo curto para executar as atividades ou pela demanda excessiva do serviço (PINHATTI *et al.*, 2018) Não obstante, tal panorama é observado nos serviços de atenção à saúde materna. Os profissionais da assistência obstétrica relatam uma carga de trabalho psíquica elevada, principalmente pela dificuldade em associar as atividades administrativas e assistenciais, relatando pouco tempo para executá-las, e, por essa razão, existem dificuldades ao prestar ações de cuidado à mulher de qualidade (BIONDI *et al.*, 2018). Altas cargas de trabalho impedem o desempenho da equipe e, consequentemente, o seu aprendizado e atualização contínuo do processo de trabalho (RASHKOVITS, 2019)

No ano de 2017, a OMS (Organização Mundial de Saúde) identificou 810 mortes maternas diariamente por causas evitáveis, totalizando 295.000 mortes no período gravídico e puerperal. No Brasil, quase 3 milhões de nascimentos acontecem todo ano, totalizando, entre parturientes e recém-nascidos, mais de 6 milhões de pacientes (PEDRONI *et al.*, 2020). A terceira causa das internações hospitalares no SUS está relacionada aos procedimentos feitos com essa população (ANVISA, 2020).

O elevado número de atendimentos nos serviços de atenção obstétrica pode aumentar potencialmente a ocorrência de eventos adversos durante a assistência. Dessa forma, a segurança do paciente precisa atingir o ambiente materno infantil, visto que a mortalidade materna é ainda recorrente e considerada um evento adverso grave existente (PEDRONI *et al.*, 2020).

O estudo, então, tem como objetivo analisar os fatores associados à qualidade da assistência de enfermagem obstétrica, em dois hospitais públicos do Distrito Federal.

MÉTODO

Estudo de caráter observacional, analítico e transversal. Foi desenvolvido em dois hospitais públicos do Distrito Federal.

A população de estudo foi composta por profissionais da equipe de enfermagem, dentre eles enfermeiros, técnicos, auxiliares e residentes de enfermagem, vinculados ao centro obstétrico, maternidade e alojamento conjunto dos hospitais em estudo, atuantes há pelo menos um mês. Foram excluídos do estudo os profissionais da área administrativa, os que estavam afastados do setor no momento da coleta de dados, seja por licença ou férias, os que estavam restritos a atividades laborais e os que responderam menos que 30% do instrumento.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e junho de 2020 e 2021 e foi realizada por profissionais vinculados à instituição, os quais não compuseram a população do estudo. Utilizou-se a “Escala de Autoavaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos”, instrumento autoaplicável, composto por duas partes: a primeira investiga o perfil profissional e de formação do participante, e a segunda, contempla 23 itens estruturados em uma escala do tipo *likert*, de 5 pontos, que avalia os cuidados mínimos de enfermagem preconizados na assistência obstétrica. A escala permite julgar a frequência com que os cuidados são realizados, onde 1 corresponde aos cuidados nunca realizados e 5, aos cuidados sempre realizados.

A escala é dividida em três domínios, definidos para a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos. O domínio A - Comunicação, apoio/ suporte à mulher; o domínio B – Comunicação com a equipe multiprofissional e o domínio C - Assistência de enfermagem em serviços obstétricos. O instrumento foi submetido a avaliação por experts e população-alvo, obtendo Índice de Validade de Conteúdo maior que

0,80 e alpha de Cronbach de 0,764 (PAULINO, 2019).

Os dados foram inicialmente lançados em duas planilhas de Excel, para dupla conferência de dados, para evitar possíveis erros, em seguida foram inseridos no Software: *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), em sua versão 20.0.

Realizou-se análise estatística descritiva, apresentando mínima, máxima, média e desvio padrão para variáveis contínuas, frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. As variáveis de exposição foram as relacionadas ao perfil sociodemográfico e características de formação e profissionais. A variável de desfecho foi a qualidade do cuidado prestado. Para estimar os fatores associados, realizou-se análise de correlação bivariada, utilizando o Coeficiente *Pearson* para variáveis quantitativas e Coeficiente de *Spearman* para as variáveis ordinais. Foram consideradas significativas as correlações com valor de $p \leq 0,05$.

As recomendações da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 2.975.477.

RESULTADOS

Participaram do estudo 116 profissionais, dentre eles, 105 (91,3%) do sexo feminino e 10 (8,6%) do sexo masculino, 51 (44%) trabalhavam no centro obstétrico, 47 (40,5%) trabalhavam no alojamento conjunto/ maternidade e 16 (13,8%) atuavam nos dois setores. A respeito da área de atuação na instituição, 111 (95,7%) estavam na assistência e 2 (1,7%), na assistência e na gestão. Sobre função, 8 (6,9%) eram auxiliares de enfermagem, 76 (65,5%) técnicos em enfermagem, 15 (12,9%) enfermeiros, 12 (10,3%) enfermeiros obstetras e 5 (4,3%) residentes de enfermagem. Quanto ao turno de trabalho, 58 (50%) trabalhavam no período diurno, 37 (31,9%) no período noturno e 21 (18,1%) fazem o rodízio entre diurno e noturno.

Com relação à titulação mais elevada, 45 (38,8%) possuíam curso técnico, 28 (24,1%) graduação, 40 (34,5%) pós-graduação *Lato Sensu*, 2 (1,7%) possuíam mestrado e 1 (0,9%), doutorado. No que se refere ao curso de pós-graduação *Lato Sensu* na área obstétrica, somam-se 32 profissionais da enfermagem, dentre enfermeiros, enfermeiros obstetras e residentes, 18 (56,3%) profissionais referiram ter feito o curso e 14 (43,7%), não fizeram a pós-graduação.

Importante destacar que existem profissionais de nível técnico com formação superior. No estudo, 8 técnicos em enfermagem relataram ter pós-graduação *Lato sensu* em obstetrícia. Sobre o curso de atualização em assistência de enfermagem em obstetrícia, oferecido pela instituição nos últimos seis meses, 26 (22,4%) responderam que participaram do curso e 88 (75,9%) não participaram do curso.

Em relação ao curso de atualização em assistência de enfermagem em obstetrícia realizado por conta própria, nos últimos 6 meses, 32 (27,6%) profissionais referiram ter

feito e 81 (69,8%), não. Sobre o curso de segurança do paciente, oferecido pela instituição, 79 (68,1%) declararam ter feito e 36 (31%) não participaram do curso. Acerca do curso sobre cuidados seguros em obstetrícia, oferecidos pela instituição, 42 (36,2%) referiram ter participado e 72 (62,1%), não. Os resultados das variáveis contínuas do perfil profissiográfico estão representados na tabela 1.

| Variáveis | Média | DP | Mínima | Máxima |
|---|-------|------|--------|--------|
| Idade | 43,0 | 10,0 | 22 | 61 |
| Tempo de formado na função que exerce na instituição, em anos | 16,77 | 8,6 | 1 | 37 |
| Tempo de atuação no hospital, em anos | 9,2 | 9,1 | 0 | 36 |
| Tempo de experiência profissional em serviços obstétricos, em anos | 9,0 | 8,7 | 0 | 36 |
| Carga horária semanal de trabalho na instituição | 36,6 | 5,5 | 20 | 60 |
| Vínculos de trabalho | 1,3 | 0,5 | 1 | 2 |
| Carga horária semanal total de trabalho, considerando todos os vínculos | 45,3 | 13,4 | 20 | 80 |

Tabela 1 - Caracterização da equipe de enfermagem, considerando as variáveis contínuas do perfil profissiográfico do instrumento: Escala de Autoavaliação de Enfermagem em Serviços Obstétricos. Brasília (DF), 2021.

Os resultados da Escala de Autoavaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos, dividida em seus respectivos domínios, A, B e C, contendo número e proporção, estão representados na tabela 2.

| | 1 n (%) | 2 n (%) | 3 n (%) | 4 n (%) | 5 n (%) |
|--|------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Domínio A: Comunicação apoio/suporte à mulher | | | | | |
| 1. Apresenta-se pelo nome e função à mulher e acompanhante? | 1 (1,0) | 10 (9,0) | 19 (16,4) | 34 (29,3) | 52 (45,0) |
| 3. Você oferece informações claras e precisas sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)? | 5 (4,3) | 3 (2,6) | 9 (8,0) | 50 (43,1) | 49 (42,2) |
| 4. Você incentiva a presença do acompanhante? | 1 (1,0) | 4 (3,5) | 8 (7,1) | 34 (30,1) | 66 (58,4) |
| 5. Você avalia o estado emocional da mulher? | 2 (2,0) | 3 (3,0) | 13 (11,2) | 43 (37,1) | 55 (47,4) |
| 6. Você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)? | 3 (3,0) | 3 (3,0) | 14 (13,0) | 42 (38,0) | 49 (44,1) |

| | | | | | |
|---|------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 7.Você se comunica de maneira clara e precisa com a mulher e/ou acompanhante? | 0 (0) | 1 (1,0) | 0 (0) | 38 (33,3) | 75 (66,0) |
| 16.Você incentiva a deambulação da mulher? | 0 (0) | 0 (0) | 2 (2,0) | 25 (22,0) | 88 (76,5) |
| 17.Você oferece orientações, estímulo e apoio à amamentação? | 0 (0) | 2 (2,0) | 5 (4,3) | 17 (15,0) | 91 (79,1) |
| 18.Você confere as pulseiras de identificação da mão e do recém-nascido e orienta sobre sua permanência até a alta? | 3 (3,0) | 3 (3,0) | 9 (8,0) | 27 (23,5) | 73 (63,5) |
| 21.Você verifica e orienta sobre a elevação das grades da cama? | 1 (1,0) | 5 (4,5) | 18 (16,1) | 33 (29,5) | 55 (49,1) |
| 22.Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas? | 6 (5,2) | 5 (4,3) | 14 (12,1) | 36 (31,0) | 55 (47,4) |
| 23.Você orienta a mulher e acompanhante sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido, preparando-os para a alta? | 4 (3,5) | 10 (9,0) | 15 (13,0) | 34 (29,6) | 52 (45,2) |

Domínio B: Comunicação com a equipe multiprofissional

| | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 2.Você coleta e registra o histórico clínico da mulher (antecedentes obstétricos, medicamentos em uso, alergias e exames pertinentes)? | 14 (12,2) | 13 (11,3) | 15 (13,0) | 26 (23,0) | 47 (41,0) |
| 8.Você se comunica de maneira clara, objetiva, concisa e oportuna com a equipe multiprofissional (durante passagem de plantão, discussão de caso clínico ou outros momentos que exigem troca de informações)? | 0 (0,0) | 1 (1,0) | 4 (3,5) | 56 (49,0) | 54 (47,0) |
| 9.Você verifica se a mulher possui registro de tipagem sanguínea? | 18 (16,0) | 22 (19,3) | 19 (17,0) | 26 (23,0) | 29 (25,4) |
| 10.Você verifica se a mulher possui registro de resultado dos testes rápidos de HIV/ VDLR? | 13 (11,2) | 16 (13,8) | 12 (10,3) | 28 (24,1) | 47 (40,5) |
| 15.Você registra todas as informações relacionadas à assistência de enfermagem e intercorrências (evolução, relatórios de enfermagem e/ou partograma)? | 2 (2,0) | 3 (3,0) | 3 (3,0) | 40 (35,1) | 66 (58,0) |

Domínio C: Assistência de enfermagem em serviços obstétricos

| | | | | | |
|---|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| 11.Você realiza o exame físico da mulher? | 37 (33,3) | 9 (8,1) | 33 (30,0) | 19 (17,1) | 13 (12,0) |
| 12.Você realiza a monitorização da pressão arterial da mulher e demais sinais vitais conforme preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)? | 2 (2,0) | 6 (5,2) | 12 (10,3) | 21 (18,1) | 75 (65,0) |
| 13.Você supervisiona ou administra antibióticos, quando prescrito, no horário indicado? | 3 (3,0) | 6 (5,2) | 10 (9,0) | 12 (10,3) | 85 (73,3) |

| | | | | | |
|---|------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| 14.Você supervisiona ou administra anti-hipertensivos, quando prescrito, no horário indicado? | 1 (2,0) | 4 (3,5) | 13 (11,3) | 13 (11,3) | 84 (73,0) |
| 19.Você verifica a presença de eliminações urinárias no pós-parto? | 3 (3,0) | 2 (2,0) | 7 (6,1) | 27 (23,5) | 76 (66,1) |
| 20.Você avalia o tônus uterino e sangramento vaginal no pós-parto? | 5 (4,5) | 5 (4,5) | 9 (8,0) | 30 (27,0) | 63 (56,3) |

[1] Nunca; [2] Raramente; [3] Ocasionalmente; [4] Frequentemente; [5] Sempre.

Tabela 2 – Número e proporção das variáveis da Escala de Autoavaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos, dividida em seus respectivos domínios e itens do instrumento. Brasília (DF), 2021.

A tabela 3 apresenta os dados do perfil profissiográfico associados aos domínios.

| Variáveis | N (%) | Domínio A | | | Domínio B | | | Domínio C | | |
|---|---------------|-----------|-----|------------|-----------|-----|------------|-----------|-----|------------|
| | | ̄X | DP | P valor | ̄X | DP | P valor | ̄X | DP | P valor |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Feminino | 105 (91,3) | 4,4 | 0,5 | 0,261 | 4,0 | 0,7 | 0,783 | 4,1 | 0,6 | 0,798 |
| Masculino | 10 (8,7) | 4,2 | 0,3 | | 4,0 | 1,1 | | 4,1 | 0,5 | |
| Área | | | | | | | | | | |
| Assistência | 111 (98,2) | 4,4 | 0,5 | 0,916 | 4,0 | 0,7 | 0,700 | 4,1 | 0,6 | 0,262 |
| Assistência e gestão | 2 (1,8) | 4,3 | 1,0 | | 4,1 | 0,4 | | 3,7 | 1,0 | |
| Profissão | | | | | | | | | | |
| Auxiliar ou técnico de enfermagem | 84 (72,4) | 4,4 | 0,5 | | 3,8 | 0,7 | | 4,2 | 0,6 | 0,088 |
| Enfermeiro ou Enf. Obstetra | 32 (27,6) | 4,1 | 0,6 | | 4,2 | 0,6 | | 4,0 | 0,6 | |
| Turno de trabalho | | | | | | | | | | |
| Diurno | 58 (61,0) | 4,5 | 0,5 | | 4,0 | 0,7 | | 4,2 | 0,6 | 0,157 |
| Noturno | 37 (39,0) | 4,3 | 0,5 | 0,102 | 3,6 | 0,7 | 0,008 | 4,0 | 0,6 | |
| Pós-graduação Lato Sensu em obstetrícia | | | | | | | | | | |
| Sim | 18 (56,3) | 4,0 | 0,5 | | 4,4 | 0,3 | | 4,0 | 0,5 | 0,011 |
| Não | 14 (43,7) | 4,5 | 0,5 | 0,000 | 4,0 | 0,7 | 0,000 | 4,2 | 0,6 | |
| Curso de atualização em assistência de enfermagem obstétrica | | | | | | | | | | |
| Sim | 32 (28,3) | 4,3 | 0,5 | | 4,2 | 0,6 | | 4,2 | 0,5 | 0,854 |
| Não | 81 (71,7) | 4,4 | 0,5 | 0,611 | 4,0 | 0,7 | 0,017 | 4,1 | 0,6 | |

| Curso sobre segurança do paciente | | | | | | | | | |
|--|--------------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-------|
| Sim | 79 (68,7) | 4,5 | 0,5 | | 4,0 | 0,7 | | 4,1 | 0,6 |
| | | | | 0,013 | | | 0,705 | | 0,542 |
| Curso sobre cuidados seguros em obstetrícia | | | | | | | | | |
| Sim | 42 (36,8) | 4,4 | 0,5 | | 4,1 | 0,7 | | 4,2 | 0,6 |
| | | | | 0,606 | | | 0,006 | | 0,435 |
| Não | 72 (63,2) | 4,3 | 0,5 | | 4,0 | 0,7 | | 4,1 | 0,6 |

Tabela 3 - Variáveis categóricas do perfil profissional associado às dimensões A, B e C do instrumento: Escala de Autoavaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos. Brasília, 2021.

Na tabela 4 são apresentadas as variáveis contínuas do perfil profissiográfico associado aos domínios A, B e C.

| Variáveis | Domínio A | | Domínio B | | Domínio C | |
|--|---------------------|-------|--------------------|-------|---------------------|-------|
| | r | p | r | p | r | p |
| Idade | 0,192* | 0,039 | -0,151* | 0,105 | 0,129* | 0,167 |
| Tempo de atuação, em anos, no hospital | 0,022* | 0,819 | -0,209* | 0,025 | 0,026* | 0,783 |
| Tempo de experiência profissional em serviços obstétricos, em anos | 0,080* | 0,404 | -0,101* | 0,287 | 0,093* | 0,331 |
| Vínculos de trabalho | -0,164* | 0,078 | 0,009* | 0,924 | -0,070* | 0,454 |
| Carga horária semanal total de trabalho, considerando todos os vínculos | -0,124* | 0,188 | 0,096* | 0,309 | -0,009* | 0,923 |
| Titulação mais elevada | -0,195 [†] | 0,036 | 0,116 [†] | 0,215 | -0,193 [†] | 0,038 |

*Correlação de Pearson

[†] Correlação de Spearman

Tabela 4 – Variáveis contínuas associadas aos cuidados mínimos a serem realizados na assistência obstétrica, conforme as dimensões A, B e C, do instrumento: Escala de Autoavaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos. Brasília (DF), 2021.

DISCUSSÃO

A relação do perfil profissional com o desempenho no trabalho é importante para avaliar a qualidade do cuidado e pode ser medido para identificar o perfil ocupacional (SOARES *et al.*, 2019). Uma instituição hospitalar é classificada como capacitada quando possui um bom desempenho profissional instituído. Os profissionais da organização comprometidos com o trabalho desenvolvem tomadas de decisões mais assertivas (SOARES *et al.*, 2019).

Sobre a autoavaliação da assistência é importante destacar a existência de profissionais que nunca ou raramente realizam alguns cuidados considerados básicos,

esses cuidados são preconizados no cuidado integral e de qualidade à mulher e ao recém-nascido, essenciais para implantação de um bom modelo de atenção obstétrica e que, ainda, não são realizados por todos os profissionais. As omissões de cuidados, consideradas quando há ausência dos cuidados demandados aos pacientes, podem levar a eventos adversos graves na assistência obstétrica como infecções, hemorragias pós-parto e erros de medicação (NEIVA *et al.*, 2019).

Dentre as variáveis do perfil profissiográfico associadas aos domínios da escala destaca-se a associação significativa entre o cargo do profissional na instituição e o domínio A (Comunicação apoio/ suporte à mulher) e B (Comunicação com a equipe multiprofissional). No domínio A, a média de auxiliares e técnicos de enfermagem que realizam a comunicação com a mulher é maior (4,4) que a média entre enfermeiros e enfermeiros obstetras (4,1). Em contrapartida, no domínio B, a média dos profissionais, dentre enfermeiros e enfermeiros obstetras, que realizam a comunicação profissional é maior (4,2) que os auxiliares e técnicos de enfermagem (3,8).

O estudo ainda apontou que, quanto maior a titulação, menor a comunicação com a mulher e menor a assistência de enfermagem em serviços obstétricos. Embora os profissionais com titulações mais elevadas tenham tendência a permanecer nos cargos de gestão das instituições, o estudo apontou que a maioria e quase totalidade dos profissionais com titulação mais elevada ($n=113$) trabalhava somente na assistência.

Em um estudo quantitativo, realizado com 475 prontuários de gestantes de risco habitual, 94 deles atendidos pela enfermagem, mostrou que as boas práticas na assistência estavam presentes nos partos assistidos pela enfermagem obstétrica, demonstrando redução de ações intervencionistas não indicadas. Neste estudo foram elencadas ações como os métodos não farmacológicos para alívio da dor, o uso do partograma, a presença do acompanhante, o clampeamento adequado do cordão umbilical, a amamentação logo após o nascimento e a não realização da episiotomia (ALVES *et al.*, 2019). Essas e outras ações foram potencializadas com a presença da enfermagem obstétrica no momento do trabalho de parto, parto e puerpério.

O não envolvimento da enfermagem nos serviços assistenciais leva à redução da qualidade do serviço, visto que o perfil profissional influencia diretamente no avanço do cuidado em saúde, na segurança do paciente, na comunicação adequada e nas boas práticas da assistência (BESERRA *et al.*, 2020).

O presente estudo evidenciou também a associação significativa dos cursos sobre segurança do paciente e o domínio A (Comunicação apoio/ suporte à mulher), onde boa parte dos profissionais (68,7%), referiu ter feito o curso para aprimorar os conhecimentos sobre segurança do paciente e fortalecer a cultura de segurança. Esse resultado aponta para a importância da qualificação dos profissionais de saúde quanto à segurança do paciente, exercendo influência no processo de comunicação entre profissionais e pacientes.

A avaliação da cultura de segurança permite identificar a existência de setores com

necessidade de melhoria. Dentre os eventos sentinelas de morte perinatal e acidentes durante o parto analisados pela *Joint Commission*, 72% estavam relacionados à comunicação, 55% à cultura organizacional e 47% à competência da equipe de enfermagem (CARMO et al., 2020). Entende-se, portanto, que a cultura de segurança nos serviços obstétricos é primordial para obter melhores resultados, com a mudança dos processos assistenciais engessados e a participação ativa dos profissionais nos cursos de segurança do paciente.

Sobre o turno de trabalho, houve associação com o domínio B, comunicação com a equipe multiprofissional, sendo sua média maior no período diurno (4,0), que no noturno (3,6). Pesquisas apontam sobre o dano das atividades noturnas, ainda mais quando seguidas ou em intervalos curtos entre uma e outra. Dentre os danos pode-se citar baixa capacidade cognitiva, fadiga, risco de acidentes e prejuízos nas relações sociais (SOUZA et al., 2018). Todos esses fatores somados podem levar o profissional às falhas no processo de trabalho, como a falha na comunicação com outros profissionais.

O curso de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem obstétrica obteve associação significativa com todos os domínios, A, B e C. Em um estudo qualitativo com enfermeiros que trabalhavam na assistência hospitalar, os profissionais relataram as dificuldades para a realização da prática adequada às parturientes e, dentre elas, destacou-se a falta de estrutura física e de insumos e a inexistência de especialização em obstetrícia (SILVA et al., 2020).

O desempenho da enfermagem obstétrica é primordial para garantir a qualidade do cuidado à mulher, principalmente por ser caracterizada pelo uso das tecnologias de cuidado baseadas em evidências, fortalecendo o exercício da enfermagem obstétrica ao instituir boas práticas no serviço (RAMOS et al., 2018).

Quanto aos cursos de atualização e de cuidados seguros em obstetrícia, ambos tiveram associação com o domínio B (Comunicação com a equipe multiprofissional) e grande parte dos profissionais referiram não ter realizado os cursos. Um estudo realizado em duas maternidades públicas de Goiânia evidenciou a importância da educação permanente para os enfermeiros, influenciando diretamente na melhora da autonomia, na mudança de comportamento e aceitação entre profissionais, no relacionamento interpessoal satisfatório e na humanização do cuidado à mulher (MATTOS et al., 2018).

Sabe-se que o modelo atual de atenção à mulher inclui a figura da enfermagem e que, muito foi preciso para alcançar esse espaço. A Rede Cegonha, surgiu em 2011 para mudar o modelo obstétrico e neonatal institucionalizado, além de implementar uma atenção humanizada durante toda a gravidez, preenchendo as lacunas do padrão hospitalocêntrico e medicocentrado, evidenciado pelas práticas invasivas e pouco humanizadas, além de elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal (FILHO; SOUZA, 2021).

Na estratégia oferecida pela Rede Cegonha são garantidos, minimamente, à mulher e à criança, a inclusão da enfermagem obstétrica na atenção ao parto de baixo risco e a realização das boas práticas baseadas em evidências (FILHO; SOUZA, 2021).

Por essa razão, é de considerável relevância que os profissionais procurem aprofundar os conhecimentos relativos ao assunto e realizar os cursos de atualização e de cuidados seguros em obstetrícia, tanto os cursos oferecidos pela instituição, quanto os cursos feitos por conta própria, permitindo as boas práticas no cuidado à saúde da gestante e do recém-nascido, autonomia na assistência à mulher, segurança no parto e nascimento humanizado.

Sobre a variável idade constatou-se que, quanto maior a idade, maior também é a comunicação apoio/ suporte à mulher, correspondente ao domínio A. Profissionais com experiência e tempo de atuação maiores possuem mais facilidade, entendimento e segurança ao executar ações no serviço (SOUZA *et al.*, 2018). Um estudo realizado com enfermeiras obstetras mostrou que a experiência profissional possibilita melhora da prática obstétrica, e quanto mais os profissionais estão inseridos na assistência, mais são valorizados o acolhimento, o cuidado humanizado e a escuta qualificada às demandas da mulher (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Em relação ao tempo de atuação, o estudo apontou como resultados que, quanto menor o tempo no serviço, maior é a comunicação com a equipe multiprofissional (domínio B). Uma pesquisa realizada no Irã com 34 participantes dentre parteiras, residentes e obstetras, onde a maioria possuía entre 5 e 30 anos de profissão, demonstrou que as barreiras encontradas para implementar a prática baseada em evidência foram: a falta de conhecimento, de competência, de motivação para mudança de comportamento, falta de comunicação com a equipe e de autonomia ao tomar decisões (IRAVANI *et al.*, 2016).

Um outro estudo de revisão integrativa mostrou que os profissionais com menos tempo de experiência profissional precisam de mais orientações por parte do líder da equipe, e consequentemente, a comunicação se torna maior. O estudo também aponta que o vínculo com a equipe e a confiança estão presentes nos profissionais com maior tempo de atuação no serviço (MIORIN *et al.*, 2020) sendo a amostra composta por 22 pesquisas. Resultados: A síntese dos artigos primários, originou duas categorias: a. Vale ressaltar, no entanto, que a confiança e o vínculo com a equipe profissional não excluem a necessidade de comunicação entre profissionais no cuidado.

Como contribuição para a ciência, os resultados dessa pesquisa demonstram a importância do perfil profissional associados à boa comunicação com a equipe multiprofissional e com a mulher e a assistência de qualidade baseada em evidências científicas para a qualidade do cuidado nos serviços de saúde.

Como limitações do estudo destaca-se a avaliação autorreferida, onde os profissionais podem ter supervalorizado ou mascarado práticas realizadas na assistência. Além disso, o estudo foi realizado somente com uma categoria profissional, a equipe de enfermagem e em hospitais da rede pública, podendo ser feito análise em hospitais da rede privada, ampliando a capacidade de avaliação diagnóstica da assistência prestada em serviços obstétricos.

CONCLUSÃO

O estudo apontou fatores relacionados ao perfil profissional, principalmente, ao processo de formação, que influencia a qualidade da assistência de enfermagem no contexto de assistência obstétrica.

A análise dos fatores associados entre perfil profissional e de formação, e a avaliação dos cuidados de enfermagem apontou que o cargo/função do profissional, a realização de pós-graduação *lato sensu* em obstetrícia e a realização de curso de atualização em segurança do paciente obtiveram associação significativa com o domínio A (Comunicação e apoio/suporte à mulher); o cargo, o turno de trabalho, a realização de pós-graduação *lato sensu* em obstetrícia, a realização de curso de atualização em obstetrícia e em assistência obstétrica segura possuíram associação com o domínio B (Comunicação com a equipe multiprofissional); a realização de pós-graduação *lato sensu* em obstetrícia, obteve associação significativa com o domínio C (Assistência de enfermagem em serviços obstétricos).

Os resultados do estudo evidenciam a importância da captação e retenção de profissionais com qualificação coerente às especificidades do contexto de atuação, visando melhor desempenho profissional e, consequentemente, melhores resultados assistenciais.

REFERÊNCIAS

ALVES, Taynara Cassimito de Moura et al. Contribuições Da Enfermagem Obstétrica Para As Boas Práticas No. *Enferm. Foco*, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 54–60, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210>

ANVISA, Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde - Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, junho de 2021 a maio de 2022.** [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/securancadopaciente/index.php/publicacoes/item/brasil>.

AZEVEDO, Sâmia Jamylle Santos de et al. Percepções de gestores de um hospital universitário sobre a qualidade em saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [s. l.], v. 11, p. e95, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769243697>

BESERRA, Gilmara de Lucena et al. Verbal communication of the parturient nurse's dyad in the active phase of labor. *Revista brasileira de enfermagem*, [s. l.], v. 73, n. 5, p. e20190266, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>

BIONDI, Heitor Silva et al. Cargas de trabalho psíquicas no processo de trabalho de enfermeiros de maternidades e centros obstétricos. *Revista gaucha de enfermagem*, [s. l.], v. 39, p. e64573, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.64573>

CARMO, Juliana Maria Almeida do et al. Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. *Revista brasileira de enfermagem*, [s. l.], v. 73, n. 5, p. e20190576, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>

FILHO, Serafim Barbosa Dos Santos; SOUZA, Kleyde Ventura. Rede cegonha network and the methodological challenges of implementing networks in the sus. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. I.], v. 26, n. 3, p. 775–780, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>

IRAVANI, Mina et al. Barriers to implementing evidence-based intrapartum care: A descriptive exploratory qualitative study. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, [s. I.], v. 18, n. 2, p. 1–7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5812/ircmj.21471>

MATTOS, Diego Vieira de et al. Educação permanente em saúde como fortalecimento da enfermagem obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [s. I.], v. 12, n. 2, p. 391, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23550p391-397-2018>

MIORIN, Jeanini Dalcol et al. Colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. I.], v. 9, n. 2, p. e78922074, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2074>

NEIVA, Lia Esther Corrêa de Paula et al. Incidentes notificados no cuidado obstétrico de um hospital público e fatores associados. **Vigilância Sanitária em Debate**, [s. I.], v. 7, n. 4, p. 54, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01324>

OLIVEIRA, Thalita Rocha et al. Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, [s. I.], v. 29, p. 1–14, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072020000100381&script=sci_arttext&tlang=pt

PAULINO, Renata Gonçalves. **Validação de intrumento para avaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos**. 1–150 f. 2019. [s. I.], 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37898?locale=es>

PEDRONI, Vitoria Sandri et al. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. **Revista gaucha de enfermagem**, [s. I.], v. 41, n. spe, p. e20190171, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>

PINHATTI, Evelin Daiane Gabriel et al. Psychosocial aspects of work and minor psychic disorders in nursing: Use of combined models. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. I.], v. 26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2769.3068>

RAMOS, Wania Maria Antunes et al. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance / Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s. I.], v. 10, n. 1, p. 173–179, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179>

RASHKOVITS, Sarit. The importance of the nurse leader's proactivity and intellectual stimulation in the nursing team workload-learning relationship: A cross-sectional study. **Journal of Advanced Nursing**, [s. I.], v. 75, n. 11, p. 2647–2658, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.14047>

SILVA, Angelina Carmo et al. Birth and childbirth on the French-Brazilian border: Nurses' perceptions. **Cogitare Enfermagem**, [s. I.], v. 25, p. 1–11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.67820>

SOARES, Mirelle Inácio et al. Competence-based performance evaluation in hospital nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. I.], v. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3173.3184>

SOUZA, Kayo Henrique Jardel Feitosa *et al.* Factors Associated With the Profile of the Nursing Team of a Psychiatric Hospital and Its Implications for Occupational Health. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 22, p. 1–8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180032>

CAPÍTULO 5

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA ASSISTÊNCIA DE RISCOS

Data de submissão: 12/05/2023

Data de aceite: 03/07/2023

Érika Conceição Gomes

UNIFIP – Centro Universitário de Patos
Recife – Pernambuco
<https://lattes.cnpq.br/4916282801431935>

Mariana Angélica Silva de Lima

UNIFIP – Centro Universitário de Patos
Recife – Pernambuco
<https://lattes.cnpq.br/4795328662684659>

Suellen Rodrigues Gomes de Sousa

UNIFIP – Centro Universitário de Patos
Recife – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/6768807101498717>

Geyslane Pereira Melo de Albuquerque

UNIFIP – Centro Universitário de Patos
Recife – Pernambuco
<https://orcid.org/0000-0001-7246-8831>

RESUMO: **Introdução:** A segurança do paciente é um tema que leva toda equipe de enfermagem a refletir sobre o cuidado adequado, garantindo ao paciente uma diminuição para níveis mínimos ou toleráveis das eventualidades de riscos, danos ou eventos adversos. Esta, por sua vez, é compreendida como um conjunto de ações cuja finalidade é restringir, prevenir e minimizar os desfechos indesejáveis a partir

da assistência em saúde. O enfermeiro, enquanto profissional responsável pelo planejamento, organização, monitoramento e execução das ações de enfermagem, garante a segurança do paciente ao livrar impedimentos, danos, falhas e eventos adversos e/ou minimizar tais ocorrências durante os cuidados. **Objetivo:** Avaliar o papel do enfermeiro na segurança do paciente em uma assistência de risco.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, por meio do cruzamento dos descritores utilizando operador booleano AND na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e a ferramenta *google acadêmico*, no processo de busca os artigos escolhidos abordam principalmente as temáticas: eventos adversos, ambiente de trabalho, materiais e/ou mobiliário adequados totalizando em 27 artigos que correspondem ao período de 2018 a 2023, na língua portuguesa.

Resultados: Foram encontrados ações e/ou intervenções predominantes para a promoção da segurança do paciente, tais quais os protocolos de: identificação segura utilizando no mínimo 02 indicadores, segurança na prescrição e administração de medicamentos, prevenção de quedas, entre outros, estes corriqueiramente são cometidos pela equipe, portanto faz-se

necessário intensificar a educação continuada para um cuidado seguro, o treinamento da enfermagem mostra-se um grande aliado quanto a consciência da importância da segurança do paciente no ambiente hospitalar e extra hospitalar, garantindo um cuidado direcionado, eficaz e consequentemente, uma recuperação de qualidade. Através deste estudo fez-se evidente a necessidade da pesquisa científica para implementação de protocolos de saúde, corroborando para educação permanente no âmbito da equipe de enfermagem, norteando através dos protocolos supracitados a elaboração de núcleos de segurança do paciente nas instituições/organizações de saúde, com ações de atuação do enfermeiro e intervenções para garantir a segurança do cliente. **Conclusão:** Vale ressaltar a importância do envolvimento do usuário do serviço de saúde e seus acompanhantes no processo de educação contínua a fim de otimizar a prática do cuidado eficaz e garantir a assistência segura.

PALAVRAS-CHAVE: educação continuada, enfermagem, segurança do paciente

EL PAPEL DE LAS ENFERMERAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ASISTENCIA AL RIESGO

RESUMEN: **Introducción:** La seguridad del paciente es un tema que lleva a todo equipo de enfermería a reflexionar sobre el cuidado adecuado, asegurando al paciente una disminución a niveles mínimos o tolerables de eventuales riesgos, daños o eventos adversos. Esto, a su vez, se entiende como un conjunto de acciones cuyo propósito es restringir, prevenir y minimizar los resultados indeseables de la atención sanitaria. La enfermera, como profesional responsable por la planificación, organización, monitoreo y ejecución de las acciones de enfermería, garantiza la seguridad del paciente previniendo impedimentos, daños, fallas y eventos adversos y/o minimizando tales ocurrencias durante el cuidado.

Objetivo: Avaliar o papel do enfermeiro na segurança do paciente em uma assistência de risco. **Método:** Revisión bibliográfica integradora, mediante el cruce de los descriptores utilizando el operador booleano AND en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y la herramienta google academic, en el proceso de búsqueda los artículos elegidos abordan principalmente los temas: eventos adversos, ambiente de trabajo, materiales y/o mobiliario adecuado totalizando en 27 artículos que corresponden al período 2018 a 2023, en lengua portuguesa.

Resultados: Se encontraron acciones y/o intervenciones predominantes para la promoción de la seguridad del paciente, tales como los protocolos de: identificación segura utilizando al menos 02 indicadores, seguridad en la prescripción y administración de medicamentos, prevención de caídas, entre otros, estos son comúnmente cometidos por el equipo, por lo que es necesario intensificar la educación continua para una atención segura, la formación de enfermería muestra un gran aliado en cuanto a la conciencia de la importancia de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y extrahospitalario, garantizando una atención dirigida, eficaz y en consecuencia, una recuperación de calidad. A través de este estudio se evidenció la necesidad de investigación científica para la implementación de protocolos de salud, corroborando para la educación permanente en el ámbito del equipo de enfermería, orientando a través de los protocolos mencionados la elaboración de núcleos de seguridad del paciente en las instituciones/organizaciones de salud, con acciones de actuación de enfermería e intervenciones para garantizar la seguridad del cliente. **Conclusión:** Vale la pena destacar la importancia de involucrar al usuario de los servicios de salud y a sus acompañantes en el proceso de educación continuada para optimizar la práctica de cuidados

eficaces y garantizar la seguridad de la atención.

PALABRAS CLAVE: formación continuada, enfermería, seguridad del paciente

CAPÍTULO 6

OS DESAFIOS DOS ENFERMEIROS EMPREENDEDORES ATUANTES NO ESTADO DO ESPIRITO SANTO

Data de aceite: 03/07/2023

Letícia Rosa Ferro

Graduando em enfermagem

Rayssa Carolina Rosa De Almeida

Graduando em enfermagem

Thalita Ribeiro Neves

Graduando em enfermagem

Lorena Silveira Cardoso

Prof^a. Dr da Faculdades Integradas São Pedro

Rodrigo Leite Locatelli

Docente de enfermagem - FAESA

Georgia Favoretti Galimberti

Docente de enfermagem - FAESA

CINDY MEDICI TOSCANO ROZETTI

Docente de enfermagem - FAESA

RESUMO: O empreendedorismo contribuiu para ampliação da visibilidade, inovação e consolidação da profissão do enfermeiro em diversos cenários, se tornando um setor cada vez mais propício para empreender e ir além dos muros do ambiente hospitalar. Este estudo tem como objetivo analisar os desafios dos enfermeiros empreendedores em posição de liderança estratégica

atuantes no estado do Espírito Santo. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa e delineamento sequencial explanatório em que nessa pesquisa os sujeitos serão definidos através de amostragem não probabilística, e intencional de acordo com as características predefinidas. O resultado do trabalho verificou que a maioria dos enfermeiros empreendedores são mulheres casadas e com filhos que buscam a valorização profissional e autonomia. De acordo com os participantes da pesquisa os desafios se iniciam já na graduação por falta de estímulo e conhecimento necessário.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Empreendedorismo e Inovação.

THE CHALLENGES OF ENTREPRENEURIAL NURSES WORKING IN THE STATE OF ESPIRITO SANTO

ABSTRACT: Entrepreneurship contributes to expanding the visibility, innovation and consolidation of the nursing profession in different scenarios, becoming an increasingly favorable sector to undertake and go beyond the walls of the hospital environment. This study aims to analyze

the challenges of enterprising nurses in strategic leadership positions working in the state of Espírito Santo. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach and explanatory sequential design in which the subjects will be defined through non-probabilistic sampling, and intentional according to the predefined characteristics. The result of the work found that most entrepreneurial nurses are married women with children who seek professional development and autonomy. According to the participants of research the challenges begins at graduation due to lack of stimulation and necessary knowledge.

KEYWORDS: Nursing, Entrepreneurship and Innovation.

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa contribuiu para ampliação do conhecimento que envolve o profissional acerca da aplicabilidade do empreendedorismo na enfermagem pontuando as necessidades específicas do mercado e enfatizando a real dificuldade do enfermeiro de criar, inovar, liderar e promover ações.

O empreendedorismo baseia-se em realizar e executar projetos novos, identificar e aproveitar oportunidades, buscando recursos que vão levar a um resultado de exatidão.

Nos últimos anos o termo empreendedorismo está sendo muito discutido no Brasil, cada vez mais profissionais abrem o seu próprio negócio. Um dos motivos para o aumento dessa atividade decorre pelo alto índice de desempregos e pela busca de valorização profissional. Desta forma, o empreendedorismo tem assumido um papel importante, identificando oportunidades e agregando valor para o profissional.

Na enfermagem o conceito de empreendedorismo contribuiu para ampliação da visibilidade, inovação e consolidação da profissão em diversos cenários. O interesse pelo estudo surgiu, pois, a enfermagem é uma profissão que está evoluindo no mercado de trabalho com as tecnologias e conhecimentos científicos capazes de inovar, pois é preciso manter-se atualizado para suprir as exigências de um mercado globalizado.

Embora o empreendedorismo tenha sido relevante principalmente no Brasil, na enfermagem ainda não é uma prática comum e isso está associado a diversos fatores que dificultam a acessibilidade e execução do profissional enfermeiro nesse ramo. Contudo, a enfermagem tem se posicionado e mostrado sua força e capacidade de empreender com o objetivo de buscar autonomia, reconhecimento, flexibilidade e qualidade nos serviços prestados.

A realização dessa pesquisa atribuiu aprendizado sobre os desafios de empreender na enfermagem, ampliando o conhecimento dos profissionais de como saber lidar com os desafios, tendo autonomia e objetivo sobre gestão.

REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Copelli, Erdmann e Santos (2019, p.302), “O termo ‘empreendedorismo’ surgiu por volta do século XV através das palavras francesas entrepreneur (empreendedor)

ou entreprende (empreender)". Empreender consiste em organizar, administrar e assumir riscos em um empreendimento, podendo também ser uma ação para obtenção de sucesso.

De acordo com Colichi *et al.* (2019, p.336), o empreendedorismo fortaleceu a partir da década de 1970 e vem desenvolvendo ao longo dos anos, e ainda não tem um conceito propriamente dito. Porém, para alguns autores, empreender representa um conjunto de práticas que tem a finalidade de garantir a geração de riqueza e o melhor desempenho da sociedade. O conceito de empreendedorismo está relacionado "a habilidade que um empreendedor tem para solucionar problemas, gerar oportunidades, criar soluções e investir na criação de ideias relevantes para seu público e sociedade" (SEBRAE, 2021).

No entanto, o SEBRAE (2021) afirma que a propensão de inovar requer o aproveitamento das necessidades de seu público, inovando tendências e soluções realizando uma mudança na vida dos consumidores. Tendo a importância de reconhecer as oportunidades concebidas através do aperfeiçoamento, do alcance de novos mercados, parcerias realizadas e aumento do valor da marca.

Fonseca, Araujo e Olivindo (2020, p.4) evidenciam que a essência de empreender pode estar presente em todas as pessoas, inclusive nos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros encontram dificuldades referentes à própria profissão, como a sobrecarga de trabalho e a desvalorização profissional, muitos destes profissionais vem expressando o desejo de buscar algo novo. Por este motivo, o enfermeiro tem como alternativa empreender de forma inovadora para atuar de maneira autônoma e independente.

Patriota, Santos e Rosa (2018) refere que atualmente o mercado de trabalho e a economia mantêm-se inovando em consequência da cultura global instaurada, e pela geração empreendedora surge à necessidade de atender esta fase, caracterizando a capacidade de repensar práticas tradicionais a fim de torná-las inovadoras e eficazes.

De acordo com os autores supracitados, o empreendedorismo na enfermagem representa a saída do profissional do meio hospitalar sistematizado para a contribuição de um cuidado em uma assistência diversificada, como as clínicas, consultoria e home care, ampliando a forma de trabalhar desse profissional, possibilitando criar e desenvolver novas ideias, técnicas, métodos com base nas necessidades individuais e melhorando a relação com o paciente (PATRIOTA; SANTOS; ROSA, 2018).

Ainda de acordo com Patriota, Santos e Rosa (2018), o enfermeiro precisa de um conhecimento além do saber teórico, pois é necessário conhecer as demandas específicas do mercado levando em consideração a dificuldade de encontrar profissionais empreendedores com conhecimento científico capazes de inovar. Sendo assim, o empreendedorismo e a enfermagem possuem uma ligação pelo profissional estar sempre disposto a prestar uma assistência de qualidade, ausculta qualificada, tomada de decisões, determinação e capacidade para liderança e gerenciamento. Por este motivo, o enfermeiro deve agir sem medo de criar e inovar, prestando assistência adequada e cuidando do ser humano de modo holístico. De acordo com Tossin, *et al.* (2017), no âmbito do empreendedorismo,

a autonomia está correlacionada ao perfil de liderança pois ela tem a capacidade de autogoverno. De tal forma, Colichi *et al.* (2019, p.339) descreve que o empreendedorismo oferece aos profissionais de enfermagem a autonomia de ser proprietário de uma empresa que oferta serviços de enfermagem na prática clínica, de educação, pesquisa, de serviços administrativos e consultoria. Além disso, o profissional de enfermagem precisa ser criativo, persistente, inovador, confiante, otimista, motivado, realista e ter boa comunicação.

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 0568/2018, que regulamenta o funcionamento dos consultórios e clínicas de enfermagem, que oferecem serviços e/ou consultas de enfermagem, devendo estar adequadamente registrada como empresa nos Conselhos Regionais de Enfermagem, sendo isenta de pagamento de anuidades. Porém, obriga o profissional a estar de acordo com sua situação financeira e cadastral, evidenciando assim, uma nova possibilidade de atuação do enfermeiro no mercado de trabalho (COFEN, 2018).

A autonomia para o enfermeiro empreendedor tem sua importância, pois ela garante oportunidades e possibilidades de trabalhos fora do campo hospitalar, onde o enfermeiro pode inovar quanto aos cuidados com seus pacientes e assim agregar valor profissional perante a sociedade (MORAIS, *et al.*, 2013).

Colichi, *et al.* (2019) retratam que o ambiente estressor, a desvalorização financeira e o modelo médico-centrado são exemplares de empregos tradicionais que a enfermagem vem desconsiderando e tentam se aproximar do empreendedorismo em busca de autonomia e ser um profissional diferenciado no mercado, empenhando-se a uma assistência de qualidade, que é ir “além de medicações e procedimentos e colocar em prática seus conhecimentos e capacidades”. Nota-se também que de acordo Lessman *et al.* (2012) que a enfermagem exerce grande parte das ações de saúde devido a demanda numerosa de pessoas que se formam nessa área e afirmam que tanto a educação quanto a enfermagem possuem uma carência significativa para esse tema, ou seja, mesmo com tantos profissionais disponíveis há uma falta de profissionais qualificados.

Colichi *et al.* (2019), afirmam que existem dificuldades que a enfermagem encontra na prática empreendedora. A falta de suporte técnica, modelo médico centrado, falta de políticas públicas, regulamentação da profissão, questões legais, regulatórias e cultura de carreira de emprego são exemplos de barreiras que dificultam a acessibilidade e atuação da enfermagem no empreendedorismo empresarial.

“Liderança: É a habilidade de influenciar pessoas para trabalharem entusiasticamente visando atingir os objetivos identificados como sendo para o bem comum.” (HUNTER, 1998 p.15).

De acordo com Richter *et al.* (2019, p.47) o mercado de trabalho tem sido cada vez mais dinâmico e competitivo e consequentemente há uma exigência por profissionais qualificados com características que possibilitam o planejamento de ações inovadoras e é fundamental que o profissional enfermeiro empreendedor, tenha qualidades que apontam

para o empreendedorismo sendo elas, inovação, confiança, motivação, boa comunicação, empatia, proatividade e dedicação.

Ainda se tratando de posição de liderança, o enfermeiro empreendedor se evidencia por seu comportamento diferenciado e percepção para criação de oportunidades. (SILVA, XAVIER e ALMEIDA 2019 p.06). De acordo com Silva, Xavier e Almeida (2019, p. 06), o enfermeiro empreendedor deve ter conhecimento sob a área digital para desenvolver estratégias de marketing e estabelecer uma comunicação de forma ampla, alcançando o reconhecimento, resultando na melhoria profissional e estabelecendo um negócio sólido e lucrativo. Concluíram que, as burocracias, a falta de recursos, o preconceito social que correlaciona a figura do enfermeiro somente na prática da assistência hospitalar dificulta a inserção desses profissionais no empreendedorismo. Sendo assim, Santos (2021, p. 25), afirma que em relação à formação acadêmica desses profissionais, faltam estímulos para promover o empreendedorismo na enfermagem durante o curso de graduação, pois não há preparo para criação de habilidades empreendedoras.

A importância de exercer a liderança na enfermagem é incentivar pessoas, saber propor ideias inovadoras na equipe visando à qualidade na assistência reduzindo os prejuízos causados pelo excesso de trabalho. Sendo assim, a educação continuada contribui para promoção de mudanças no atendimento e no bem estar de seus pacientes e de sua equipe. Para ser líder, necessita manter uma boa relação com a equipe, conquistando assim, uma resposta produtiva gerando conformidade e satisfação no ambiente de trabalho. (KOERICHA et al., 2019 apud NUNES, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa e delineamento sequencial explanatório, cuja investigação foi fundamentada na identificação dos desafios dos enfermeiros empreendedores no estado do Espírito Santo, bem como, no detalhamento de suas percepções e vivências. O estudo obedeceu às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas São Pedro – FAESA.

Nessa pesquisa, os sujeitos foram definidos através de amostragem não probabilística, intencional de acordo com as características predefinidas, o aceite na participação e disponibilidade conforme calendário de coleta de dados. Foram identificados enfermeiros competentes com perfil empreendedor nas redes de Instagram e WhatsApp. A coleta se deu do mês de setembro a novembro, quando chegou em sua etapa final, atingido com o total de 21 enfermeiros empreendedores.

Os sujeitos do estudo foram profissionais enfermeiros, com registro profissional no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) ativo no ano de 2022, e que exercem

atividade empreendedora fundamentada no empreendedorismo. Assim como, foram incluídos os profissionais que residem no Espírito Santo e que atuam exclusivamente no Espírito Santo.

O primeiro contato com os sujeitos da pesquisa foi através de endereço eletrônico e ou telefones comerciais e pessoais disponíveis em suas redes de comunicação/social com intuito de enviar uma carta convite para apresentar os objetivos da pesquisa e um formulário, alocado no GoogleForms, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizaram-se questionários estruturados, dividido em dois momentos, como instrumento de identificação do enfermeiro e do seu empreendimento e de mensuração dos seus desafios como empreendedor.

O primeiro questionário é uma caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, contendo quinze questões adaptadas pelos pesquisadores a partir de Morais e outros (2013), com o objetivo de traçar os desafios dos enfermeiros empreendedores e do seu empreendimento.

O segundo questionário foi fundamentado nas características desafiadoras e comportamentais empreendedoras desenvolvidas por David McClelland, através de uma sequência de 25 afirmações de desafios, desenvolvidas a partir dos estudos de McClelland. (MANSFIELD *et al.*, 1987 apud KRÜGER; MINELLO, p. 147, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados em relação ao perfil sociodemográfico dos enfermeiros empreendedores, 20 (95,2%) dos entrevistados eram do sexo feminino, predominando a faixa etária de 30 a 39 anos com 12 (57,1%) do total 7 (33,3%) possuem entre 40 a 49 anos; 2 (9,5%) possuem entre 20 a 29 anos. Em referência ao estado civil, 16 (76,2%) dos participantes são casados, 3 (14,3%) são solteiros, 1 (4,8%) tem união estável e 1 (4,8%) divorciado. No que se refere a filhos, 15 (71,4%) tem filhos e 5 (23,8%) não possuem.

Entre os sujeitos do estudo, 15 (71,4%) realizaram a graduação em instituição privada e 6 (28,6%) em instituições públicas. Notou-se que 14 (66,7%) dos entrevistados possuem especialização/MBA, 7 (33,3%) possuem graduação, 2 (9,5%) mestrado e 1 (4,8%) é técnica de enfermagem. Além disso, todos possuem experiência profissional anterior, sendo que, 6 (28,6%) deles possuem experiência de 06 a 10 anos; 4 (19, %) entre 03 a 05 anos; 4 (19%) entre 11 e 15 anos; 4 (19%) maior que 16 anos; 2 (9,5%) menos que um ano e 1 (4,8%) entre 01 e 02 anos.. Entende-se com isso que a maior parte dos enfermeiros que participaram da pesquisa tem seu empreendimento entre 06 a 10 anos.

Quando perguntado sobre o tempo de atuação do empreendimento evidenciado no gráfico 1, 9 (42,9%) dos participantes responderam que tem 01 ano de atuação no mercado. 5 (23,8%) dos entrevistados responderam que possuem de 01 a 02 anos de

atuação do empreendimento e 6 (28,6%) possuem de 03 a 05 anos ativos de atuação do empreendimento no mercado.

De acordo com Andrade e Schake (2011), 35% das empresas novas fracassam em seu primeiro ano e 71% não chegam há cinco anos. Mas para evitar que essa situação ocorra é necessário desenvolvimento maior sobre empreendedorismo durante a formação acadêmica.

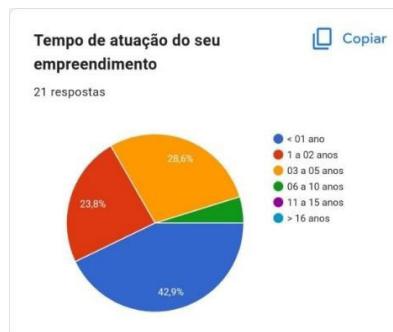


Gráfico 1: Tempo de atuação do seu empreendimento

FONTE: AUTORIA PRÓPRIA, 2022

No que se refere ao estímulo voltado ao empreendedorismo na formação acadêmica, o gráfico 2 evidenciou que 8 (38,1%) dos entrevistados responderam que nunca receberam estímulos, 5 (23,8%) recebeu raras vezes; 4 (19%) não receberam estímulos; 3 (14,3%) recebeu algumas vezes e 1 (4,8%) respondeu que sim.

Percebe-se que durante a formação acadêmica as instituições não desenvolvem características empreendedoras em seus alunos.

Segundo Andrade e Schake (2021), afirmam que as escolas de enfermagem encontram dificuldades em introduzir e desenvolver um perfil empreendedor nos acadêmicos de enfermagem.

Silva et al. (2022), também destacam que existe uma falha na graduação com relação do empreendedorismo na enfermagem. Isso sucede, pois as faculdades preparam seus alunos somente para assistência. Os autores supracitados afirmam que se as instituições preparassem características empreendedoras em seus alunos isso ampliaria completamente o campo da enfermagem e principalmente propiciaria aos mesmos empoderamento e maior autonomia perante a sociedade.

**Em sua formação acadêmica
recebeu estímulo voltado
ao empreendedorismo na
enfermagem?**

21 respostas

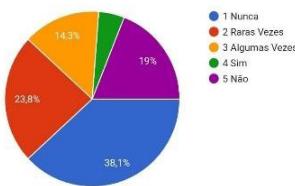


Gráfico 2: em sua formação acadêmica recebeu estímulo voltado ao empreendedorismo na enfermagem.

FONTE: AUTORIA PROPRIA, 2022

No que se refere à dificuldade em empreender por falta de conhecimento do que é empreendedorismo presente no gráfico 3, consta que 9 (42,9%) dos entrevistados responderam que algumas vezes encontraram dificuldades em empreender por falta de conhecimento; 7 (33,3%) responderam que sim; 3 (14,3%) responderam que raras vezes e 2 (9,5%) responderam que não tiveram.

Confirma-se que 9 (42,9%) dos enfermeiros que participaram da pesquisa encontraram dificuldades algumas vezes em empreender por falta de conhecimento do que é empreendedorismo. De acordo com Hisrich e Peter (2004) apud Patriota, Santos e Rosa (2018) refere que o empreendedorismo é definido como criar algo novo, assumindo riscos psíquicos, social e financeiramente. Para Patriota, Santos e Rosa (2018), empreender é identificar oportunidades e dedicar-se para criar negócios lucrativos.

Apesar do empreendedorismo num contexto geral, existir a muito tempo e explorar dos empreendedores características inovadoras, na enfermagem é um assunto recente que carece ainda mais das instituições que formam todos os anos novos enfermeiros, ou seja, Patriota, Santos e Rosa (2018), destacam que as escolas de enfermagem não desenvolvem em seus alunos características empreendedoras, apenas os preparam para o ambiente hospitalar.

A enfermagem tem vários motivos para empreender, pois esse tema não está distante da realidade desses profissionais. O empreendedorismo desenvolve na enfermagem a busca por mudanças positivas tanto para a sociedade, quanto para si, através da proatividade, criatividade, determinação, competências gerenciais e autonomia. As instituições precisam desenvolver habilidades empreendedoras com o intuito de criar em seus alunos características empreendedoras, sendo assim, encerrar a graduação compreendendo melhor o que seria uma prática empreendedora (SEGUNDO et al., 2017).

Teve dificuldade em empreender
por falta de conhecimento do que é
o empreendedorismo?

Copiar

21 respostas

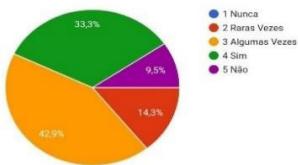


Gráfico 3: teve dificuldade em empreender por falta de conhecimento do que é o empreendedorismo.

FONTE: AUTORIA PROPRIA, 2022

No que se refere se em algum momento da sua vida recebeu orientação do que é educação financeira abordado no gráfico 4, os enfermeiros que participaram da pesquisa, 8 (38,1%) responderam que raras vezes; 5 (23,8%) responderam que nunca; 4 (19%) responderam que algumas vezes; 3 (14,3%) responderam que não receberam orientações do que é educação financeira e 1 (4,8%) respondeu que sim.

Percebe-se com isso que a maioria dos participantes da pesquisa recebeu orientações do que é educação financeira raras vezes.

O conhecimento sobre educação financeira na vida de um empreendedor é de suma importância, pois é através deste que os empreendedores visualizarão suas aplicações e auxílios, trazendo impactos positivos sobre o negócio. Quando não se tem acesso ao que é educação financeira o planejamento financeiro se torna difícil causando instabilidade financeira pessoal e familiar. (SANTOS e MARTINS, 2020).

Em algum momento da sua vida
recebeu orientação do que é
educação financeira?

21 respostas

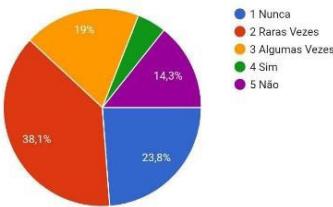


Grafico 4: Em algum momento da sua vida recebeu orientação do que é Educação financeira.

FONTE: AUTORIA PROPRIA, 2022

Quanto à dificuldade com gestão de pessoas representada no gráfico 5, 7 (33,3%) dos que participaram da pesquisa responderam que não tiveram dificuldades; 7 (23,8%)

responderam que raras vezes; 7 (23,8%) responderam algumas vezes; 3 (14,3%) responderam que sim e 1 (4,8%) respondeu que nunca encontrou dificuldades com gestão de pessoas.

Santos, Hayashida e Machado (2011) relatam que o principal motivo de uma instituição apresentar resultados bons ou negativos está relacionado às pessoas que nela trabalham, são elas que trabalham em prol de inovação mantendo as empresas no mercado competitivo. Eles afirmam também que o perfil de um líder inovador, criativo e que propicie um ambiente de trabalho bem proporcionado, influência de forma significativa no desenvolvimento de uma empresa e na gestão de pessoas.

Pessoas são consideradas o maior ativo que uma empresa pode ter, sendo assim, você tem dificuldade com gestão de pessoas?

21 respostas

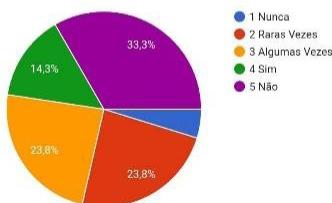


Gráfico 5: pessoas são consideradas o maior ativo que uma empresa pode ter, sendo assim, você tem dificuldade com gestão de pessoas.

FONTE: AUTORIA PRÓPRIA, 2022

No gráfico 6 evidenciou sobre o preconceito pela falta de conhecimento da população sobre a atuação do enfermeiro, dos participantes da pesquisa, 10 (47,6%) responderam que sim; 6 (28,6%) responderam que algumas vezes; 3 (14,3%) responderam que raras vezes; 2 (9,5%) responderam que não sofrem preconceitos pela falta de conhecimento da população sobre a atuação do enfermeiro.

Percebe-se com isso que a maioria dos participantes da pesquisa sofre preconceitos pela falta de conhecimento da população sobre a atuação do enfermeiro.

A Enfermagem não está vinculada apenas aos cuidados com seus pacientes, também é quem gerencia sua equipe e os recursos que vão ser direcionados aos seus pacientes, ou seja, oferecendo uma assistência bem instruída, no entanto, os mesmos só reconhecem os enfermeiros como a profissão que se dedicam apenas aos cuidados com o cliente adoecidos. Os pacientes também generalizam a equipe de enfermagem, ou seja, não sabem diferenciar os enfermeiros dos outros profissionais. Ainda nos dias de hoje é possível presenciar pessoas que dizem que o enfermeiro é o auxiliar do médico e não

alguém que foi capacitado para estar ali com o objetivo e de oferecer uma assistência bem gerenciada (Andrade e Schaker 2021).

Silva et al (2022), afirmam que ainda existe o modelo médico-centrado, e essa situação retira do enfermeiro toda sua autonomia de expor na prática todo seu conhecimento que fora desenvolvido em sua graduação.

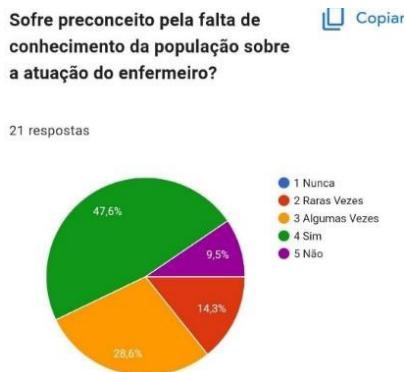


Gráfico 6: Sofre preconceito pela falta de conhecimento da população sobre a atuação do enfermeiro.

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA, 2022

Com o intuito de identificar a opnião dos participantes da pesquisa sobre as dificuldades com as leis tributárias, o acesso aos créditos, estratégia de marketing e lidar com a concorrência com outras empresas do mesmo segmento, o quadro a baixo identifica os resultados que foram gerados durante a pesquisa.

| Questões | Nunca | Raras vezes | Algumas vezes | Sim | Não |
|---|------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Tem dificuldades com as leis tributárias? | 1 pessoa (4,8%) | | 6 pessoas (28,6%) | 8 pessoas (38,1%) | 6 pessoas (28,6%) |
| Tem dificuldades com acesso a crédito junto ás instituições financeiras? | 2 pessoas (9,5%) | 1 pessoa (4,8%) | 4 pessoas (19%) | 5 pessoas (23,8%) | 9 pessoas (42,9%) |
| Tem conhecimento sobre estratégias de marketing? | | 1 pessoa (4,8%) | 8 pessoas (38,1%) | 11 pessoas (52,4%) | 1 pessoa (4,8%) |
| Precificar seus produtos e serviços foi um desafio? | | 1 pessoas (4,8%) | 4 pessoas (19%) | 16 pessoas (76,2%) | |
| Considera um desafio ter que lidar com a competição/concorrência com outras empresas do seu segmento? | | 3 pessoas (14,3%) | 7 pessoas (33,3%) | 8 pessoas (38,1%) | 3 pessoas (14,3%) |

| | | | | | |
|---|------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Sente que sua empresa atende a demanda do mercado? | | | 4 pessoas (19%) | 14 pessoas (66,7%) | 3 pessoas (14,3%) |
| Tem obstáculos com a regularização da documentação do seu empreendimento? | 1 pessoa (4,8%) | 2 pessoas (9,5%) | 5 pessoas (23,8%) | 4 pessoas (19%) | 9 pessoas (42,9%) |
| Tem dificuldades no planejamento de estoque? | 1 pessoa (4,8%) | 3 pessoas (14,3%) | 3 pessoas (14,3%) | 2 pessoas (9,5%) | 12 pessoas (57,1%) |
| Em seu planejamento inicial, teve dificuldade para definir o seu público alvo? | 2 pessoas (9,5%) | 3 pessoas (14,3%) | 4 pessoas (19%) | 2 pessoas (9,5%) | 10 pessoas (47,6%) |
| Lida bem com as leis trabalhistas? | | | 6 pessoas (28,6%) | 15 pessoas (71,4%) | |
| Preocupa-se em manter o controle da qualidade dos serviços e produtos ofertados aos clientes? | | 1 pessoa (4,8%) | | 20 pessoas (95,2%) | |

Quadro 1: Questionário referente aos desafios dos enfermeiros empreendedores atuantes no estado do Espírito Santo.

Fonte: AUTORIA PRÓPRIA, 2022.

Os resultados da pesquisa evidenciou que 15 dos entrevistados (71,4%) consegue lidar bem com as leis trabalhistas e 6 dos entrevistados (28,6%) em algumas vezes possui dificuldades com a leis trabalhista.

Segundo Macedo et al (2014), é importante que tenha a reforma do ambiente de negócios, iniciando pela desburocratização e seguindo com a redução da carga tributária e eliminação e racionalização de regulamentações.

A simplificação tributária e flexibilização das leis trabalhistas ajudariam os empreendedores iniciantes e tornariam o mercado muito mais dinâmico. (MACEDO. et al, 2014).

Salm (2019), afirma que abrir um negócio não quer dizer que conseguirá manter-se no mercado. São vários os fatores que limitam o desenvolvimento de uma empresa sendo a mais comum, a dificuldade com o acesso ao crédito. A Sebrae-AP (2014) apud Salm (2019), assegura que o crédito promove o surgimento de novas empresas, mas o acesso ao mesmo é o maior desafio de um empreendedor, pois existem excessos de burocracias e exigências que os bancos cobram, o que leva os empreendedores a buscarem outras fomas para conseguir empreender, porém as micros e pequenas empresas não possuem informações fundamentais de um financiamento. De modo geral, Salm (2019) aborda que as principais falhas que ocorre ao abrir um negócio são: a inexperiência, fatores econômicos, vendas insuficientes e despesas excessivas.

Outro ponto evidenciado na pesquisa são as dificuldades para ter acesso a crédito

junto às instituições financeiras, 5 (23,8%) dos entrevistados afirmaram ter dificuldades, 4 (19%) responderam que em algumas vezes tiveram dificuldades e 9 (42,9%) dos participantes da pesquisa responderam que não tem dificuldade com acesso a crédito junto as instituições financeiras. Conforme dito por Macedo et al (2014), desburocratizar a abertura e o fechamento das empresas e a criação de linhas de crédito a juros acessíveis para os empresários são prioridades nesse processo de execução do empreendedorismo. O mesmo afirma a importância de reduzir a complexidade da legislação brasileira, multiplicar a difusão da educação empreendedora, abrir caminhos e facilitar a vida de quem empreende e quer empreender. Quanto mais crédito e menos tempo o empresário perde com questões burocráticas, mas ele pode se dedicar ao seu negócio e consequentemente gerar mais empregos e bem estar na sociedade (MACEDO et al, 2014) .

No que se refere sobre conhecimento de estratégias de marketing 11 (52,4%) dos entrevistados afirmaram ter conhecimento e 8 (38,1%) dos participantes, relataram que tiveram conhecimento apenas algumas vezes. De acordo com Okada e Souza (2011), o uso das estratégias de marketing das empresas tem se ampliado e inovado pelo uso sistemático de ferramentas, com a facilidade de acesso à web e com a otimização dos sistemas de busca, criando novos pilares de comunicação integrada com objetivos de captar cliente, criar relacionamentos e desenvolver a identidade do potencial negócio.

Os resultados da pesquisa mostraram que 16 (76,2%) dos entrevistados afirmaram ter sido um desafio precificar seus serviços. Conforme dito por Berselli e Santos (2016), deve ser considerado alguns aspectos no momento da precificação de serviços, pois o valor precisa estar de acordo com a qualidade do serviço e preparo do profissional, pois o cliente fica satisfeito com a qualidade do serviço quando suas expectativas são saciadas.

Com a presente pesquisa foi evidenciado que os participantes consideram a concorrência como um desafio, sendo que 8 (38,1%) entrevistados responderam que sim e 7 (33,3%) responderam que algumas vezes. Diante disso, Oliveira, Pereira e Queiroz (2012) afirmam que atualmente as alterações são constantes, pois são baseadas nas necessidades e expectativas dos clientes e com isso estimula as empresas a inovar continuamente para alcançar as metas e liderar sob a concorrência e se manterem competitivas.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa contribuiu para promoção do conhecimento acerca do empreendedorismo na enfermagem pontuando os desafios do enfermeiro de criar, inovar, liderar e promover ações.

Notou-se, que um dos principais desafios inicia-se no processo de graduação pela falta de estímulo ao empreendedorismo. Os entrevistados enfatizaram não ter tido nenhum destaque na formação sobre o tema e isso torna mais difícil desenvolver características e habilidades empreendedoras.

Torna-se importante a discussão da temática no âmbito acadêmico, visto que possibilita que os profissionais compreendam a cerca de suas possibilidades de atuação no mercado de trabalho. É possível observar que há barreiras culturais a cerca do empreendedorismo na enfermagem e isso leva a concentração dos profissionais nas práticas assistenciais de âmbito hospitalar. Pode-se concluir que a prevalência do empreendedorismo na enfermagem estar relacionado a mulheres, que buscam a autonomia, flexibilidade e rentabilidade.

Outro ponto importante e evidenciado na pesquisa são as burocracias do governo e a falta de políticas públicas voltadas para o empreendedorismo, a falta de incentivos fiscais, pouca disponibilidade de créditos, alta carga tributária e dificuldade na abertura da empresa no cadastro nacional de pessoa jurídica. O empreendedorismo é significativo e movimenta a economia, impulsiona a inovação, trazendo melhorias para a sociedade, gerando mais empregos. Contudo, o campo de atuação do empreendedorismo na enfermagem é amplo, e o enfermeiro tem respaldo ético e legal, para desenvolver atividades autônomas e de cunho liberal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Silvana Regina; SCHAKER, Lisara Carneiro. Conhecimento do cliente sobre a atuação do enfermeiro. **Revista Conhecimento Online**, ano 3, v. 02. Disponível em:<https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/169>. Acesso em: 18 nov. 2022.

BERSELLI, Cristiane; SANTOS, Santana Dos Santos. O desafio da precificação em serviços turísticos em tempos de crise: um estudo de caso em Pelotas/RS. **Revista Observatorio De La Economía Latino Americana**, v 53, p. 01-08, Octubre 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/cristiane-berselli/publication/343140886_o_desafio_da_precificacao_em_servicos_turisticos_em_tempos_de_crise_um_estudo_de_caso_em_pelotasrs/links/5f18b1b692851cd5fa3ed25d/o-desafio-da-precificacao-em-servicos-turisticos-em-tempos-de-crise-um-estudo-de-caso-em-pelotas-rs.pdf. Acesso em: 28 de nov. 2022

COPPELLI, Fernanda Hannah da Silva; ERDIMANN, Alacoque Lorenzini; SANTOS, José Luiz Guedes. Empreendedorismo na enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 72, p. 301-310, Jan/fev.2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PtQmTrvD78fnqTgN5frVvLQ/?lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.

COLICHI, Rosana Maria Barreto et al. Empreendedorismo de negócios e enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 72, p. 335- 345, Jan/Feb. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yG78Ms3DvsZ49dM3NnrTLJy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.

FONSECA, Grace Kelly Lima; ARAÚJO, Clívia Lopes; OLIVINDO, Dean Douglas Ferreira. Empreendedorismo em Enfermagem: motivações e possibilidades para o enfermeiro empreender. **Pesquisa, sociedade e desenvolvimento**, v 9, n. 7, p. 1- 21, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/4442-Article-21455-1-10-20200601.pdf>. Acesso em: 30 abr.2022.

HUNTER, O monge e o executivo uma história sobre a essência da liderança: **Estados Unidos: Sextante** p.15, 1998. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4107984/mod_resource/content/1/Lideranc%C%C3%A7a-O-Monge-e-o-Executivo-James-C%20Hunter.pdf. Acesso em: 17 de jul. de 2022.

LESSMANN, Juliana Cristina; LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo; GUBERT, Edilmara; MENDES, Paula Xavier Gums Mendes; PRADO, Marta Lenise; BACKES, vânia Marli. Educação Profissional em enfermagem: Necessidades, desafios e rumos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16.1 p.108, 2012. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/507>. Acesso em: 10 de mai. de 2022

MACEDO, Mariano de Matos et al. **Empreendedorismo no Brasil**. Curitiba, Global Entrepreneurship Monitor, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/aluno.laboratorio/Downloads/artigo%20empreendedor.pdf. Acesso em: 27 de nov. De 2022.

MACHADO, Débora Gomes; AZEVEDO, Teisitel Peres; SILVA, Rogerio Piva. O impacto Ggrado pela tributação no empreendedorismo. **XXXII EnANPAD**. Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/228460184_O_impacto_gerado_pela_tribu_tacao_no_empreendedorismo. Acesso em: 20 nov. 2022.

MORAIS, Joice Aparecida et al. Práticas de enfermagem empreendedoras e autônomas. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 695-701, Out/Dez. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46422/27872>. Acesso em: 07 mai. 2022.

NUNES, Barbara A atuação da liderança de enfermagem como estratégia na prevenção dos impactos da pandemia na saúde mental dos colaboradores. **Revista Científica Multidisciplinar**, 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/atuacao-da-lideranca> Acesso em: 17 jun. 2022.

OKADA, Sionara Loco; SOUZA, Eliane Moreira Sá. Estratégia de Marketing Digital na era da busca. **Revista Brasileira de Marketing**, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/aluno.laboratorio/Downloads/artigo%20ref.pdf. Acesso em: 27 nov. 2022.

PATRIOTA, Laisi Lopes; SANTOS, Jaquelinne Lopes; ROSA, Renata Fernandes do Nascimento. A importância do empreendedorismo para o profissional enfermeiro. **Revista Científica da FASET**, p. 125-140, 2018. Disponível em:[https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2018/20/a_importancia-do_emp_reendedorismo_para_o_profissional_enfermeiro.pdf](https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2018/20/a_importancia_do_emp_reendedorismo_para_o_profissional_enfermeiro.pdf). Acesso em: 02 mai. 2022.

RICHTER, Samanta Andresa; SANTOS, Edemilson Picherk; KAISER, Dagmar Elaine; CAPELLARI, Claudia; FERREIRA, Gimerson Erick. Ações empreendedoras em enfermagem: desafios de enfermeiras em posição estratégica de liderança. **Acta PaulEnferm**, p.46-52, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xzsHBHMDGRcdCgq474yP5Ht/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mai. 2022.

Resolução COFEN N°568/2018. **COFEN**, 08 de fev. de 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0568-2018_60473.html. Acesso em: 27abr. 2022.

SALM, Jaqueline. O financiamento das micros e pequenas empresas e as dificuldades de acesso ao crédito: Um evantamento na região de Metropolitana de Florianópolis – sc1. **Ânima Educação**, 2019. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/8681>. Acesso em: 26 nov. 2022.

SANTOS, Gabriely Teixeira. **Atividades empreendedoras do enfermeiro contemporâneo: diversidades de negócios e seus desafios.** 2021.p 25 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Católica de Goiânia, GO: 2021. Disponível em: https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2528/1/TCC%20_%20GA_BRIELY%20TEIXEIRA%20DOS%20SANTOS.pdf. Acesso em: 05 mai.2022.

SANTOS, Vanessa Lira; MARTINS, Prof. Me. Raiana Kelly Brasileiro. Educação financeira e empreendedorismo: um estudo realizado na cidade de Guarabira – PB. **Uniesp Centro Universitário.** Disponível em: <https://www.iesp.edu.br> > arquivos > publicações. Acesso em: 15 nov. 2022.

SEBRAE. **EMPREENDERISMO E INOVAÇÃO.**, 14 de dez de 2021. Disponível em: <https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/ac/artigos/empreendedorismo-e-inovacao,a680ce1f53b9d710VgnVCM100000d701210aRCRD#:~:text=O%20termo%20empreendedorismo%20se%20refere,que%20j%C3%A1%20existe%20no%20mercado>. Acesso em: 27 abr. 2022.

SEGUNDO, Eliézio Inácio de Figueiredo; OLIVEIRA, Silvia Ximenes; LEITE, Kamila Nethiely Souza; OLIVEIRA, Moisés Barbosa. Tendência empreendedora: perfil dos acadêmicos de enfermagem. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v. 8 n.01. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/4140/2826>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SILVA, Francielle Karen; RODRIGUES, Géssica Meryen; SANTOS, Simone Maria Silva. Contexto empreendedor para os profissionais enfermeiros no âmbito empresarial: uma revisão narrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. 01-10, 2022. Disponível em: <http://rsdjurnal.org> > rsd > article > download. Acesso em: 20 nov. 2022.

SILVA, Isis de Siqueira; XAVIER, Pedro Bezerra; ALMEIDA, Jank Landy Simôa. Empreendedorismo empresarial na Enfermagem: desafios, potencialidades e perspectivas. **Research, Society and Development**, v.9, n.8, p. 1-19, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/aluno.laboratorio/Downloads/6348-Article-101507-1-10-20200802.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2022.

TOSSIN, Cassieli Beatrice et al. Perfil empreendedor de docentes do curso de enfermagem de uma universidade pública. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 1-6, abr. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/22233> 22015. Acesso em: 07 mai. 2022.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, p.203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/Texto+do+artigo-18568-1-10-20191002%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Texto+do+artigo-18568-1-10-20191002%20(1).pdf). Acesso em: 30 jul. 2022

CAPÍTULO 7

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE GESTÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 03/07/2023

Rodrigo D'avila Lauer

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5267214338126891>

Ana Cristina Pretto Bao

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/3067352775326066>

Rosana da Silva Fraga

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/3349198892082284>

Ivana Duarte Brum

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/4872906303789352>

Cândida Reis da Silva

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/3090473013927369>

Lucas Mariano

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/6448966347610075>

Jéssica Rosa Thiesen Cunha

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/8800962449984830>

Mari Angela Victoria Lourenç Alves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5659198412151924>

Michele Batista Ferreira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/1386881532655081>

Raquel Yurika Tanaka

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/2924510273596025>

Daiane Toebe

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5211900420490889>

Marli Elisabete Machado

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/9385704910988403>

RESUMO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico de trabalho que proporciona melhoria significativa da qualidade da assistência prestada ao cliente através do planejamento individualizado das ações de enfermagem elaboradas pelo profissional enfermeiro. Permite a continuidade e a integralidade do cuidado humanizado, a valorização do enfermeiro, além das demais categorias da enfermagem, fortalecendo o trabalho em equipe. O objetivo deste estudo é analisar a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em Unidade de Terapia Intensiva, através da revisão bibliográfica. Este trabalho tem uma abordagem qualitativa embasado nos resultados da revisão de literatura em bases científicas. Assim enfatiza-se que é necessário, a partir da conscientização dos profissionais enfermeiros, a iniciativa por parte dos mesmos em buscarem através da instituição, condições necessárias para a implementação e implantação da SAE.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Sistematização. Assistência. UTI.

THE SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE AS A MANAGEMENT TOOL IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The Systematization of Nursing Assistance (SAE) is a scientific method of work that provides significant improvement of the quality of the Assistance provided to the client through the individualized planning of the Nursing actions elaborated by the professional nurse. It allows the continuity and the integrality of the humanized care, the appreciation of the nurse, besides the other categories of Nursing, strengthening the teamwork. This work has a qualitative approach based on the results of the literature review on scientific bases. Thus, it is emphasized that it is necessary that, based on the awareness of nurses, the initiative by the same to seek, through the Institution, the necessary conditions for this implementation.

KEYWORDS: Nursing. Systematization. Assistance. ICU.

1 | INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE), é uma prática ou uma implantação usada para um melhor planejamento, execução e avaliação do cuidado, de fundamental importância do trabalho do enfermeiro (CHAVES, 2014).

A SAE vem sendo largamente utilizada nos últimos anos como método científico para

instrumentalizar a resolução de problemas dos pacientes e tornar o cuidado individualizado, além de embasar e fundamentar cientificamente as ações do enfermeiro (SILVA, 2018).

Este processo é considerado como atividade privativa do enfermeiro, onde utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN,2002).

Este estudo tem por objetivo analisar a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em Unidade de Terapia Intensiva, através da revisão bibliográfica.

2 | METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se pela abordagem qualitativa por meio de revisão de literatura, a fim de verificar a utilização e aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Para o levantamento bibliográfico acerca da SAE, foram utilizadas as bases de dados do LILACS, BDENF e SCIELO no período de março de 2021. Para proceder à busca utilizaram-se as palavras-chaves: sistematização, enfermagem, assistência. Foram encontrados vários trabalhos que abordam a temática, sendo selecionados quinze artigos (resumos) para fins de análise. As bases científicas foram desenvolvidas em âmbito nacional e publicados em periódicos científicos que abordavam aspectos importantes para o estudo.

3 | DESENVOLVIMENTO

A SAE configura-se como uma metodologia para organizar e realizar o cuidado embasado nos princípios do método científico. No entanto é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos (TRUPPEL, 2009).

Darli (2002) também diz que a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O enfermeiro necessita estabelecer o conhecimento das fases do processo de enfermagem, sob o contexto de um referencial teórico e assim promover o cuidado e o restabelecimento do paciente.

Neste sentido o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) coloca que para o enfermeiro desenvolver a SAE, o mesmo deverá realizar a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Devendo ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada, e registrada formalmente

no prontuário do paciente/cliente/usuário assistido (Resolução COFEN-272/2002).

A SAE é o método que possibilita o enfermeiro de exercer a arte do cuidar, oportunizando atendimento individualizado ao paciente, planejando as suas devidas condutas, analisando o histórico do paciente com olhar integral, realizando exame físico, para assim diagnosticar e conduzir um cuidado integral e individualizado a cada ser humano (BARROS & CHIESA, 2007).

Em 1979 Wanda Aguiar Horta afirmava que com o aprimoramento cultural e científico relativo ao cuidado, a enfermagem caminhava rumo a ciência, sem perder o aspecto humano. Ao longo dos anos várias teorias abordaram o tema, demonstrando que apesar de ter diversas formas de prestar assistência, o cuidado deve ocorrer de maneira individualizada e sistematizada, garantindo assim, um cuidado eficaz, uma assistência de qualidade (HORTA, 1979).

Porém, alguns fatores interferem na aplicação do Processo de Enfermagem (PE) e esses se inter-relacionam. Alguns desses fatores estão no âmbito da organização (políticas, normas, objetivos dos serviços, muitas vezes estabelecidos por médicos e administradores sem a participação dos enfermeiros), outros fatores fazem parte do próprio cotidiano desses profissionais (atitudes, crenças, valores, habilidades, técnicas e intelectuais), para os quais muitas vezes se busca explicação nas deficiências do ensino formal e na sua relação com a prática. Outro fator é a maneira como o processo tem sido operacionalizado nos serviços - uma imposição da chefia de enfermagem que valoriza mais a documentação à implementação dessa metodologia de forma efetiva na prática (ROSSI, 2001).

Herminda (2004), contrapõe o autor acima citado e diz que nem sempre se atingem êxito desejado na SAE, pois “esbarram” em dificuldades das mais variadas como administrativas, gerenciais, aspectos econômicos e institucionais.

A SAE possibilita a gestão do processo de qualidade, pois as sequências das fases do processo de enfermagem integram as ações intelectuais da sistematização, visto que este é dinâmico, flexível, modificável e científico. A sistematização traz implicações para o cuidado, garantindo assim o atendimento com critérios padronizados, propondo uma assistência de qualidade, e oferece meios de avaliação fornecendo dados confiáveis.

Deste modo, percebe-se que os desafios e **limitações** destacam a estrutura organizacional das instituições de saúde desfavorável por falta de tecnologia de informação, carência de pessoal, quantitativo e qualificado, pois a sistematização necessita de profissionais capacitados para adoção da SAE.

Contudo, Thomaz (2002) chama atenção, quando em seus saberes refere que na formação do enfermeiro é importante ampliar conhecimentos e colocar na prática, qualificando a científicidade do enfermeiro, fazendo com que o este coloque como propriedade a SAE nas suas atividades profissionais.

4 | CONCLUSÃO

A SAE é uma prática atual no cotidiano do enfermeiro em UTI, discutida diariamente, demonstrando interesse em ampliar a implementação desta metodologia nas mais diversas especialidades assistenciais.

A equipe de enfermagem deve analisar as facilidades e dificuldades que encontram na implantação do processo de enfermagem, uma vez que cada estabelecimento de saúde possui suas particularidades, a fim de que o método seja utilizado com conhecimento de todos e com metas possíveis de serem alcançadas.

Dessa forma, a SAE é relevante para a valorização do profissional enfermeiro, para uma assistência eficaz em unidade de terapia intensiva e para os indivíduos que nela permanecem.

Portanto, é necessário refletir sobre a implementação da SAE, pois ela é de suma importância para o trabalho de enfermagem, bem como levantar os principais fatores que desencadeiam e sustentam as dificuldades em utilizá-la, para que se possa superá-las, tornando a sua implementação possível a partir da união em equipe para resolução ou minimização destes indicadores que impossibilitam a ampliação da implementação da SAE nas instituições de ordem hospitalar ou em saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

BARROS, Débora Gomes.; CHIESA, Anna Maria. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev. esc. enferm. USP. 2007, vol.41, ISSN 0080-6234

CHAVES, Lucimara D. SAE – Considerações Teóricas e Aplicabilidade. Editora: Martinari,2014.

COFEN, Resolução 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras, 2002.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. SAE– Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o que somos fazemos e teremos que assumir. (Coren-SP) 2002jan; especial (citado em: 23abr 2005).

DALRI M.C.B.; Carvalho E.C. Planejamento da assistência de enfermagem a paciente portadores de queimadura utilizando um software: aplicação em quatro pacientes. Rev Latino-am Enfermagem – novembro-dezembro,2002.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. Desvelando a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2004 nov/dez; 57(6): 733-7.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979

ROSSI, Casagrande L.D.R. Processo de Enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo, T.I.; Gualda, D.M.R.; Melleiro, M.M.; Anabuki, M.H. (Org). Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. P.41-62.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem – São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2018.

THOMAZ, Guidardello, E.B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. Nursing: Revista técnica de Enfermagem, São Paulo 2002 nov; 54(11): 28-33.

TRUPEL, Thiago Christel.; MELER, Marineli Joaquim.; CALIXTO, Riciana do Carmo.; PERRUZO, Simone Aparecida.; CROZETA, Karla. – Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva – REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem: 2010.

UENISHI, Eliza Kaori. Enfermagem Médico-Cirúrgica em Unidade de Terapia Intensiva– 5ºed.rev. e ampl.– São Paulo: Ed. Senac São Paulo, 2005.

CAPÍTULO 8

O COMPROMISSO ÉTICO DO ENFERMEIRO NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE CUIDADO

Data de submissão: 02/06/2023

Data de aceite: 03/07/2023

Iracema da Silva Nogueira

Universidade do Estado do Amazonas,
Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus – Amazonas
<https://orcid.org/0000-0002-0846-0533>

Jucimary Almeida do Nascimento

Universidade do Estado do Amazonas,
Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus – Amazonas
<https://orcid.org/0000-0002-5402-9453>

Miriam Elenit Lima de Fachin

Universidade do Estado do Amazonas,
Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus – Amazonas
<https://orcid.org/0000-0002-9366-7263>

RESUMO: Trata-se de um estudo reflexivo sobre o compromisso ético do enfermeiro nos diferentes contextos de atuação no cuidado. Por se tratar de um estudo de revisão narrativa, a metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica. A boa prática de Enfermagem está ancorada nos principais parâmetros ético-legais que fundamentam e norteiam o processo de cuidar em enfermagem, desde a atenção básica até o nível de maior complexidade em relação à saúde da pessoa/família/coletividade em

consonância com os princípios da Bioética, o atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as diretrizes do Sistema Único de Saúde vigente no país. Pautado nesses postulados, o enfermeiro exerce suas atividades com competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética, e participa como integrante da equipe de enfermagem e de saúde, na defesa das Políticas Públicas que garantam os direitos à saúde da população. O estudo também tem a pretensão de instigar os enfermeiros quanto à necessidade de refletir sobre dilemas éticos que o profissional enfrenta no processo de cuidar, notadamente no que se refere à tomada de decisão ética diante de situações difíceis decorrentes dos avanços da ciência e da tecnologia no campo da enfermagem e da saúde, que torna cada vez mais o cuidado de enfermagem complexo, exigindo desse profissional maior competência técnica, científica, humana e ética.

PALAVRAS-CHAVE: Ética em Enfermagem, Cuidado de Enfermagem, Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Bioética.

THE NURSE'S ETHICAL COMMITMENT IN DIFFERENT CARE CONTEXTS

ABSTRACT: This is a reflective study on the ethical commitment of nurses in the different contexts of care. Since this is a narrative review study, the methodology used was bibliographic research. Good Nursing practice is anchored in the main ethical-legal parameters that underlie and guide the nursing care process, from basic care to the level of greatest complexity in relation to the health of the person/family/collectivity in accordance with the principles of Bioethics, the current Code of Ethics for Nursing Professionals, and the guidelines of the Unified Health System in effect in the country. Based on these postulates, the nurse exercises his/her activities with competence to promote the health of the human being in its entirety, according to the principles of ethics and bioethics, and participates as a member of the nursing and healthcare team, in the defense of public policies that guarantee the rights to health of the population. The study also has the intention of instigating nurses as to the need to reflect on ethical dilemmas that the professional faces in the process of care, especially regarding ethical decision-making when facing difficult situations arising from advances in science and technology in the field of nursing and health, which make nursing care increasingly complex, demanding from this professional greater technical, scientific, human, and ethical competence.

KEYWORDS: Ethics in Nursing, Nursing Care, Nursing, Nursing Care, Bioethics.

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi pensado como uma maneira de proporcionar uma reflexão para alertar o profissional enfermeiro quanto à observância dos preceitos éticos e legais que ancoram a prática da Enfermagem nos diferentes contextos de cuidado, isto é, desde a atenção básica até a atenção de maior complexidade. Assim sendo, discutiremos sobre a relevância do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da legislação que regulamenta o exercício da Enfermagem no Brasil e das Comissões de Ética de Enfermagem.

Preliminarmente consideramos necessário destacar que atualmente, os profissionais de enfermagem tem sido alvo de discussões devido a ocorrências de eventos danosos as pessoas atendidas nos diferentes cenários assistência à saúde. Podendo estes serem decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência, ferindo frontalmente o Código de Ética dos referidos profissionais (COFEN, 2017; SCHNEIDER et al, 2022).

PARÂMETROS ÉTICO-LEGAIS NORTEADORES DO PROCESSO DE CUIDAR: UM ENFOQUE NECESSÁRIO

No campo da Enfermagem, entendemos por ocorrências éticas, os eventos que causam danos as pessoas, ocasionados por profissionais de enfermagem devido às falhas durante o exercício da profissão. Esses eventos podem ocorrer também pela precarização do sistema de saúde, prejudicando dessa forma, a qualidade da assistência prestada a pessoa, à família e à coletividade e ao próprio profissional (FREITAS, 2005; FREITAS;

OGUISSO, MERIGUI, 2006; FREITAS; OGUISSO, 2007; FREITAS; OGUISSO, 2008).

É importante ressaltar que a prevenção de ocorrências éticas deve ser uma preocupação, principalmente de enfermeiros que ocupam cargos de responsabilidade técnica dos serviços de saúde. Corrigir o erro não é a melhor opção, uma vez que o erro pode ter causado danos irreversíveis à pessoa que recebeu o cuidado.

Nessa linha de raciocínio, não podemos perder de vista o papel das Comissões de Ética de Enfermagem como órgãos representativos dos Conselhos Regionais junto a esses serviços de saúde (COFEN, 2018).

Essas Comissões têm funções educativas e fiscalizadoras do exercício profissional, tendo como finalidades garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem na instituição; zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas (COFEN, 2018).

Nesta perspectiva, destacamos também a preocupação com a formação ética de futuros profissionais que ingressarão no mercado de trabalho, o que não significa que não tenhamos preocupação com aqueles profissionais que já se encontram em pleno exercício profissional. Os enfermeiros devem ser preparados a lidar com competência em situações que exijam do profissional uma conduta ética (FOWLER; DAVIS, 2013; OLIVEIRA; COELHO; MORAES-PARTELLI, 2023).

No entanto, vale ressaltar que uma conduta ética poderá ser ou não incorporada pelo futuro profissional, haja vista que depende de diversos fatores apreendidos, seja no âmbito familiar, social ou profissional. Assim, não podemos afirmar que o professor seja responsável único pela conduta ética do futuro profissional, porém, servirá como referencial de conduta ética.

O parâmetro ético que norteia a conduta dos profissionais de enfermagem é o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem, em 06 de novembro de 2017 (COFEN, 2017).

Quanto ao respaldo legal para o exercício da profissão, é garantido pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 e pelo Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987 (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

O atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) já passou por reformulações desde sua elaboração pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). A Enfermagem Brasileira teve o seu primeiro Código de Ética aprovado em 1958. (COFEN, 2017; OGUISSO; SCHIMIDT, 2007).

Contudo, a sua criação iniciou-se por ocasião da realização do IX Congresso Brasileiro de Enfermagem em 1956, quando foi nomeada a primeira Comissão de Ética com a finalidade de elaborar o anteprojeto do Código Brasileiro de Enfermagem. Essa Comissão

apresentou o referido anteprojeto no X Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado em 1957, sendo aprovado no ano seguinte por ocasião do XI Congresso Brasileiro de Enfermagem.

Em 1976, três anos após a criação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) foi aprovado o primeiro Código de Ética do COFEN, denominado Código de Deontologia de Enfermagem, vigente até 1993. Em 1988, iniciou-se um movimento nacional, com o intuito de reformular o Código de Deontologia de Enfermagem, visto que a categoria o considerava defasado e omissivo para a atualidade.

Então, em 1993, a plenária do Conselho Federal de Enfermagem aprovou através da Resolução COFEN 160/1993, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que esteve vigente até ser substituído pela Resolução COFEN 240/2000. Em 2007, foi aprovado o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem através da Resolução COFEN 311/2007, e em 2017, o referido Código foi revogado, entrando em vigor a Resolução COFEN 564/2017 que dispõe sobre o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

O atual Código de Ética está organizado por assuntos e inclui princípios fundamentais, direitos, deveres, proibições, e aplicação de penalidades pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2017).

É importante ressaltar que o Código de Ética é um manual de conduta, um documento básico norteador do pensar e do agir dos profissionais de enfermagem. Está voltado ao ser humano, à família e à coletividade em seu exercício amplo de cidadania, sendo a Enfermagem entendida como prática social, o que pressupõe que os profissionais de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda a população.

Esse instrumento norteador da conduta profissional tem como fundamento, princípios éticos milenares que asseguram, a autonomia, o respeito, a integridade física e psíquica do ser humano, bem como, a segurança do profissional. Dessa forma, é oportuno discutir o entendimento da ética, da bioética e dos princípios éticos que norteiam a prática dos profissionais de enfermagem (LECHASSEUR et al, 2018).

Entendemos que os aspectos éticos e morais estão diretamente ligados à prática do profissional de enfermagem, portanto, os conhecimentos adquiridos no meio familiar e durante a sua formação, certamente refletirão na conduta e no comportamento profissional (SCHNEIDER, et al., 2022).

É importante destacar que além de todo fundamento ético adquirido, devemos fomentar a essência do profissionalismo no exercício da profissão, através da educação permanente, haja vista que o Código de Ética destaca como dever, o aprimoramento dos “conhecimentos técnicos, científicos, ético e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão” (COFEN, 2017, p. 15).

Reportando-nos ao conceito de ética, é sabido que se origina do grego *ethikós* e

se refere ao “estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente a determinada sociedade, seja de modo absoluto” (FERREIRA, 2009, p.733).

Para Brandt (2007, p. 91) ética é conceituada como “a disciplina que trata do que é bom ou mau, do que é certo ou errado, do que é dever moral e obrigação”. Nessa linha de pensamento, convém lembrar que os primeiros códigos de ética remontam a antiguidade e incluem princípios que devem nortear as decisões e condutas do cotidiano dos profissionais de saúde.

Além da ética profissional, a Bioética também vem como tema de discussão no que concerne à dilemas e conflitos éticos relacionados a assistência à saúde, decorrentes do avanço no campo do conhecimento científico e tecnológico. Nesta perspectiva, é importante enfatizar que o atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destaca como princípio fundamental que o exercício da Enfermagem deve se pautar na competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da Ética e da Bioética (SANTIAGO; PALÁCIOS, 2006; SOARES, 2011; CERRI et al, 2011).

O ensino da Bioética na formação de enfermeiros, assim com a Ética deve ser capaz de mostrar a relevância desta temática no cotidiano da atuação deste profissional (COELHO et al, 2019)

Assim sendo, a Bioética surge da necessidade de refletirmos acerca da conduta humana, no que diz respeito à manipulação da vida e aos cuidados de saúde, tornando-se necessário incorporar à prática da enfermagem, os princípios que asseguram a integridade dos seres humanos, quais sejam: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (SANTOS; PONCE DE LEON; FUNGHETTO, 2011).

Convém lembrar que o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) acrescentou a esses princípios, os da fidelidade, veracidade e confidencialidade (OGUISSO; SCHIMIDT, 2007; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

O princípio da beneficência tem como foco central a provisão de benefícios e promoção do bem, buscando prevenir e eliminar qualquer tipo de dano que possa acometer a pessoa. Neste sentido, devemos maximizar sua essência e minimizar os danos e prejuízos que venham a acometer o indivíduo, respeitando o princípio também da não maleficência (OGUISSO; SCHIMIDT, 2007; SANTOS, PONCE DE LEON, FUNGHETTO, 2011).

O processo de cuidar exige do profissional de enfermagem uma conduta prudente e sensata, a fim de que possa garantir uma assistência segura e livre de qualquer dano. Agindo dessa forma, o profissional resguardará o princípio da não maleficência, ou seja, tem a responsabilidade de não prejudicar e não impor riscos a pessoa (SANTOS, PONCE DE LEON, FUNGHETTO, 2011; COFEN, 2017).

O princípio da justiça consiste em garantir a proteção dos direitos individuais das pessoas, resguardando assim, as ações cuidativas de forma justa e equitativa, livre de qualquer tipo de preconceito, pois é importante,

[...] perceber que o outro requer uma atitude profundamente humana. Reconhecer e promover a humanização, à luz de considerações éticas, demanda um esforço para rever, principalmente, atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente no cuidado ao paciente (BRANDT, 2007, p. 18).

A pessoa é considerada autônoma, quando é capaz de tomar suas próprias decisões, desde que devidamente informada a fim de que possa fazer suas escolhas. É importante ressaltar que todo e qualquer procedimento ou manipulação a ser realizado pelo profissional de Enfermagem, a pessoa ou ao seu responsável, quando aquele não estiver em sua plena consciência, deve ser devidamente esclarecida, permitindo assim, o exercício da autonomia (SANTOS; PONCE DE LEON; FUNGHETTO, 2011; COFEN, 2017).

O Código de Ética fundamenta-se em postulados que respeitam a dignidade da pessoa, família e coletividade (COFEN, 2017).

É sabido que a equipe de enfermagem constitui o maior contingente de profissionais de saúde. Seu compromisso ético não é diferente das demais profissões da área, devendo orientar-se à luz dos preceitos éticos e legais da profissão, contribuindo assim, para uma assistência de qualidade à pessoa, família e coletividade (COFEN, 2017).

É oportuno enfatizar que o profissional de enfermagem estará sujeito às penalidades, caso infrinja esses preceitos. Essas penalidades são aplicadas pelos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem conforme sua competência, por meio de advertência verbal, multa, censura, suspensão do exercício profissional e cassação do direito ao exercício profissional (COFEN, 2017).

Dentre os pontos importantes e fundamentais para o exercício da profissão, mencionados no Código de Ética, destacamos a competência legal, a atualização de conhecimentos, a denúncia de infração ética, a responsabilidade na assistência sem riscos, o respeito ao pudor e a privacidade, o respeito ao direito do cliente para decidir sobre sua pessoa, o direito do ser informado, o segredo profissional e o direito à vida.

No que se refere à competência legal, é importante que o profissional de enfermagem tenha pleno conhecimento de suas competências legais para o exercício da profissão. Assim, não podemos aceitar encargos e responsabilidades para as quais não temos amparo legal para executá-los e nem tampouco permitir que pessoas sem qualificação exerçam atividades de enfermagem.

É preciso também que o profissional atualize constantemente seus conhecimentos, pois caso contrário, poderá incorrer em erros na prestação da assistência de enfermagem nos diferentes contextos conforme já mencionado. O profissional de enfermagem tem o dever de denunciar infrações praticadas por qualquer pessoa da equipe de saúde, podendo responder por conivência ou omissão, se optar pela lei do silêncio.

Reiteramos que a assistência de enfermagem não deve ser permeada por riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência e por discriminação de qualquer

natureza.

Todas as pessoas têm o direito de serem informadas a fim de que possam decidir sobre a sua saúde e seu bem-estar. A preocupação com este princípio deve ser uma constante no cotidiano do profissional de enfermagem, haja vista que este atua na promoção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais da profissão.

Em algumas situações, a invasão da intimidade da pessoa é necessária para a execução de alguns procedimentos. Nesse caso, o profissional deverá orientá-lo e tomar às precauções necessárias para garantir o máximo de privacidade e respeito.

O profissional de enfermagem deve abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional à pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo. As informações de cunho pessoal, somente poderão ser reveladas com a devida autorização dos próprios e se não acarretar danos à terceiros ou à saúde pública (COFEN, 2017).

É importante mencionar que existe uma relatividade em relação ao sigilo profissional, pois o profissional tem o dever de quebrar o sigilo quando forem necessários os cuidados de saúde das pessoas ou quando houver a possibilidade de danos à coletividade.

Dentre os casos que requerem quebra de sigilo, destacamos as doenças infectocontagiosas, o risco para a vida do menor de idade ou de pessoas vulneráveis, como são os recém-nascidos, idosos, doentes mentais e as pessoas em situações críticas de saúde (OGUSSO, SCHIMIDT, 2007).

Para o exercício ético da profissão, o enfermeiro como líder da equipe, tem o dever de orientar sua equipe sobre o compromisso ético a ser assumido, as regras do sigilo profissional, sobre os casos em que as regras são mais flexíveis e as hipóteses em que o sigilo pode ser quebrado.

Outro ponto que merece maior consideração é que o Código de Ética também proíbe o aborto e a eutanásia, que são casos já previstos na legislação brasileira. Vale ressaltar que todos os instrumentos legais, desde os mais universais até os restritos à profissão defendem o compromisso em relação à proteção à vida.

O instrumento legal que serve como parâmetro para o exercício da profissão, é a Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, os quais estabelecem quem pode exercer a Enfermagem e quais são as competências de cada categoria profissional (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Do ponto de vista legal, faz-se necessário ao profissional de enfermagem a dupla habilitação, isto é, ter a certificação da qualificação de enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e estar inscrito no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício da profissão (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Em suma, reforçamos a necessidade de o profissional de enfermagem conhecer o inteiro teor do Código de Ética, da legislação que regulamenta o exercício profissional,

além de outras normativas emanadas do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a fim de que possa ajustar sua conduta, e assim, exercer a profissão com segurança para si e para a população que busca assistência de enfermagem.

ÉTICA PROFISSIONAL NOS CONTEXTOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Como dito anteriormente, o compromisso ético do profissional de enfermagem no processo de cuidar da pessoa, família e coletividade deve ser assumido em todos os cenários da prática profissional. Por conseguinte, ao assistir a pessoa em qualquer situação de saúde, a conduta profissional não deve ser diferente, pois todos os fundamentos éticos e legais devem ser respeitados pelo profissional no exercício da enfermagem.

Contudo, no cenário de maior gravidade, o cuidado torna-se mais complexo tanto à pessoa quanto para o profissional, em virtude de o mesmo encontrar-se numa situação de maior vulnerabilidade para ocorrências éticas, dada a urgência e dramaticidade da situação para a tomada de decisões rápidas (OGUISSO, SCHIMIDT, 2007; CERRI et al., 2011).

Dentre essas ocorrências estudos têm evidenciado, a falta de humanização no cuidado, a dificuldade na comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e relacionadas ao direito de decisão da pessoa, as incertezas sobre limites de intervenções para prolongar a vida, as discordâncias de tomada de decisão entre os profissionais, a não aceitação do processo de morte pelos familiares da pessoa, a exposição desnecessária do corpo e a violação do sigilo profissional, emergindo “conflitos e dilemas com implicações éticas em decorrência da complexidade das relações que se estabelecem no ambiente onde se encontra esse paciente” (SOARES, 2011, p. 684).

Não podemos generalizar, contudo, é importante alertar que estudo sobre o respeito à privacidade da pessoa em situação crítica de saúde, aponta que em virtude da fragilidade, o mesmo é desrespeitado pelos profissionais de saúde, notadamente, em relação a sua autonomia. (SOARES, 2011).

Embora o Código de Ética preceitue como dever do profissional de enfermagem, o ato de permitir que a pessoa tome sua decisão sobre sua saúde, a prática tem mostrado que ainda perdura a decisão do profissional. É óbvio que nem sempre a pessoa terá autonomia plena para tomar decisões, em virtude da situação vivenciada, porém precisamos aprender a ouvir e esclarecer familiares e/ou responsáveis pelo mesmo, isto é, precisamos dar opções de escolha a fim de que possam tomar a melhor decisão para o seu ente querido.

Assim, “em alguns momentos, deliberar e decidir sobre o tipo de assistência à saúde torna-se uma tarefa árdua, principalmente quando os profissionais se deparam com os limiares críticos e tênues da vida dos pacientes hospitalizados” (CERRI et al., 2011, p. 464).

Frente ao avanço científico e tecnológico, o enfermeiro e sua equipe enfrentam novos desafios assumindo atividades mais complexas tornando esses profissionais mais propensos a se depararem com conflitos e dilemas éticos durante o exercício profissional,

em razão do processo de tomada de decisão também ser mais complexo (COGO et al., 2016).

Os Serviços de Urgência e Emergência, os Prontos Socorros e as Unidades de Terapia Intensiva, são cenários onde ocorrem os cuidados mais complexos, e aí, está inserido o profissional de enfermagem para enfrentar essas questões de natureza complexa e permeada de grande envolvimento e desgaste emocional.

Duarte; Lautert (2007, p. 65) afirmam que o conflito pode ser entendido como “uma oposição, uma contradição, uma luta de princípios, atitudes, métodos ou propostas” que podem ocorrer no cotidiano dos profissionais de enfermagem, gerando uma mobilização com vistas às mudanças, podendo, na maioria das vezes, ser benéfico tanto para a pessoa quanto para o profissional.

O processo de cuidar da pessoa em situação crítica gera questionamentos e dúvidas quanto à tomada de decisão ética. Podemos afirmar que existe um dilema ético quando há duas possibilidades de escolha aceitáveis e defensáveis, porém, temos que optar por uma possibilidade que julgamos ser mais adequada eticamente (FREITAS; FERNANDES, 2006).

Isso nos remete ao processo de tomada de decisão ética, isto é, a busca de uma alternativa de solução que consideramos mais acertada para a questão dilemática. Para tomar uma decisão ética é preciso que haja debate e socialização do problema entre a equipe de saúde, haja vista que são necessárias a reflexão e a crítica para alcançar um consenso para agir eticamente (FREITAS; FERNANDES, 2006).

A tomada de decisão ética pressupõe um processo compartilhado e tem como primeiro passo, a percepção e identificação do problema, seguido da análise da situação e dos argumentos, que considera o contexto, os riscos e os benefícios, a fim de assegurar a integridade física e psíquica da pessoa. A informação e comunicação são passos importantes, pois consistem em ouvir todas as partes envolvidas buscando um consenso voltado para o bem coletivo. Também se faz necessário a análise dos aspectos éticos e legais para eleger e selecionar as possíveis alternativas de conduta. Sempre que possível é desejável que a pessoa seja ouvida, após os devidos esclarecimentos para que possa participar de forma livre e esclarecida (SORATTO; SILVESTRINI, 2010; FREITAS; FERNANDES, 2006; GARCIA et al., 2009),

Assim, à semelhança das Comissões de Ética de Enfermagem, é oportuno ressaltar que no Brasil, a partir da década de 1990, as Comissões de Bioética de caráter multidisciplinar no contexto hospitalar, têm ocupado importante espaço no processo de tomada de decisão frente aos conflitos e dilemas (FREITAS; FERNANDES, 2006).

Por conseguinte, reforçamos que não somente o enfermeiro, mas os demais profissionais de enfermagem devem discutir e avaliar sua prática à luz da ética, a fim de analisarem sua atuação, suas condições de trabalho e suas dúvidas diárias (DUARTE; LAUTERT, 2007; OLIVEIRA; COELHO; MORAES-PARTELLI, 2023).

Contudo, vale ressaltar que “não basta ser exímio tecnicamente, é imprescindível que os profissionais estejam em constante atualização sobre os aspectos éticos, legais e técnicos, norteando suas condutas, posicionando-se de forma crítica e reflexiva diante dos dilemas éticos e morais que permeiam seu cotidiano”, pois o profissional competente abarca as dimensões técnica, científica, humana, ética e política (DUARTE; LAUTERT, 2007, p. 58).

Concordamos que cuidar de pessoas é um ato insubstituível e sublime, portanto, o profissional deve dispor de sólidos princípios éticos, pois lidará com a vida humana, histórias de vida, emoções e sentimentos. Importante ressaltar que precisamos valorizar a participação da pessoa, todavia, não considerando apenas o aspecto fisiológico, pois seu comportamento está diretamente relacionado ao que ele sente e pensa, haja vista que o homem é um ser biopsicossocial e espiritual.

Nunca é demais relembrar que quando isso não for possível, devemos escutar familiares ou pessoas próximas e significativas para ele. A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos e mal-entendidos, possibilitando o alcance dos objetivos definidos para a solução de problemas detectados na relação entre profissional e usuários dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tem a intenção de estimular o profissional de enfermagem a repensar sua prática nos diferentes contextos de cuidados, principalmente, frente a pessoa que se encontra em situação crítica, quando é tênue o limiar entre vida e morte.

Também instiga quanto à necessidade de refletir sobre dilemas éticos que o profissional enfrenta no processo de cuidar relacionado aos avanços científico e tecnológicos. Além disso, discutimos o papel das Comissões de Ética e Bioética para subsidiar o processo de decisão frente aos dilemas éticos e nos remete a repensar sobre outras inquietações referentes à formação profissional.

A partir daí, levantamos alguns questionamentos: Como estamos preparando, sob o ponto de vista ético, os futuros profissionais que atuarão nesses cenários de práticas? Os fundamentos éticos e legais da Enfermagem têm sido abordados junto aos profissionais que se encontram inseridos nos cenários de prática?

Reafirmamos que não basta somente a dimensão científico-tecnológica na formação do profissional de enfermagem, é essencial que o processo de formação dê maior ênfase à dimensão ética que norteia a prática desse profissional. A Enfermagem é uma profissão comprometida com a vida das pessoas. Cuidar é a essência da profissão, o que pressupõe um forte componente humanístico e interativo.

Nesta perspectiva, entendemos que o profissional de enfermagem somente estabelecerá uma relação de ajuda à pessoa sob seus cuidados, se pautar suas ações no

respeito à dignidade humana, o que significa agir em consonância com os preceitos éticos e legais da profissão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 94.406/87 de 08 de junho1987. Regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, 1987. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>. Acesso em: fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 5 mar. 2023.

BRANDT, R.A. Ética médica no novo milênio. **Einstein: Educ Contin Saúde**. v. 5, n. 3, p. 91-92, 2007.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2011

CERRI, A. et al. Problemas éticos no cuidado ao paciente crítico. **Cogitare Enferm**. v. 16, n. 3, p. 463-470, jul/set. 2011.

COELHO, M.P.; PARTELLI, A.N.M. Júri simulado no ensino da ética/bioética para a enfermagem. **Rev. Enferm UFPE online**. v. 13, n. 2, p. 499-510,2019.

COGO, A. L.P. et al. Case studies and role play: learning strategies in nursing. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 69, n. 6, p. 1.163-7, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0277>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 564/2017**. Aprova o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em www.cofen.gov.br. Acesso em 15 de junho de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 593/2018**. Normatiza a criação e o funcionamento das Comissões de Ética da Enfermagem nas Instituições com Serviço de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em 16 de dezembro de 2022.

DUARTE, L.E.M.; LAUTERT, L. O fazer dos enfermeiros em Centro Cirúrgico: seus conflitos e dilemas éticos. In: Malagutti W. **Bioética e Enfermagem**: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 4.ed. Curitiba: Positivo, 2009.

FOWLER, M.D.; DAVIS, A.J. Ethical issues occurring within nursing education, **Nursing Ethics**. v. 20, n 2, p.126–141, 2013.

FREITAS, G. F.; OGUISO, T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42, n. 1, p. 34-40, 2008.

FREITAS, G. F.; OGUISO, T. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n. 4, p. 489-494, 2007.

FREITAS, G. F.; OGUISO, T.; MERIGHI, M. A. B. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros Gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. **Rev Lat Am Enferm.** v. 14, n. 4, p. 497-502, 2006.

FREITAS, G. F.; FERNANDES, M. F. P. Ética e moral. In: Oguisso, T.; Zóboli, E. (orgs.). **Ética e Bioética: desafios para a Enfermagem e a Saúde.** Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

FREITAS, G. F. **Ocorrências éticas de enfermagem:** uma abordagem compreensiva da ação social, 2005. Tese de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GARCIA, C.T. et al. Equilibrio ético para toma de decisiones asistenciales en pacientes críticos. **Rev Cubana Enfermer.** Ciudad de la Habana. v. 25, n. 3-4, p. 0-0, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.sld.cu/scielo>. Acesso em: 20/07/2022.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da Enfermagem:** uma abordagem ético-legal. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2007.

LECHASSEUR, K.; et al. (2018). Ethical competence: an integrative review. **Nursing ethics,** 25(6), 694-706, 2018

OLIVEIRA, R. R. de.; COELHO, M. P.; MORAES-PARTELLI, A. N. Percepção da ética e bioética para os estudantes de enfermagem. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem,** [S. I.], v. 13, n. 41, p. 355-365, 2023. DOI: 10.24276/rrecien2023.13.41.355-365. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/746>. Acesso em: 25 maio. 2023.

SANTIAGO, M. M. A.; PALÁCIOS, M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. **Rev Bras Enferm.** v. 59, n. 3, p. 349-353, maio/jun. 2006.

SANTOS, L. R.; PONCE DE LEON, C. G. R. M.; FUNGHETTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 16 (Supl. 1), p. 855-863, 2011.

SCHNEIDER, D. G. et al. Problemas éticos na experiência clínica hospitalar de estudantes e profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência,** v.6, n. 1, p. e21111, 2022.

SOARES, N. V.; DALL'AGNOL, C. M. Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 24, n. 5, p. 683-688, 2011.

SORATTO, M.T.; SILVESTRINI, F. Dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à ordem de não ressuscitar. **Revista Bioethikos.** Centro Universitário São Camilo. São Paulo, v. 4, n. 4, p. 431-436, 2010.

CAPÍTULO 9

AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA POPULAÇÃO INDÍGENA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL ENTRE 2010 A 2016: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 03/07/2023

Ana Paula Barbosa Alves

Instituto Insikiran de Formação Superior
Indígena/ Universidade Federal de
Roraima

Kristiane Alves Araújo

Instituto Insikiran de Formação Superior
Indígena/ Universidade Federal de
Roraima

Juliana Pontes Soares

Instituto Insikiran de Formação Superior
Indígena/ Universidade Federal de
Roraima

Maxim Paolo Repetto Carreno

Instituto Insikiran de Formação Superior
Indígena/ Universidade Federal de
Roraima

Perla Alves Martins Lima

Universidade Estadual de Roraima

do câncer de colo uterino. E como objetivos específicos; apresentar as discussões de autores em relação a situação do câncer uterino na saúde indígena, principalmente no estado de Roraima, no período de 2010 a 2016; refletir sobre a cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero na população indígena. É uma pesquisa bibliográfica, o procedimento de coleta de dados, constituiu-se de uma análise de dados secundário pois utilizará dados já informados do Sistema DATASUS (SISCOLO), e da revisão da literatura, pois fará uso de materiais já elaborados: livros, artigos científicos, revistas, documentos eletrônicos e encyclopédias na busca e alocação de conhecimento sobre a/o prevenção do câncer do colo uterino e a saúde da mulher indígena na Amazônia Setentrional Brasileira, no período de 2010 a 2016. Trata-se ainda de uma revisão integrativa, pois fará a relação do conhecimento das abordagens já trabalhadas por outros autores. A região com maior estimativa de casos novos de neoplasias malignas do colo do útero, é a região norte do Brasil. A incidência do câncer do colo do útero em Roraima se destaca em relação ao cenário nacional e regional. Existe uma maior proporção de

RESUMO: Este estudo pretende saber qual é a real situação de saúde da mulher indígena da região norte do Brasil em relação ao câncer de colo uterino? E tem por objetivo geral: desenvolver uma revisão da literatura sobre a atenção à saúde indígena na região amazônica no extremo norte, em relação as ações de prevenção

lesões invasoras entre as indígenas. Indicando assim, uma maior dificuldade de acesso as ações de controle do câncer do colo do útero. O diagnóstico de câncer em pacientes indígenas é tardio, em estágio mais avançado, com resultados mais desfavoráveis. A situação de saúde da mulher indígena em relação ao câncer de colo uterino, é preocupante evidencia-se uma alta susceptibilidade e vulnerabilidade social a este problema de saúde pública. Mesmo a saúde indígena sendo prioridade segundo alguma políticas já instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAISUS), observa-se uma dificuldade na realização dos rastreamentos e acompanhamento dos seguimentos e tratamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Indígena; Prevenção do Câncer do colo do Útero; Região Norte

ABSTRACT: This study intends to know what is the real health situation of indigenous women in the northern region of Brazil in relation to cervical cancer? It has as its general objective: to develop a literature review on indigenous health care in the Amazon region in the far north, in relation to cervical cancer prevention actions. And as specific objectives; to present the authors' discussions regarding the situation of uterine cancer in indigenous health, mainly in the state of Roraima, from 2010 to 2016; to reflect on the coverage of early detection of cervical cancer in the indigenous population. It is a bibliographical research, the data collection procedure, consisted of a secondary data analysis because it will use already informed data of the DATASUS System (SISCOLO), and the literature review, because it will make use of already elaborated materials: books, articles scientific papers, magazines, electronic documents and encyclopaedias in the search and allocation of knowledge about the prevention of cervical cancer and the health of indigenous women in the Northern Brazilian Amazon, from 2010 to 2016. It is also an integrative review , because it will make the relation of the knowledge of the approaches already worked by other authors. The region with the highest estimate of new cases of malignant neoplasms of the cervix is the northern region of Brazil. The incidence of cervical cancer in Roraima stands out in relation to the national and regional scenario. There is a greater proportion of invasive lesions among indigenous women. Indicating thus, a greater difficulty of access to the actions of control of cancer of the cervix. The diagnosis of cancer in indigenous patients is late, in a more advanced stage, with more unfavorable results. The health situation of indigenous women in relation to cervical cancer is worrying, a high susceptibility and social vulnerability to this public health problem is evident. Even indigenous health being a priority according to some policies already instituted by the Ministry of Health, through the Special Secretariat of Indigenous Health (SESAISUS), it is observed a difficulty in the accomplishment of the traces and follow-up of the follow-ups and treatments.

KEYWORDS: Indigenous Health; Prevention of Cervical Cancer; North region

1 | INTRODUÇÃO

A palavra câncer (neoplasias/neoplasias malignas) é empregada de forma geral para conceber um conjunto de mais de 100 doenças, que abarcam tumores malignos de distintas localizações. São células que tendem a ser invasivas e incontroláveis e podem

alastrar-se para outras regiões no corpo, por meio de metástases. A doença não escolhe idade para se manifestar, contudo existem relação com o envelhecimento e a maioria dos tipos de câncer. Os cânceres trazem desempenhos distintos e necessitam de tratamentos diferentes até mesmo quando se trata de câncer do mesmo órgão (INCA, 2014).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram os de mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (BRASIL, 2016).

Os principais tipos de casos incidentes de câncer no Brasil já analisados são em sua maioria de: cavidade oral, esôfago, estômago, cólon e reto, laringe, traqueia, brônquio e pulmão, melanoma maligno da pele, outras neoplasias malignas da pele, mama feminina, colo do útero, corpo do útero, ovário, próstata, bexiga, Sistema Nervoso Central, glândula tireoide, linfoma de Hodgkin, linfoma não Hodgkin, leucemias. Os principais tratamentos de combate e de controle do câncer são: as cirurgias, a quimioterapia (método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos) e as radioterapia (utilização de radiação ionizante) (BRASIL, 2014).

As melhorias das ciências médicas no campo da oncologia são evidentes e se intensificaram nas últimas décadas do século XX, acarretando impacto na perspectiva da prevenção, do diagnóstico, da proposta terapêutica e dos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos são conceituados como uma abordagem para promover a qualidade de vida dos pacientes e famílias que padecem com problemas associados ao câncer. Assim, busca-se a prevenção e o alívio do sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002).

Desta maneira, o câncer é um dos grandes problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, e em desenvolvimento (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005). De acordo com a análise estatística da Agência Internacional para a Pesquisa em Câncer da Organização Mundial de Saúde (IARC, da sigla em inglês), o câncer, em 2030, irá superar as doenças cardiovasculares como a primeira causa de mortalidade no mundo (IARC, 2012).

Nos períodos de 1975 a 2000, a incidência de câncer dobrou e deve duplicar novamente entre 2000 e 2020. Para 2030, estimam-se 17 milhões de óbitos, 27 milhões de novos casos e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer durante os cinco anos seguintes a seu diagnóstico, sendo que nos países mais pobres acontecerão mais da metade dos novos casos e dois terços dos óbitos (WHO, 2008).

Em países de maior renda, predominam os cânceres de pulmão, mama, próstata e cólon, e nos de baixa e média rendas, os de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero. Mas o padrão de mudança está muito acelerado, e vem-se observando um aumento

progressivo de casos de câncer de pulmão, mama e cólon nos países mais pobres, casos que historicamente não tinham uma grande expressividade (INCA, 2014). As condições de vida precárias e o menor acesso a serviços de saúde de qualidade fazem com que os casos de determinados tipos de câncer sejam mais altos, como é o caso do câncer do colo do útero, com que falte o diagnóstico ou que este seja tardio e, assim, a sobrevida seja menor (INCA, 2016).

O número estimado para 2014/2015 é de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer no Brasil, incluindo os casos de pele não melanoma, que é o tipo mais incidente para ambos os sexos (182 mil casos novos), seguido de próstata (69 mil), mama feminina (75 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (BRASIL, 2014) (FACINA, 2014).

Alvarenga (2016), comenta que as altas taxas de mortalidade e de incidência em relação ao câncer, no Brasil, está presente nas regiões mais pobres do país, com menor desenvolvimento. Esta afirmativa expressa a relação das desigualdades sociais entre os diferentes grupos socioeconômicos e a sua exposição a fatores de risco presentes nessas áreas. O aparecimento do câncer está associado a más condições de vida como a falta ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde, especialmente programas de rastreio da população.

Em mulheres antes dos 30 anos é pouco comum haver casos de câncer do colo do útero, e o pico de sua incidência máxima se dá dos 45 a 50 anos. A chance de óbito aumenta progressivamente a partir dos 40 anos, com significativas diferenças entre as regiões do país. Em 2016, no Brasil são esperados 16.340 casos novos, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. É a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, excluído pele não melanoma. Em relação as regiões do país, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte com 23,97 casos/100 mil mulheres; na Região Centro-Oeste com 20,72 casos/100 mil mulheres e na Região Nordeste com 19,49 casos/100 mil mulheres, ocupa a segunda posição; na Região Sudeste 11,30 casos/100 mil mulheres, a terceira; e, na Região Sul 15,17 casos/100 mil mulheres, a quarta posição. Esses valores são ainda considerados intermediários, mas ainda são altas, comparadas aos países ricos, que tem serviços organizados de diagnóstico precoce bem estruturados (INCA, 2016). E ainda, existe o problema da subnotificação, devido ao subregistro de mortalidade, que mascara a real condição sanitária das mulheres no país, que não esclarece a magnitude do problema nas regiões brasileiras (ALVES; BASTOS; GUERRA, 2009, 2010; ANTUNES, 2006; GAMARRA; VALENTE; SILVA, 2010a; 2010b; MENDONÇA et al, 2008; SILVA et al, 2010; ZEFERINO, 2008).

O câncer de colo uterino foi responsável por uma taxa de mortalidade de 265 mil óbitos em mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. Em 2013, no Brasil, ocorreram 5.430 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos

para cada 100 mil mulheres. A sobrevida em cinco anos para essa doença melhorou ao longo dos anos, no mundo passou de menos de 50% para mais de 70%. No Brasil, para o período de 2005 a 2009, a sobrevida ficou em torno de 61% (BRASIL, 2016).

As múltiplas determinações na formação dos vários tipos de câncer são irrefutáveis, e o mesmo fator de risco pode estar envolvido na gênese de vários processos crônicos. Como por exemplo, o tabagismo e a obesidade, relacionados a vários tipos de câncer, a doenças cardiovasculares e respiratórias. Fatores de risco podem estar relacionados ao meio ambiente, ao padrão genético ou a hábitos e costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural. Os casos de câncer atribuídos exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos são incomuns, ainda que o fator genético exerça um importante papel. A pluralidade dos casos está relacionada ao meio ambiente, compreendido como o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) e o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida) (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

A inquietação sobre esse estudo surgiu quando realizou-se a análise dos registros das informações no programa de controle e prevenção do câncer de colo uterino – SISCOLO, e evidenciou-se uma alta incidência da câncer do colo do útero nos Estados da Região Norte do País e uma baixa cobertura na realização dos exames de citopatológico de câncer do colo do útero na rede pública de saúde dos municípios do Estado de Roraima. Pretende-se, portanto, com esta pesquisa elaborar um estudo que venha contribuir para esclarecer, a seguinte pergunta norteadora: qual é a real situação de saúde da mulher indígena da região norte do Brasil em relação ao câncer de colo uterino?

Neste sentido, pretende-se responder as seguintes hipóteses: não existe uma priorização de ações para o promoção da saúde e prevenção do câncer do colo do útero por parte da gestão e dos profissionais de saúde que trabalham com a saúde indígena na região norte do país; e as informações sobre a situação da prevenção do câncer do colo do útero nas mulheres indígenas não são satisfatórias para a identificação de um diagnóstico situacional de saúde que forneça dados concretos que orientem os serviços nas atividades, políticas e planejamento em saúde no combate a doença.

As principais estratégias para o controle do câncer são prevenção/ detecção precoce, diagnóstico/tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, através de ações e intervenções que dependem do tipo de câncer e se caracterizam pela necessidade de abordagem intersetorial e multidisciplinar (INCA, 2012). Para o enfrentamento das condições crônicas, no que se refere à organização da atenção, a instituição de redes com definição clara de perfis e funções de cada nível e mecanismos de coordenação muito bem distribuídos e interligados é essencial para a garantia do cuidado integral (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

Essa pesquisa se justifica através da necessidade de acesso as ações de prevenção do câncer de colo uterino para a populações mais vulneráveis, como é o caso da mulher indígena. A revisão da literatura poderá contribuir para o fortalecimento das ações de

estratégia de prevenção, acompanhamento dos seguimento, entre outro, e demostrar para os gestores dos serviços de saúde as contribuições do meio acadêmico, como ferramenta de apoio para o serviço assistencial, em prol da vida das mulheres indígenas no Brasil.

2 | OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo geral desenvolver uma revisão da literatura sobre a atenção à saúde indígena na região amazônica no extremo norte, em relação as ações de prevenção do câncer de colo uterino. E como objetivos específicos:

- Apresentar as discussões de autores em relação a situação do câncer uterino na saúde indígena, principalmente no estado de Roraima, no período de 2010 a 2016;
- Refletir sobre a cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero na população indígena;

3 | REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Considerações sobre a organização da saúde indígena no Brasil

A política atual da saúde indígena foi fruto de uma mobilização de diversos atores e instituições indígenas e indigenistas, no mesmo período da reforma sanitária brasileira e com interlocuções com a mesma. Os princípios e diretrizes que vão conformar o Sistema Único de Saúde (SUS), também integram a política de saúde indígena. (ATHIAS; MACHADO, 2001).

A implementação da P.N.S.P.I. requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados par a proteção, promoção e recuperação da saúde. O Subsistema é um componente do SUS. A Lei no. 9836/99, conhecida como Lei Arouca, institui o “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” (SASISUS), na verdade, acrescenta o Capítulo V ao Título II da Lei 8.080/90. Segundo os princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social como rege as leis n.º 8.080, de 19/09/1990, e a lei n.º 8142, d 28/12/1990 (BRASIL, 2002).

A proposta de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) vem refutar o tipo de assistência médica que a população indígena vinha recebendo historicamente, um atendimento com características emergenciais ou pelo modelo campanhista sanitarista, como exemplo das Equipes Volantes de Saúde (EVSSs), ou dos atendimentos ofertados pelas conveniadas mantidas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), destinadas ao controle de epidemias. Com a sua incorporação ao SUS, busca-se considerar a especificidade cultural desses povos e a necessidade de um “subsistema” de saúde diferenciado, que ainda para sua organização, considere as áreas territoriais

indígenas sob sua responsabilidade, assim como as necessidades de infraestruturais e de recursos humanos para a otimização das ações em saúde, por meio da criação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs), lotadas em cada Unidade Básica de Saúde e da promoção do programa de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs), como uma das principais estratégias para a execução desse projeto, por meio da capacitação de agentes nativos para atuarem nesse âmbito e em suas próprias comunidades (BRASIL, 2000; CARDOSO, 2015).

Foram criadas 34 DSEIs, atualmente potencialmente Unidades Gestoras “autônomas”, instituídas de acordo com áreas territoriais indígenas diferenciadas. Foram criados ainda, 4 escritórios locais; 354 polos base e 62 casas de saúde indígena (CASAI), as quais são unidades de apoio ao atendimento aos povos indígenas; 751 postos de saúde; 9.021 profissionais-EMSI e NASI; 4.132 AIS (Agente Indígena de Saúde); 1. 387 AISAN (Agente Indígena de Saneamento) (SESAI, 2011).

A partir do final de 2010, o SASISUS passou a ser subordinado ao Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, publicado no Diário Oficial da União (DUO) de 20 de outubro de 2010, em que oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). As principais funções da SESAI é coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional, tendo como missão a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e cumprir com a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde de acordo com as especificidades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2011).

3.2 Perfil de morbimortalidade da população indígena no Brasil

Segundo o último censo realizado em 2010 (ISA, 2011, IBGE, 2010), no Brasil vivem mais 896,9 mil indígenas (36,2% em área urbana e 63,8% em terras indígenas); 305 etnias (a maior etnia é a Tikuna); 274 línguas, sendo a Tikuna a mais falada (34,1 mil pessoas), dos 786,7 mil indígenas de 5 anos ou mais, 37,4% falam uma língua indígena e 76,9% falam português. Entre as regiões, o maior contingente está na região Norte (342,8 mil indígenas), e o menor, no Sul (78,8 mil). O País tem 505 terras indígenas, que representam 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), em que residem 517,4 mil indígenas (57,7%), dos quais 251,9 mil (48,7%) estão na região Norte.

A terra com maior população indígena é Yanomami, no Amazonas e em Roraima, com 25,7 mil indígenas. Foi observado equilíbrio entre os sexos para o total de indígenas: para cada 100,5 homens, há 100 mulheres. Há mais mulheres nas áreas urbanas e mais homens, nas rurais. Percebe-se, porém, um declínio no predomínio masculino nas áreas rurais entre 1991 e 2010, especialmente: no Sudeste (de 117,5 para 106,9), Norte (de 113,2 para 108,1) e no Centro-Oeste (de 107,4 para 103,4). Entre 2000 e 2010 observa-

se que há mais jovens índios do que idosos, o que reflete a alta taxa de fecundidade e mortalidade entre indígenas, principalmente na área rural.

No Brasil os povos indígenas perpassam por um contínuo processo de transformação histórico, em consequência da interação com a sociedade envolvente não indígena. Essas transformações ecoam nas diferentes esferas do universo indígena. Podemos destacar as modificações nas estratégias de subsistência, nas formas de ocupação do território, na exploração dos recursos naturais, nas relações políticas travadas no âmbito interno e externo às aldeias e na inserção no mercado de trabalho regional, com marcantes impactos na maneira como essas sociedades se organizam. (BASTA et al, 2012).

Os determinantes do processo saúde-doença dos povos indígenas são altamente diversificados, o perfil epidemiológico pode variar substancialmente de um grupo para outro, e muitas vezes dentro de uma mesma etnia. Desta forma, é praticamente impossível definir padrões epidemiológicos generalizáveis ou construir indicadores de saúde que consigam englobar a enorme diversidade existente entre as populações nativas brasileiras (BRASIL, 2006).

Os indicadores de saúde variam consideravelmente entre a população indígena e os grupos não-indígenas. Estudos mostram que a população indígena continua marginalizada da sociedade, com maior dificuldade para acesso a saúde e educação. (WORLD, 2006)

As principais causas de morte na população indígena brasileira são: as doenças infeciosas (tuberculose, malária, hepatites virais); as diarreias, desenvolvimento humano comprometido, a desnutrição, as doenças carências, as doenças do aparelho respiratório, circulatório, e doenças consideradas comportamentais (alcoolismo, suicídio, violência externa) permanecem como importante causa de morbimortalidade (COIMBRA JR; SANTOS, 2000; BASTA et al, 2012).

Atualmente, observa-se um processo de transição das doenças infectoparasitárias para as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT); os transtornos mentais e comportamentais; as causas externas de adoecimento e morte. Entre as principais doenças DCNT, estão a hipertensão arterial, a diabetes mellitus tipo II, e as neoplasias, a obesidade; entre os indivíduos maiores de 30 anos de idade; e à desidratação e à desnutrição, a anemia, a tem maior incidência em crianças menores de cinco anos de idade (CASTRO, 2008, BASTA et al, 2012). A incidências dessas novas doenças, como o câncer, por exemplo, são devidas a incorporação de novos hábitos culturais e urbanização, relacionados ao contato com a sociedade ocidental (BASTA et al, 2012).

Na literatura encontram-se poucos estudos sobre a incidência e distribuição dos diferentes tipos de câncer entre as populações indígenas brasileiras. Nascimento, et al (2015), em seu estudo sobre o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes indígenas com diagnóstico de câncer atendidos em um serviço de referência em oncologia no estado do Pará, descreve a incidência do câncer nesta população. Identificou-se se um índice

de baixa escolaridade entre a população indígena e um maior intervalo de tempo entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento oncológico para esta população, acima de 60 dias em 60% dos casos e com tempo médio de 113 dias (mais de 03 meses), bem diferente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil. E o tipo de câncer mais frequente foi o de colo uterino.

3.3 Saúde indígena em Roraima

O estado de Roraima é o estado de maior população indígena do país com 49.637 índios, que ocupam uma área de 10.370.676 hectares. As principais etnias indígenas são: Macuxi, Taurepang, Ingarikó, Yanomami, Ye'Kuana, Patamona, Wapixana, Waimiri-Atroari e Wai-Wai. (IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO-2010), as quais não foge da realidade do panorama epidemiológico nacional referente as populações indígenas.

Em Roraima, o perfil epidemiológico conforme dados coletados pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) do estado de Roraima, em 2014 os principais agravos notificados em números absolutos em todas as faixas etárias em indígenas foram: a AIDS - 20 casos; a candidíase - 30 casos, toxoplasmose congênita - 31 casos; a tuberculose - 37 casos; a varicela - 47 casos; outras doenças inflamatórias pélvicas femininas - 57 casos; a violência interpessoal/autoprovocada - 65 casos; a leishmaniose visceral - 66 casos; a leishmaniose tegumentar americana - 84 casos; síndrome do corrimento cervical em mulheres - 105 caos; as hepatites virais - 171 casos; acidente por animais peçonhentos - 237 casos. (SESAU, 2015).

As doenças que acometem as populações indígenas do leste de Roraima são as doenças respiratórias, as diarreias, o tracoma, a HIV/AIDS, tuberculose, malária, a diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, alcoolismo e obesidade, são todas extremamente preocupantes, devido a sua patogênese e consequentes sequelas. Vale destacar que em 2010 a incidência de tuberculose do estado foi de 28 por 100.000 habitantes, sendo a capital a cidade de Boa Vista com uma incidência de 27,1 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade por diabetes em Roraima, no período de 1996 a 2009 foi superior à apresentada pelo Brasil e pela região Norte. Nos anos 2008 a 2010, foram realizadas atividades de busca ativa de casos de Tracoma em áreas com piores condições socioeconômicas em alguns municípios e registradas prevalências acima de 10% em Boa Vista, Bonfim e São João da Baliza. Em áreas indígenas foram detectados casos de tracoma ativo no Distrito Sanitário Especial Indígena Leste, nos anos 2007 e 2008, com aldeias apresentando prevalência de até 45% (BRASIL, 2011).

Conforme Coordenação Geral da Vigilância em Saúde-CGVS do Estado de RR, a partir do Sistema de Informações de Agravos Notificados-SINAN, foram notificados 1.199 casos de doenças/agravos sendo que as de maior prevalência na população indígena no ano de 2014 em ambos os sexos foram: Acidentes por animais peçonhentos, representando 19,8 % dos casos, principalmente na população com faixas etárias entre 10 a

14 anos (16,9%); hepatites virais 14,3% dos casos concentradas principalmente nas faixas etárias 20-29 anos (12,2%); síndrome do corrimento cervical em mulheres com 8,8% dos casos acometendo principalmente as faixas etárias 30 a 39 anos (32,4%); leishmaniose tegumentar americana 7% dos casos com maior prevalência nas faixas etárias 20-29 anos (26,2%); leishmaniose visceral 5,5% dos casos principalmente em crianças de 1-4 anos (27,3%); violência interpessoal autoprovocada 5,4% dos casos principalmente nas faixas etárias 20 -29 anos e 30-39 ambas com 21,5% e tuberculose com 3,1% dos casos principalmente nas faixas etárias 20 a 29 anos (21,6%) (SESAU/RR, 2015).

Segundo Hayd et al., (2008) afirmam, que é fato o aumento nas taxas de mortalidade causados por doenças degenerativas, relacionados a problemas nutricionais, na gestação e no período perinatal em Roraima. Entre as principais causas de óbitos permanecem as infecções respiratórias agudas, as doenças diarreicas e as causas externas. O grupo das causas mal definidas inclui os óbitos atribuídos a doenças indígenas.

Assim, os padrões de morbimortalidade da população indígena em Roraima não contrapõem o cenário epidemiológico nacional que se encontra em transição, no qual se incluem as doenças crônicas não transmissíveis; as “doenças sociais” como o alcoolismo, os transtornos psiquiátricos, o suicídio e as mortes por causas externas vêm sendo reportadas como as causas de mortalidade crescentes entre os indígenas no Brasil. O alcoolismo e o suicídio, entre os grupos indígenas no Brasil, são problemas complexos, potencializados pelo processo de interação com a sociedade envolvente, que muitas vezes promove a desestruturação sociocultural e econômica dos grupos nativos. As chamadas doenças sociais necessitam de uma abordagem interdisciplinar (HAYD et al,2008; BASTA et al, 2012).

3.4 A promoção da saúde como uma racionalidade para qualidade de vida

A palavra prevenir em Ferreira (2003) significa “preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”. No caso da saúde, especificamente, relaciona-se a evitar doenças. As ações de prevenção se orientam, portanto, para o “controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidades específica, sendo seu foco a doença” (BUSS, 2009, p.33).

O termo promover traz como significado dar impulso a fomentar, originar, gerar (FERREIRA, 2003), e tratando-se da saúde refere-se ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. (...). Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. “Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Segundo Rabello (2010), a promoção da saúde atualmente exige que os cuidados

em saúde transcendam as concepções da biomedicina, tanto no âmbito clínico como na saúde pública, buscando continuamente sua construção e reconstrução de acordo com as perspectivas dos pacientes, do sentido de suas experiências as quais condicionam e situam sua realidade, e através do ponto de vista da gestão do Estado implica levar em conta a contribuição política da sociedade civil organizada.

Corroborando com esses conceitos, Czeresnia (2009) enfatiza que a ideia de promoção envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. A mesma vai além de uma aplicação técnica e normativa, pois não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle.

Buss (2000) discute a contribuição da promoção da saúde como campo de conhecimento e de prática para a qualidade de vida, trazendo como essência da discussão os conceitos que aproximam promoção da saúde e qualidade de vida, bem como algumas estratégias e iniciativas capazes de operacionalizar sua interação. Para o autor, a nova concepção de saúde que a identifica com bem-estar e qualidade de vida ultrapassam as barreiras estáticas do conceito de doença, sendo importante a sua construção separadamente, pois a saúde atual é compreendida como um estado dinâmico, produzida pelos determinantes sociais. Daí o conceito ampliado de saúde como resultante das condições de moradia, educação, transporte, acesso a bens e serviços essenciais, lazer, entre outros. Contraria o conceito anterior da saúde como mera ausência de doenças, ou como a visão utópica do completo bem-estar físico, mental e social da OMS.

A promoção da saúde, portanto, insere-se no debate da transformação social e no desenho de políticas e ações integrais que possibilitem alternativas de desenvolvimento, o que enfatiza a importância do Estado e da sociedade civil na consecução de suas propostas. Neste sentido, ela defende a autonomia dos sujeitos, o empoderamento e a participação social em todo seu processo, tanto em nível macro, como nas micro-agências de poder (RABELLO, 2010).

Inserindo a Promoção da saúde no campo de discussão do processo educacional, verifica-se que há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais (CIRYNO; PEREIRA, 2004), o que reflete essencialmente nos processos de trabalho dos profissionais na sua atuação. Tal fato tem estimulado as instituições a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde.

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romperem com as estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (CIRYNO; PEREIRA, 2004).

Barba, Martinez e Carrasco (2003) defendem que uma visão intersetorial poderá se constituir em um caminho, quando se objetiva a promoção da saúde e educação no Brasil. Saúde, educação e desenvolvimento são conceitos que não podem caminhar sozinhos.

Buss (1999) ressalta que no Brasil, a transição demográfico-epidemiológica caracteriza-se pela prevalência cada vez mais elevada de doenças e fatores de risco relacionados com os estilos de vida, exigindo a transformação do modelo assistencial, com a maior oferta de serviços e ações preventivas e de promoção da saúde baseadas em evidências, o que inclui iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação.

3.5 O câncer de colo úterino e a mulher indígena

O câncer de colo do útero é caracterizado pelas transformações desordenadas intraepiteliais progressivas que podem desenvolver um processo invasor lento que levar vários anos (10 a 20 anos). É uma doença com maior potencial de cura, é prevenível por meio da citopatologia oncotica e, graças à essa lenta progressão, é possível a sua detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno (PEREIRA, et al, 2011; KUSCHNIR; SILVA, 2015).

A incidência do colo de útero aumenta progressivamente até seu pico na faixa etária de 45 a 50 anos, e a mortalidade aumenta a partir dos 40 anos de vida. E apresenta-se associado à infecção constante por alguns subtipos do Papilomavírus Humano (HPV), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos canceres cervicais (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

A infecção pelo HPV é muito comum, e estima-se que a maioria das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Mas, o câncer é desfecho raro, e, na maioria das vezes, a infecção é transitória e regredire espontaneamente entre seis meses a dois anos após a exposição (INCA, 2014).

Sobre a saúde da mulher, houve um rápido crescimento e avanço nos estudos na literatura brasileira, no início deste século, que destacam as relações de gênero, saúde sexual, anticoncepção, epidemiologia de doenças sexualmente transmissíveis, câncer ginecológico, tabagismo, entre outros. Mas existem muitos poucos estudos, sobre os grupos étnicos/ raciais específicos, sendo que na sua maioria trabalham com mulheres negras (PEREIRA, et al, 2011).

Para o controle do câncer de colo do útero são fundamentais as ações para sua detecção precoce que consistem no rastreamento e o diagnóstico precoce, com seguimento/acompanhamento e tratamento das lesões. O rastreamento (screening) para o câncer consiste na aplicação de um teste ou exame numa população assintomática (aparentemente saudável), com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento. O rastreamento pode ser de base populacional, quando toda a população alvo de um país é buscada, ou oportunístico, quando se aproveita a procura por ações e serviços de saúde (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

O Ministério da Saúde estabelece que o método principal para o rastreamento é o exame Papanicolau (citopatológico do colo do útero). O rastreamento realizado no Brasil é do tipo oportunístico, em que esperam as mulheres procurarem os serviços de saúde. Conforme as diretrizes nacionais, o exame deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, em que já tiveram relações sexuais, com realização do exame uma vez por ano e, após dois exames consecutivos com resultados negativos, a cada três anos (KUSCHNIR; SILVA, 2015, BRASIL, 2002, OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Há uma grande relação entre a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero e piores condições de vida, aliadas as dificuldades de acesso as ações e serviços de saúde. A promoção da saúde perpassa por intervenções que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, que garantam a acessibilidade à informação e à atenção integral à saúde (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

Corroborando, Oliveira (2015), Marrone; Marrone (2010); Albring (2006) afirmam que existe uma escassez de dados sobre a distribuição dos diferentes tipos de câncer entre as populações indígenas brasileiras na literatura científica. Em relação a ausência de análises científicas sobre as condições de saúde dessas específicas populações, pode-se pensar que uma justificativa possível, poderia ser as dificuldades geográficas e socioeconômica que a população indígena tem para ter acesso aos serviços de saúde, havendo assim uma subnotificação dos dados de incidência do câncer (OLIVEIRA, 2015).

Neste sentido, os estudos sobre a saúde da mulher indígena são escassos, e quando são realizadas, em sua maioria, acontecem com populações indígenas da região Amazônia. Os resultados dessas pesquisas mostram, um quadro alarmante, caracterizado por elevadas prevalências de doenças sexualmente transmissíveis, lesões ginecológicas de etiologias variadas, mastopatias, além de queixas generalizadas de dores do baixo ventre, dispareunia e leucorréia (COIMBRA JR; GARNELO, 2004; MARTINS; THULER; VALENTE; 2005).

Contudo, ao se considerar a diversidade étnicocultural dos povos indígenas não se pode generalizar os resultados dessas pesquisas para as demais comunidades/aldeias/etnias do Brasil (COIMBRA JR; GARNELO, 2004). Esses povos estão distribuídos por todo o território nacional, e se dividem em várias etnias, com características sociais, culturais e econômicas distintas. Alguns estudos com a população indígena, descrevem que algumas etnias apresentam uma resistência em participar dos programas de prevenção, como campanhas de imunização e exame preventivo de câncer do colo uterino (PEREIRA, et al, 2011).

Em um estudo sobre a prevalência de alterações citológicas cervicais em indígenas do extremo norte da Amazônia brasileira demonstrou uma a elevada prevalência de lesões intraepiteliais cervicais e câncer do colo do uterino entre as mulheres Yanomami, mais isoladas geográfica e culturalmente, que as mulheres das etnias Macuxi e Wapichana do Distrito Sanitário Especial Leste de Roraima, apresentaram maiores prevalências de lesões

citológicas. A maior proporção de mulheres rastreadas pela primeira vez na etnia Yanomami sugere a ocorrência de baixa cobertura do exame preventivo nesse grupo (FONSECA, et al, 2014).

Vários estudos afirmam, que infelizmente o câncer é uma das principais causas de morte nas populações não indígenas, principalmente em países desenvolvidos. Mas mesmo os indicadores de saúde indicarem um baixa incidência de câncer em indígenas, essas populações tem os piores desfechos, com maior mortalidade, quando comparadas com populações não indígenas vivendo no mesmo país (AGUIAR JR et al, 2016).

O aumento de estudos científico sobre a saúde da mulher indígena e sua relação sobre o controle e prevenção do câncer do colo uterino (CCU) poderá contribuir para o aprimoramento das estratégias de prevenção e tratamento desta doença (CCU) e para o a fundamentação de um planejamento de saúde adequado, que promova o aprofundamento para o conhecimento sobre as causas do câncer e sobre elas buscar ações que permitam a melhoria de acesso integral aos serviços de saúde na sua região e com a oferta de uma atenção de qualidade para a mulher indígena.

4 | METODOLOGIA DE PESQUISA

Este estudo será uma pesquisa bibliográfica. Marconi e Lakatos (2010, p.142), afirmam que “a pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema”.

O procedimento de coleta de dados, se constituirá de uma análise de dados secundário pois utilizara dados já informados do Sistema DATASUS (SISCOLO), e da revisão da literatura, pois fará uso de materiais já elaborados: livros, artigos científicos, revistas, documentos eletrônicos e encyclopédias na busca e alocação de conhecimento sobre a/o prevenção do câncer do colo uterino e a saúde da mulher indígena na Amazônia Setentrional Brasileira, no período de 2010 a 2016.

Trata-se ainda de uma revisão integrativa, pois fará a relação do conhecimento das abordagens já trabalhadas por outros autores. A revisão integrativa contém a apreciação de estudos relevantes que oferecem apoio para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, permitindo a composição do conjuntura da racionalidade de um determinado assunto, além de assinalar espaços do conhecimento que necessitam ser atestadas com a efetivação de análises originais. Este processo de pesquisa admite a síntese de múltiplos desenhos publicados e possibilita terminações gerais a reverência de uma particular área de estudo. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.1 Discussão e análise dos resultados

A seguir nesta primeira sessão serão apresentados os dados secundários obtidos para refletir sobre a magnitude do câncer do colo do útero no Brasil, Região Norte e no Estado de Roraima, e em uma segunda sessão serão apresentados os dados obtidos sobre a literatura pesquisada para a análise integrativa.

4.1.1 Análise da situação de saúde

Os estudos epidemiológicos sobre os indicadores demográficos e de morbimortalidade tem o objetivo de elaborar os “diagnósticos de saúde”, uma prática antiga nos serviços de saúde, mas por vários motivos, nas últimas décadas essa atividade foi sendo abandonada ou reduzida no nosso país, ocasionando evidentes prejuízos a um apropriado desempenho dos serviços de saúde. No entanto, recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem buscado a retomada dessa atividade (análise da situação de saúde), estimulando a utilização ampla da epidemiologia para o acompanhamento e análise sistemática da evolução de indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde, para melhor compreensão dos determinantes das condições de saúde da população.

A análise da situação de saúde nos oferece uma ideia das profundas modificações ocorridas em nosso país nos últimos sete anos e das repercussões que essas mudanças deveriam determinar nas prioridades a serem observadas pelas políticas implementadas pelo setor da saúde e relacionadas com a promoção da saúde e prevenção do câncer do colo do útero.

| INDICADORES | 2010 | 2016 |
|--|--------------------|--------------------|
| População total | 190.755.799 | 206.081.432 |
| Taxa de fecundidade | 1,87 | 1,72 (2015) |
| Crescimento populacional anual (%) | 1,64% (1991/2000) | 1,17% (2000/2010) |
| Pop. de < 5 anos (milhões) | 9,05 | 7,59 |
| Taxa de analfabetismo (Brasil) | 9,4 | 8,0 (2015) |
| Nível de Escolaridade da população com pelos menos um curso de nível superior completo | 4,4 (2000) | 7,9 (2010) |
| % de domicílios com água | 168.370.893 (2000) | 189.461.396 (2010) |
| Óbito infantil por diarreias | 632 | 394 (2015) |
| Óbitos por Causas Evitáveis em menores de 5 anos/ Brasil | 46.877 | 29.700 (2015) |
| Óbito por doenças infeciosas outras e as NE | 126 | 134 |
| PIB per capita | 20.371,64 | 26.445,72 (2013) |
| % de idosos (60 anos e +) na pop. | 20.590.599 | 20.889.849 (2012) |
| Razão de dependência | 53,54% | 48,77% (2012) |
| Renda familiar per capita (em R\$) | 767,02 R\$ | 1.226,00 R\$ |

TABELA 1. Evolução de alguns indicadores sociais, demográficos e de saúde no Brasil, nas décadas de 2010 (com variações para de 1991, 2000) e 2016 (com variações de 2010, 2012,2013 e 2015).

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 1996: IBGE - Contagem Populacional; IBGE, Censo Demográfico 1940/2010; 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; IBGE-Estimativa populacional; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>

Esse quadro de contínuas modificações salienta a relevância da capacitação dos serviços de saúde para a análise e interpretação desses indicadores à luz, por exemplo, do conceito como o de “transição epidemiológica” (mudança do perfil epidemiológico) (WALDMAN, 1998). Com baseamento nesse conceito, busca-se compreender as profundas mudanças que ocorreram nos padrões de morbimortalidade nas últimas décadas. Entre elas a queda da mortalidade infantil e a significativa diminuição da morbimortalidade pela doença diarreica, que repercutiram, por exemplo, no aumento da “esperança de vida”.

Com o aumento do envelhecimento da população nas últimas décadas, no Brasil, nota-se mudanças nas causas de mortalidade e morbidade, em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. E esse processo engloba, basicamente, três mudanças: - o aumento da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis (o câncer é uma das doenças não transmissíveis que impactam nas transformações do perfil de adoecimento da população brasileira) e pelas causas externas; a condução da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos; e a alteração de uma situação em que predomina a mortalidade, para outra na qual

a morbidade é dominante, com grande impacto para o sistema de saúde (INCA, 2017).

A contemporaneidade trouxe a urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida da população, sendo estes os principais fatores que colaboram para o aumento de novos casos de doenças-crônico-degenerativas, entre elas o câncer. Estes fatores favorecem o aumento de agentes cancerígenos ambientais, contribuindo para uma maior exposição dos seres humanos a esses agentes. Os modos de vida adotados em relação ao trabalho, nutrição e consumo, aliados ao sedentarismo, expõem os indivíduos a fatores ambientais mais agressivos, como por exemplo, a agentes químicos, físicos e biológicos resultantes de um processo de industrialização cada vez mais evoluído, aumentando a incidência de câncer (NASCIMENTO et al, 2015).

Vários estudos científicos afirmam que hoje nos países desenvolvidos, o câncer é a principal causa de morte nas populações não-indígenas. As doenças transmissíveis (DT) persistem como uma causa importante de morbimortalidade em países em crescimento econômico, principalmente entre populações de baixa renda. Mas, as mudanças nos modo de viver introduzidas pelo desenvolvimento econômico e a globalização levaram à emergência concomitante das doenças não-transmissíveis (DNT). Este fenômeno de sobreposição, denominado tripla carga de doença (doenças transmissíveis e desnutrição; as causas externas; doenças crônico-degenerativas) reflete o cenário epidemiológico atual de transição epidemiológica em diversas comunidades indígenas do mundo todo (AGUIAR JR et al, 2016).

Esta incidência do câncer na mudança do perfil de adoecimento da população brasileira, pode ser devido há vários fatores, entre eles, pode-se citar: - a exposição a agentes cancerígenos relacionados aos modos de vida adotados em relação ao trabalho, à alimentação e ao consumo, a fatores ambientais (agentes químicos, físicos e biológicos) resultantes de mudanças no estilo de vida das pessoas e do processo de globalização industrial; - a ampliação da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, verifica-se: - uma redução do número médio de filhos (nascidos vivos) por mulher em idade reprodutiva; – um progresso das condições econômicas e sociais, refletindo também na melhoria de saneamento das cidades; - um maior avanço das ciências médicas e no uso de antibióticos e vacinas; - um melhor refinamento dos métodos para se diagnosticar o câncer; - uma ampliação do número de óbitos pela doença; - um avanço da qualidade e do registro da informação (INCA, 2017).

Esses avanços no tratamento e informações sobre o câncer na sociedade ocidental passou nas últimas décadas por um grande avanço. Fato que nas populações diferenciadas como as indígenas, infelizmente não ocorreu na mesma velocidade. No caso das mulheres indígenas, nota-se que a saúde feminina perpassa por mudanças socioculturais e ambientais que se processam em praticamente todas as comunidades indígenas e alerta para uma elevada incidência de doenças crônicas-degenerativas, como o câncer, em decorrência do contato cada vez maior com a sociedade ocidental (FONSECA et al, 2014).

De acordo com o INCA e alguns estudos, mais de 70% das pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero apresentam a doença em estágio avançado já na primeira consulta o que limita, em muito, a possibilidade de cura. Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolau (PCCU) para a detecção precoce do câncer de colo uterino, esta doença continua a ser um sério problema de saúde pública (INCA 2005).

Fazendo a análise por região da quantidade de exames PCCU realizados por região do país no período de janeiro a dezembro de 2015 (Tabela 1), pode-se observar uma disparidade da realização de rastreamento dessa doença no país:

| REGIÃO DE RESIDÊNCIA | QUANTIDADE |
|----------------------|----------------|
| REGIÃO NORTE | 125.355 |
| REGIÃO NORDESTE | 225.585 |
| REGIÃO SUDESTE | 560.039 |
| REGIÃO SUL | 632 |
| REGIÃO CENTRO-OESTE | 66.520 |
| TOTAL | 978.131 |

TABELA 2: Quantidade de Exames Citopatológico Cérvicovaginal e Microflora segundo Região de residência, faixa etária de 25 a 64 anos, no período de Jan-Out/2015.

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siscolo/ver4/DEF/Brasil/BRCCOLO4.def>

De acordo com as estimativas da incidência de câncer no Brasil de 2016-2017, o câncer de colo do colo do útero para o ano de 2016, no Brasil, são esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. A região com maior estimativa de casos novos de neoplasias malignas do colo do útero, e a região norte com uma taxa bruta de 24/100.000 mulheres, em segundo lugar estão a região centro oeste com 21/100.000 mulheres e a região nordeste com 19/100.000 mulheres; em terceiro está a região sudeste com 11/100.000 mulheres; e finalmente em quarta posição está a região sul com 16/100.000 mulheres (FIGURA.1).

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação - Neoplasia Maligna do Colo do Útero



Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de câncer no Brasil - Estimativa 2016

FIGURA 1: Representação espacial das taxas brutas de Incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação – Neoplasia do Colo do Útero.

Observa-se com essa representação espacial (Figura 1) sobre a incidência do câncer do colo do útero no Brasil, uma grande variação regional, em que as regiões norte (1^a posição) e as regiões centro-oeste e nordeste (2^a posição) são as que apresentam maiores incidência segundo a estimativa de câncer no Brasil de 2016 (INCA, 2016), fenômeno que pode estar associado as condições sociais e econômicas, geográfica e na questão do acesso aos serviços e a organização da linha de cuidado que afeta diretamente a integralidade da atenção.

A evolução desse cenário deve ser acompanhada com atenção por todos os profissionais que assessoram ou decidem a respeito de políticas de saúde. Pois havendo tanta dificuldade para fazer um atendimento adequado nessas regiões, devido as dificuldades de acessibilidade geográfica, entre outros fatores, pode-se ainda pensar que esse quadro é ainda mais grave devido as subnotificações dos serviços. Essas demanda da população, implicam nas características da demanda dos serviços de saúde, que geraram necessidades de desenvolvimento de novas especialidades e de modificações da infraestrutura e equipamentos, estratégias e organizações nos processos de trabalho para organizar essa linha de cuidado nos serviços de saúde.

| Período | Total de óbitos | Total de óbitos por câncer de colo de útero | % |
|---------|-----------------|---|------|
| 2010 | 487137 | 4986 | 1,02 |
| 2011 | 504415 | 5160 | 1,02 |
| 2012 | 509885 | 5264 | 1,03 |
| 2013 | 523195 | 5430 | 1,04 |
| 2014 | 532362 | 5448 | 1,02 |

TABELA 3: Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de COLO DO UTERO, mulheres, Brasil, entre 2010 e 2014.

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

| Região | Período | Total de óbitos | Total de óbitos por câncer de colo de útero | % |
|---------------|---------|-----------------|---|------|
| NORTE | 2010 | 24438 | 573 | 2,34 |
| | 2011 | 26056 | 632 | 2,43 |
| | 2012 | 27258 | 673 | 2,47 |
| | 2013 | 27365 | 724 | 2,65 |
| | 2014 | 28447 | 756 | 2,66 |
| Região | Período | Total de óbitos | Total de óbitos por câncer de colo de útero | % |
| NORDESTE | 2010 | 119642 | 1484 | 1,2 |
| | 2011 | 127576 | 1611 | 1,26 |
| | 2012 | 129330 | 1678 | 1,30 |
| | 2013 | 133741 | 1692 | 1,27 |
| | 2014 | 134497 | 1762 | 1,31 |
| Região | Período | Total de óbitos | Total de óbitos por câncer de colo de útero | % |
| CENTRO -OESTE | 2010 | 28840 | 414 | 1,44 |
| | 2011 | 29468 | 385 | 1,31 |
| | 2012 | 30785 | 391 | 1,27 |
| | 2013 | 31351 | 409 | 1,30 |
| | 2014 | 32717 | 423 | 1,29 |
| Região | Período | Total de óbitos | Total de óbitos por câncer de colo de útero | % |
| SUDESTE | 2010 | 236332 | 1837 | 0,78 |
| | 2011 | 241027 | 1811 | 0,75 |
| | 2012 | 242316 | 1774 | 0,73 |
| | 2013 | 247423 | 1843 | 0,74 |
| | 2014 | 253403 | 1774 | 0,70 |

| Região | Período | Total de óbitos | Total de óbitos por câncer de colo de útero | % |
|--------|---------|-----------------|---|------|
| SUL | 2010 | 77885 | 678 | 0,87 |
| | 2011 | 80288 | 721 | 0,90 |
| | 2012 | 80196 | 748 | 0,93 |
| | 2013 | 83315 | 762 | 0,91 |
| | 2014 | 83298 | 733 | 0,88 |

TABELA 4: Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de COLO DO UTERO, mulheres, por região do Brasil, entre 2010 e 2014.

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM
 MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE
 MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml#panelResultado> Acesso em 11/10/2017

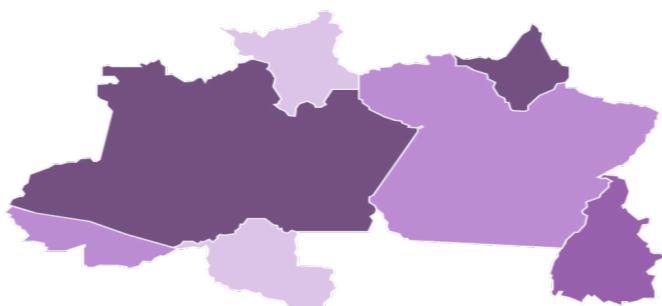


FIGURA 2: Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por câncer de COLO DO UTERO, por 100.000 mulheres, pelas unidades da federação da região Norte, entre 2010 e 2014.

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM
 MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE
 MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

formModelo06Lin

Legenda:

| | |
|-----------|--|
| Acre | Taxa bruta de 7,27 para cada 100.000 mulheres |
| Amapá | Taxa bruta de 9,23 para cada 100.000 mulheres |
| Amazonas | Taxa bruta de 14,15 para cada 100.000 mulheres |
| Pará | Taxa bruta de 6,77 para cada 100.000 mulheres |
| Rondônia | Taxa bruta de 4,94 para cada 100.000 mulheres |
| Roraima | Taxa bruta de 4,64 para cada 100.000 mulheres |
| Tocantins | Taxa bruta de 7,73 para cada 100.000 mulheres |

Com a figura 2 e as tabelas 3 e 4, observa-se que a incidência e a mortalidade no Brasil são bem expressiva, e com clara desigualdade entre as regiões do país. A região norte quando comparada as outras regiões, obtém os maiores índices. Chama-se atenção o estado do extremo norte do Brasil, Roraima ($4,64/10^5$ mulheres) com o menor taxa bruta

de mortalidade, e os Estados do Acre (7,27/10⁵ mulheres) e do Amapá (9,23/10⁵ mulheres) territórios relativamente pequenos quando comparados a extensão territorial do Estado do Pará e do Amazonas, os mesmos apresentam uma taxa de mortalidade bem expressiva ficando somente atrás do Estado do Amazonas (14,15/10⁵ mulheres) que possui uma dimensão territorial muito maior, mas também a fatores como a situação socioeconômica, escolaridade e gestão e organização desses serviços que devem ser consideradas também para uma análise mais significativa.

Em relação a situação socioeconômica do Brasil, houve nas últimas décadas uma melhora bem significativa dos indicadores que expressão a relação das condições de pobreza, como por exemplo, a mortalidade infantil, os óbitos infantis por diarreia e o acesso a água encanada, tem mostrado melhorias de forma favorável nas duas últimas décadas em todo o país. Entretanto, há que se notar que os indicadores de saúde observados nas áreas urbanas do Norte, Nordeste e Centro-oeste, estão muito a quem do esperado, daquelas observadas no sul e sudeste, como também a organização dos serviços de saúde (MEDRONHO, 2009).

| Frequência por Faixa Etária (13) segundo Neoplasias – 2014 | | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|--------|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|
| Neoplasias | <1 a | 5-9a | 10-14a | 15-19 ^a | 20-29a | 30-39a | 40-49a | 50-59a | 60-69a | 70-79a | 80 e+ | Total |
| C50 Neopl malig da mama | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 5 | 1 | 2 | 1 | 12 |
| C53 Neopl malig do colo do útero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 15 |
| C55 Neopl malig do útero porcao NE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 |
| Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 6 | 9 | 5 | 6 | 1 | 32 |
| Frequência por Faixa Etária (13) segundo Neoplasias – 2015 | | | | | | | | | | | | |
| C50 Neopl malig da mama | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 6 | 2 | 1 | 0 | 16 |
| C53 Neopl malig do colo do útero | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 5 | 2 | 2 | 12 |
| C55 Neopl malig do útero porcao NE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 6 | 10 | 8 | 4 | 3 | 33 |

TABELA 5: Frequência por Faixa Etária segundo Neoplasias – 2014, 2015 no Estado de Roraima:

| Frequência por Faixa Etária (13) segundo Neoplasias – 2016 | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|
| Neoplasias | 1-4 ^a | 10-14a | 15-19a | 20-29a | 30-39a | 40-49a | 50-59a | 60-69a | 70-79a | 80 e+ | Total |
| C50 Neopl. Malig. da mama | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 7 | 5 | 1 | 0 | 18 |
| C53 Neopl malig do colo do útero | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 9 |
| C55 Neopl malig do útero porcao NE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | 2 | 11 |
| Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 10 | 11 | 10 | 2 | 3 | 38 |

TABELA 6: Frequência de óbitos por Faixa Etária segundo Neoplasias – 2014, 2015,2016 no Estado de Roraima:

Nas tabelas 5 e 6, as informações fornecidas pela SESAU/RR (2017), observa-se que a mortalidade do câncer de mama é maior a partir dos 50 anos e do câncer do colo de útero é maior na faixa etária a partir dos 40 anos nos três períodos analisados. Evidência que está corroborando com as orientações do Ministério da saúde em relação ao público-alvo das ações de rastreamento do programa de controle do câncer de mama e colo de útero que são respectivamente: 50 a 59 anos e 25 a 64 anos (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

Fonseca et al (2010), afirma que um dos principais fatores de risco para o câncer é a idade. Mais, a demografia do Estado de Roraima apresenta uma pequena participação de idosos (≥ 65 anos), em relação a todos os cânceres no Brasil em 2008/2009, quando comparada à média nacional e pode explicar a menor incidência desses tipos de agravos em Roraima. Porém, em relação a incidência do CCU em Roraima é o único que destaca-se em relação ao cenário nacional e regional.

Existe uma clara correlação entre incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e piores condições de vida, aí incluídas as dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde. A promoção, portanto, passa por ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, e, mais especificamente, garantam o acesso à informação e à atenção integral à saúde.

Para que, consiga-se melhores condições de saúde e bem-estar para a população brasileira, principalmente para as populações com maior vulnerabilidade social, quaisquer que sejam as políticas de saúde implementadas daqui para a frente, elas deverão ser fundamentadas numa análise criteriosa da evolução desses indicadores, usando como instrumento para análise a epidemiologia. A introdução do acompanhamento de indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde nas rotinas dos serviços locais e da análise periódica desses dados à luz do método epidemiológico, permitirá o aprimoramento da aplicação dos recursos disponíveis e um maior impacto dos programas desenvolvidos e consequentemente uma maior promoção da saúde e prevenção das doenças.

4.1.2 Dados obtidos na revisão integrativa

Na Pesquisa Baseada em Evidências, a revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa bastante utilizados, pois permite a incorporação das evidências na prática clínica, pois busca reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Neste sentido, foi realizada uma revisão integrativa de pesquisa, através do seguinte problema: Qual é a real situação de saúde da mulher indígena em relação ao câncer de colo uterino?

Para tentar responder a esse problema, foram utilizados artigos de periódicos indexados na base de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scielo e no Google Acadêmico, como também trabalhos acadêmicos (monografias de graduação e pós-graduação, dissertações e teses). Os descritores utilizados foram: saúde indígena, câncer do colo do útero ou uterino, região norte, região amazônica, promoção da saúde, mulher indígena. E dentro de cada descritor, procurou-se ler os resumos, e buscou-se a referência ao termo mulheres indígenas. Foram excluídos os títulos repetidos e os que não estavam no período de 2010-2016.

Forma incluídos no estudo os artigos publicados, e trabalhos acadêmicos como dissertações e teses de doutorado no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016. Os estudos foram analisados e através dos dados constantes nos mesmos, descreveu-se as informações dos autores em relação a sua pesquisa, levando em consideração na descrição: o objetivo da pesquisa, a metodologia utilizada, a amostra do estudo (sujeitos), os principais resultados e as considerações finais de cada estudo.

A seguir são apresentados os artigos selecionados na revisão integrativa. Na tabela 7, são apresentados os 14 artigos publicados no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016, que constituem a amostra deste estudo.

| Nº do Artigo | Título | Autor (s) | Ano |
|--------------|---|-------------------------|------|
| 01 | Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS | FONSECA, A J et al | 2010 |
| 02 | Prevenção do câncer do colo do útero na população feminina do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Unifesp. | PEREIRA, E R. | 2011 |
| 03 | Morbidade por câncer de colo uterino em mulheres da reserva indígena no Mato Grosso do Sul. | PEREIRA, J C et al. | 2011 |
| 04 | Representações sociais de mulheres indígenas terenas do complexo indígena da Cachoeirinha do município de Miranda/MS sobre o exame preventivo do câncer de colo de útero [Monografia de Especialização] | FERNANDES, L R | 2011 |
| 05 | Análise descritiva do perfil dos exames citopatológicos do colo de útero realizados em mulheres indígenas e não-indígenas no Brasil, 2008-2011. | SOLÉ PLA, et al | 2012 |
| 06 | Prevalência das Lesões Precursoras de Câncer do Colo Uterino nas Adolescentes e Jovens da Amazônia [Dissertação de mestrado]. | ARCOVERDE, L C | 2013 |
| 07 | Clinical and evolving features of women diagnosed with precancerous cervical lesions, screened and treated in the Amazon region of Brazil | PRADO; P R et al | 2014 |
| 08 | Prevalência de Alterações Citológicas Cervicais em Indígenas do Extremo Norte da Amazônia Brasileira | FONSECA, A J et al | 2014 |
| 09 | Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo Papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central | RODRIGUES, D A et al | 2014 |
| 10 | Saúde Sexual, Reprodutiva e Aspectos Socioculturais de Mulheres Indígenas | PEREIRA, E R et al | 2014 |
| 11 | Saúde e Qualidade de Vida da Mulher Indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013. | Neto, R O N; Silva, G M | 2014 |
| 12 | Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil | SPECK et al | 2015 |
| 13 | Perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, Brasil | NASCIMENTO, et al | 2015 |
| 14 | Disparidades na epidemiologia e no tratamento de câncer nas populações indígenas brasileiras | AGUIAR JR et al | 2016 |

TABELA 7: Artigos publicados no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016, que constituem a amostra deste estudo.

FONTE: SESAU/RR/2017

Através da análise do quadro 4, observa-se que o maior número de publicações sobre o tema a prevenção do câncer do colo do útero e saúde das mulheres indígenas ocorreu nos anos de 2011, 2014 e 2015, com 03; 05; 03 trabalhos publicados em cada ano respectivamente. Percebe-se que existem poucas quantidades de estudos com as mulheres indígenas nos anos estudados, o que pode estar relacionado a burocacia, e aos trâmites políticos, éticos e sociais; aos poucos investimentos para estudos que incluem

populações indígenas ou por questões logísticas já que, em sua maioria, os aldeamentos indígenas são de difícil acesso geográfico.

Após leitura dos estudos e de seus objetivos identificou-se os seguintes temas abordados: câncer de mama, câncer do colo uterino, exames citopatológicos, saúde indígena, falta de informações, educação e saúde, impacto econômico, estratégias, práticas e políticas públicas em saúde. Todos esses temas passam a ser apresentados abaixo, com a contemplação dos estudos analisados e seus principais resultados:

(1) Segundo Fonseca e colaboradores (2010), afirmam que o controle do câncer do colo do útero (CCU) ainda é um desafio para a região Norte do Brasil. Com uma estimativa de 23 casos novos por 100 mil mulheres, a região Norte é a única do Brasil em que o câncer de colo uterino supera o câncer de mama, e está em primeiro lugar dos tipos de cânceres femininos mais incidentes (INCA, 2010). No estado de Roraima, esse problema parece ter maior abrangência. Não obstante haver uma escassez de registros científicos ou oficiais dessa incidência no Estado, suspeita-se que o CCU tenha uma magnitude ainda maior. Os objetivos foram: avaliar a incidência, a magnitude e o impacto econômico direto do CCU em Roraima, no ano de 2009, e analisar o perfil epidemiológico e socioeconômico das pacientes portadoras dessa doença. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, composto por uma parte retrospectiva e outra prospectiva. Retrospectivamente foram avaliados todos os laudos histopatológicos emitidos em Roraima em 2009 foram revisados, assim como os prontuários de pacientes femininas em tratamento oncológico. Foram registrados dados clínicos e procedimentos médicos (terapêuticos e diagnósticos) realizados em pacientes portadoras de CCU no único centro de tratamento oncológico do Estado de Roraima. Portadoras de CCU tratadas no Sistema Único de Saúde (SUS) de Roraima foram submetidas a entrevista abordando temas socioeconômicos e fatores de risco. Registrhou-se 90 casos de CCU e lesões pré-malignas de alto grau. Roraima possui a maior incidência de CCU do Brasil (46,21 casos/100.000 mulheres), sendo 3 vezes mais incidente que o de mama e comparável a países subdesenvolvidos de baixa renda. O perfil epidemiológico revela pacientes com privação econômica, socialmente desfavorecidas, baixa escolaridade, sexarca precoce (média de 13,8 anos), multiparidade (média de 5,5 gestações). Das pacientes estudadas, 71,7% nunca haviam realizado o teste de Papanicolau, e o desconhecimento foi o motivo mais relatado (47,4%). Como problema de saúde pública, o manejo do CCU gera gastos anuais diretos de mais de R\$ 600 mil, com custo médio por paciente de R\$ 8.711,00. O CCU é o câncer mais incidente em mulheres roraimenses e um grave problema de saúde pública no Estado. Seu elevado impacto econômico favorece a implantação de medidas preventivas do ponto de vista de custo-efetividade. O perfil da pacientes revela a ineficiência dos serviços preventivos em alcançar pacientes com perfil de exclusão socioeconômico e alto risco para o câncer de colo uterino. (FONSECA, et al, 2010).

(2) Pereira, (2011), em sua tese de doutorado, objetivou-se em descrever e analisar a prevenção do câncer do colo do útero Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, nos períodos de 2005 a 2006. É uma pesquisa observacional, transversal, retrospectivo, realizado por meio de coleta de dados das ações de prevenção do câncer do colo do útero no âmbito do projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A amostra foi 503 mulheres indígenas com idade superior a 12 anos e história de vida sexual, pertencentes a sete etnias que residiam nas regiões do Médio, Baixo e Leste Xingu. A coleta de análise de dados foi constituída a partir de três ações: rastreamento do câncer de colo uterino realizado do mês de outubro a dezembro de 2005, colposcopia em fevereiro de 2006 e cirurgias por ondas de radiofrequência (CORAF), conizaçao clássica e histerectomia em maio de 2006. A cobertura do exame citopatológico no Xingu no ano de 2005, foi de 99,6%. A idade das pacientes variou de 12 a 75 anos de idade, com mediana de 25 anos, com predominância de (61,4%) de jovens na faixa etária de 12 aos 29 anos. Foram identificados 59 casos (11,7%), com atipias citológicas distribuídas da seguinte forma: 3,0% de células escamosas atípicas citológicas de significado indeterminado (ASC-US); 2,3% de células escamosas atípicas não podendo descartar a lesão de alto grau (ASC-H); 1,4% de células glandulares atípicas (AGC); 3,0% de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LBG); 1,6% de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (LAG); 2,0% de carcinoma espinocelular (CEC); 0,2% de adenocarcinoma (ACA). Nos 58 exames colposcópicos, houve a predominância de epitélio acetobranco (81,4%). Verificou-se nos 43 exames anatomapatológicos de biopsia colposcopicamente dirigidas, 13 casos (30,2%) de LAG; 11 casos (25,6%) de LBG; e 19 casos (44,2%) como cervicite crônica. Houve predomínio da LAG (92,3%) na faixa etária de 20 a 49 anos; LBG (36,4%) na faixa etária de 12 a 19 anos e acima de 60 anos. Foi indicada a excisão de zona de transformação por CORAF, em 20 casos (44,2%) de LAG. Em 2 casos (4,6%) indicou-se a conizaçao clássica e a histerectomia. O exame citopatológico mostrou sensibilidade de 54%, especificidade de 97%, valor preditivo positivo de 88%, e valor preditivo negativo com 83%. A sensibilidade do exame anatomapatológico de biopsia foi de 72, 2%, a especificidade de 100%, valor preditivo positivo de 100%, e valor preditivo negativo com 44,4%. Os resultados foram um aumento da cobertura e qualidade dos exames citopatológicos, detecção precoce das lesões intraepiteliais cervicais, garantia de tratamento e seguimento de 100% dos casos detectados, aumento da resolutividade, redução significativa na ocorrência do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras.

(3) Pereira e colaboradores (2011), alertam que o tema da saúde da mulher indígena é pouco investigado, e as escassas pesquisas quando realizadas são, na maioria das vezes, com etnias situadas dentro da Amazônia. Este estudo teve como propósito conhecer a prevalência de lesões précancerosas e cancerosas de colo uterino e a cobertura do rastreamento por meio do exame Papanicolau em mulheres das aldeias Jaguapirú e Bororó, da Reserva Indígena de Dourados. Trata-se de uma análise ecológica transversal. Os dados foram coletados do Sistema de Informações de Saúde Indígena e do Programa

de Controle do Câncer de Colo de Útero do Pólo-Base de Dourados/FUNASA, referentes ao período de 2004 a 2006. Os resultados demonstraram que o exame tem sido realizado mais em mulheres entre 15 e 34 anos; a cobertura do rastreamento aumentou na aldeia Jaguapirú e diminuiu na Bororó. Quanto às alterações citopatológicas, 5,7% dos exames em mulheres da aldeia Jaguapirú indicaram lesões pré-malignas; na aldeia Bororó esse resultado foi 2,9%. Evidenciou-se redução na gravidade das lesões cervicais no decorrer da implantação do programa de rastreamento. Estes achados indicam a importância dos programas de controle para a população estudada (PEREIRA, et al 2011).

(4) Fernandes (2011), em sua monografia de especialização, fez um trabalho realizado junto ao complexo indígena da Cachoeirinha, no município de Miranda, Estado de Mato Grosso do Sul, observou que existe um contingente considerável de mulheres que não realizam o exame preventivo do câncer do colo do útero – Papanicolau. A atenção para o problema foi despertada pelo fato de que se trata de grupo de risco, considerando as variáveis apontadas pelos estudos, como baixa escolaridade, hábitos de higiene não saudáveis, situação de pobreza e alto número de filhos. Assim, realizou-se pesquisa que deu origem ao trabalho, na tentativa de identificar o percentual de mulheres que realizam o exame, a periodicidade com que o realizam, e o porquê da não realização por parte de outras mulheres. Dentro do trabalho, foram identificadas as representações sociais dessas mulheres, permitindo verificar que as questões culturais estão entre as razões dessa não realização dos exames. Foram aplicados 52 questionários com perguntas fechadas e padronizadas e duas questões abertas. Foram entrevistadas 40 mulheres da Aldeia Cachoeirinha (sede do complexo) por ser a de maior número de habitantes, sete questionários na Aldeia Morrinho e cinco na Aldeia Lagoinha. A tabulação dos resultados, a experiência e as entrevistas complementares – concomitantes a aplicação do questionário, permitiram apresentar um capítulo de resultados e considerações capaz de explicar o problema. Encerrando, foram apresentadas propostas para inverter esse quadro Fernandes (2011).

(5) O quinto trabalho, SOLÉ PLA, et al, (2012), explicam que existem no Brasil 408.056 mulheres indígenas. Essa população é mais vulnerável aos agravos de grande magnitude, entre eles o câncer do colo do útero. Contudo existem poucos estudos sobre essa questão entre indígenas. O seu objetivo foi descrever o perfil dos exames citopatológicos realizados na população indígena brasileira em comparação a não indígenas. Trata-se de uma análise descritiva de frequência e proporção dos exames citopatológicos realizados entre mulheres indígenas e não indígenas registradas no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) segundo regiões de residência para o período de 2008 a 2011. Resultados: Entre 2008 e 2010, 8% dos exames citopatológicos realizados no país registraram a informação de cor/raça, sendo que em 2011 esta proporção aumentou para 12,4%. Em indígenas e não indígenas, respectivamente, foram realizados 11.964 e 3.738.707 exames satisfatórios; foram considerados insatisfatórios 1% e 1,2% dos exames;

74,9% e 77,2% dos exames foram realizados na faixa etária de 25 a 64 anos; 20% e 17,5% dos exames foram realizados abaixo dos 25 anos; 83,4% e 76,5% dos exames foram realizados no intervalo de 1 a 2 anos; 2,1% e 2,9% dos exames apresentaram-se alterados. A razão lesão de alto grau / câncer invasor do colo do útero passou de 11,5, em 2009, para 16,1, em 2011, em não indígenas e de 1,7 para 5,0 entre indígenas. Os dados evidenciam a importância do tema para as mulheres indígenas, sugerem dificuldade de acesso aos exames citopatológicos para esse grupo, e ressaltam a necessidade de melhoria da informação cor/raça no SISCOLO (SOLÉ PLA, et al, 2012).

(6) O sexto estudo é uma dissertação de mestrado de Arcoverde (2013), trata-se de uma análise de fatores correlacionados as elevadas taxas de lesões precursoras do câncer do colo de útero (CCU) em mulheres jovens e adolescente do estado de Roraima por meio da investigação dos dados referentes ao grau de lesão intraepitelial (LIE), intervalos de exames realizados, escolaridade, procedência e presença de infecções sexualmente transmissíveis com embasamento no Programa Viva mulher buscando estudar o perfil epidemiológico dessas mulheres. As lesões intraepiteliais de baixo grau (LIBG) foram encontradas em 3,6% das citologias realizadas no período de 2012 em Roraima. A prevalência de resultados alterados sugestivos de lesões intraepiteliais foi显著antemente maiores nas mulheres mais jovens do que nas mulheres mais velhas (6,03% vs 3,01%, respectivamente; $p= 0,0013$). A prevalência de lesões intraepiteliais de baixo grau (LIBG) foi maior em usuárias mais jovens quando comparadas com as mulheres maiores de 25 anos, estatisticamente significativa, (5,27% vs 1,96%, respectivamente; $p= 0,0001$). Não houve diferença estatisticamente, significante, entre a prevalência lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) no grupo de mulheres com as mulheres com até 25 anos e com mais de 25 anos de idade (0,75% vs 1,05%, respectivamente; $p= 0,18$). Apesar da população indígena de Roraima corresponder a 15% do total da população do estado e também ser a maior população jovem do Brasil, estas mulheres não são atendidas em programas de rastreio específicos. Os resultados sugerem a necessidade de existir modificações e adequações dos programas para a inclusão de mulheres adolescentes e jovens, além de um melhor registros sobre a condição sanitária em relação ao câncer do colo do útero (CCU) na população indígena do estado (ARCOVERDE, 2013).

(7) O sétimo artigo, de PRADO, et al (2014), tem como propósito de análise determinar a dinâmica da lesão intraepitelial cervical (NIC) em mulheres tratadas que foram acompanhadas em uma coorte durante dois anos. Foi calculada a probabilidade condicional de falha usando o método de Kaplan-Meier e foram calculadas as hazard ratios (HR) bruta e ajustada para o risco de falha usando a regressão de Cox com valor de p de entrada $< 0,05$. Das 237 mulheres que foram tratadas, 51,5% foram acompanhadas por 24 meses e 21,9% delas tiveram falha no tratamento, apresentando recidiva da lesão cervical. Mulheres que tinham mais que cinco gestações ($HR = 3,10$; IC95%: 1,28-7,51) ou histológico de NIC II/III demonstraram risco independente para falha no tratamento (HR

= 3,14; IC95%: 1,20-8,19) e estar em um relacionamento estável mostrou ser um fator de proteção para falha de tratamento (HR = 0,47; IC95%: 0,24-0,89). A história de maior número de gestações e histológico de NIC II/III estão diretamente correlacionados com o risco de falha no tratamento, enquanto estar em um relacionamento estável é inversamente correlacionado ao risco (PRADO; P R et al, 2014).

(8) FONSECA, e colaboradores (2014) chamam atenção pela escassez de estudos sobre a prevalência e a incidência do câncer do colo do útero nas populações indígenas do Brasil, e principalmente das comunidades indígenas da região norte do país. Mais de 15% da populações indígenas do Estado de o de Roraima é formada por indígenas aldeadas, mas seu risco e vulnerabilidade ao câncer do colo do útero é desconhecido. Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de lesões citológicas pré-malignas ou malignas do colo do útero de indígenas aldeadas que estão subordinados aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) Leste e Yanomami, no extremo Norte da Amazônia Brasileira. Trata-se de um estudo descritivo. Foi realizada uma revisão dos registros e exames patológicos de mulheres indígenas aldeadas submetidas ao exame citopatológico na Casa de Saúde do índio (RR), entre 2004 e 2012. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP). A amostra constituiu-se de 2.701 indígenas, 74% de indígenas do DSEI Leste (Macuxi e Wapichana) e 26% de indígenas do DSEI Yanomami. A prevalência de LSIL foi 3,0%, HSIL 4,6% e câncer invasivo 1,1%. Nas indígenas Yanomami, houve maior prevalência da situação nunca rastreada (77,9% vs 55,0%) e de citologia sugestiva de câncer (2,0% vs 0,8%), sendo a diferença estatisticamente significativa. Observou-se uma elevada prevalência de lesões cervicais pré-malignas e malignas em indígenas Yanomami (mais isoladas geográfica e culturalmente), comparadas com as indígenas do DSEI Leste. Mais estudos prospectivos avaliando, os determinantes epidemiológicos e biológicos da infecção por Papilomavírus humano (HPV) são necessários para melhor entendimento dessa condição vulnerabilidade dessa população específica (FONSECA, et al, 2014).

(9) RODRIGUES e colaboradores, buscam analisar a prevalência das atipias citológicas e infecção pelo Papilomavírus humano em mulheres indígenas Panará no período de 2006 a 2007. É estudo observacional transversal, com dados obtidos por coleta de amostras cérvico-vaginais para colpocitologia oncotica e captura híbrida, exame de colposcopia e biópsia. Participaram 86 mulheres com idades de 12 anos ou mais, com história de vida sexual ativa ou pregressa. Os resultados mostraram que 10,7% das mulheres tinham atipias citológicas e que 28,6% estavam infectadas pelo HPV de alto risco oncogênico, principalmente entre as mais jovens (média = 25,6 anos). Dessas, 41,7% foram positivas para um ou mais dos tipos de HPV de alto risco dos genótipos 16, 18 ou 45, e a maioria, 58,3%, para outros tipos de HPV de alto risco. A população indígena é especial, tem suas especificidades, apresenta-se susceptível ao desenvolvimento das lesões precursoras do câncer do colo do útero e vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Medidas preventivas como o rastreamento populacional sistemático

para o câncer cervical e imunização contra o HPV são necessárias (RODRIGUES, et al, 2014).

(10) PEREIRA, e colaboradores (2014), visam de orientar e ampliar o atendimento à saúde da mulher indígena, e tem por finalidade conhecer o perfil da saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. É um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado em ambulatório de referência em saúde indígena, durante o período de 2010 a 2013. Aplicou-se um formulário semiestruturado contendo dados socioculturais, histórico de vida sexual e reprodutiva. E coletou-se o esfregaço cervicovaginal. A análise foi descritiva, com apresentação de média e desvio padrão (DP) para variáveis quantitativas, e números absolutos e relativos para variáveis qualitativas. Houve a participação de 90 mulheres indígenas, com idade média de 36 anos (\pm DP 13,41), pertencentes a 35 etnias. Para 75 mulheres (83,4%), a coitarca ocorreu na faixa etária de 12 a 19 anos, 74 (82,2 %) estavam em período reprodutivo e 36 (48,6%) usavam método contraceptivo, como o anticoncepcional hormonal e a laqueadura tubária. A média de partos foi de 4,6 por mulher; a idade média no primeiro parto foi de 17,3 anos (\pm DP 3,23); 23 delas (26,8%) tiveram de 1 a 3 abortamentos e 26 (31,2%) tiveram um ou mais partos cesáreas. Em oito mulheres (8,9%), identificaram-se alterações para atipias citológicas e doenças sexualmente transmissíveis (*Trichomonas vaginalis* e *Papilomavírus humano*) no exame colpocitológico. Observou-se condições de vulnerabilidade das mulheres indígenas a partir do seu perfil sexual e reprodutivo, com exposição às doenças sexualmente transmissíveis, câncer do colo do útero, início precoce da vida sexual e pouco acesso à informação e prevenção (PREREIRA, et al, 2014).

(11) Neto; e Silva, afirmam que a saúde indígena está relacionada às modificações causadas no estilo de vida dessas populações. As mulheres indígenas, de maneira geral, constituem um grupo bastante suscetível ao desenvolvimento de doenças e carências nutricionais, em função de alterações fisiológicas e hormonais ocorridas ao longo da vida. O objetivo deste trabalho foi fazer uma descrição de artigos científicos sobre a saúde e qualidade de vida da mulher indígena. Foi realizada uma revisão integrativa de pesquisa que abordasse o tema saúde da mulher indígena, sendo utilizados artigos de periódicos indexados na base de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e do Scielo, incluindo no estudo os artigos publicados no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Foram encontrados oito artigos, que compõem a amostra desse trabalho. Dado o exposto, por se tratar de grupo populacional vulnerável e devido à sua condição histórica e social, as mulheres indígenas merecem uma atenção especial, com vistas a ações de saúde preventivas, visando à melhora nos hábitos de vida, com redução na ocorrência de doenças, buscando a qualidade de vida, respeitando e reestabelecendo principalmente seus valores culturais que foram desvalorizados.

(12) Speck et al, 2015, analisam a ocorrência de atipias nos exames citológicos e histológicos de jovens e idosas indígenas, e também avaliam se a faixa etária preconizada

pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer em rastreamento do câncer de colo uterino é adequada para essa população. Foi realizado estudo exploratório, retrospectivo e descritivo de exames cito/histopatológicos em jovens do Parque Indígena do Xingu de 12 a 24 anos e em idosas a partir dos 64 anos, no período de 2005 a 2011. Observou-se que em idosas, houve baixa ocorrência de atipias citológicas, mas nas jovens indígenas, ocorreram casos eventuais de lesão de alto grau. É importante respeitar o limite de 64 anos para a interrupção do rastreamento, como o estabelecido pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, mas, nas jovens, seria importante iniciar o rastreamento mais precocemente (SPECK et al, 2015).

(13) NASCIMENTO e colaboradores (2015), chamam a atenção sobre a falta de conhecimento no Brasil, e principalmente na região amazônica, sobre o impacto do câncer nas populações indígenas, visto que é um problema de saúde pública mundial. Seus objetivos foi fornecer dados clínicos e epidemiológicos sobre o perfil do câncer nos índios da Amazônia brasileira. É uma análise descritiva, transversal, baseado na análise retrospectiva de prontuários de índios com diagnóstico de câncer atendidos no Hospital Ophir Loyola, um serviço de referência em oncologia no estado do Pará, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2011. Na amostra foram incluídos, 47 índios com diagnóstico confirmado de câncer. O sexo feminino foi o mais acometido (68,09%). A idade média dos índios foi de 46,14 anos, com predomínio da faixa etária de 60-69 anos (21,28%). O câncer de colo uterino foi o tipo de câncer mais encontrado (48,93%), acometendo 76,69% das índias adultas investigadas. Houve registro de 01 caso de câncer de mama e 01 caso de câncer de próstata. O levantamento sobre o perfil clínico e epidemiológico dos índios diagnosticados com câncer na Amazônia brasileira, atendidos no Hospital Ophir Loyola entre 2001-2011, mostrou que o câncer de colo uterino foi a neoplasia maligna mais diagnosticada nesta população. Os resultados deste estudo apontam a necessidade de investimentos e melhor estruturação no setor da saúde indígena na Amazônia brasileira, propiciando a implantação de políticas públicas que levem à realização de ações efetivas de prevenção, detecção e tratamento precoces (NASCIMENTO, et al 2015).

(14) Aguiar Jr, et al (2016), buscam avaliar os aspectos relacionados a câncer em populações indígenas. Trata-se de estudo retrospectivo conduzido em um hospital universitário público. Foram incluídos pacientes com 18 anos ou mais, diagnosticados com tumores sólidos e acompanhados entre 2005 e 2015. Os aspectos clínicos foram avaliados por meio de estatística descritiva, e a sobrevida foi avaliada por meio de curvas de Kaplan-Meier e regressão multivariada de Cox. Foram incluídos 50 pacientes. A incidência de câncer foi 15,73 por 100 mil. A média de idade ao diagnóstico foi 54 anos, e a maioria era do sexo feminino (58%). O câncer de colo uterino (28%) e o de próstata (16%) foram os mais frequentes. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi 9 meses, e entre o diagnóstico e o tratamento, de 3,4 meses. Doença diagnosticada no estágio IV (17%) resultou em pior sobrevida global (HR: 11,4; p<0,05). A sobrevida em 5 anos variou

de 88% para o câncer de próstata a 0% para pulmão. Todas as taxas de sobrevida em 5 anos foram menores em comparação a outras populações. Os locais mais frequentes de neoplasia foram colo de útero e próstata. O estágio da doença e o sítio primário foram fatores prognósticos (AGUIAR JR et al, 2016).

| AUTOR | TÍTULO | PRINCIPAIS DISCUSSÕES |
|---------------------------|---|---|
| FONSECA, A J et al (2010) | Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS | <ul style="list-style-type: none"> - A incidência do câncer do colo do útero em Roraima se destaca em relação ao cenário nacional e regional; - O perfil de pacientes portadoras de câncer de colo uterino em Roraima é o seguinte: mulher parda, desempregada, solteira, com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, que reside em moradia sem saneamento básico, com início da atividade sexual precoce, que não faz teste de Papanicolau regularmente ou nunca o fez; - As principais questões pessoais impeditivas à realização do exame preventivo foram desconhecimento, desinteresse e pudor; - As indígenas que participaram do estudo (23,3%) da amostra, possuem acesso restrito às informações e aos serviços de prevenção e saúde; - A ineficiência dos programas preventivos em alcançar e conscientizar as mulheres de risco para a doença, populações especiais como a indígena e aquelas com baixa escolaridade e perfil de exclusão social está relacionada à elevada morbidade por câncer do colo do útero em Roraima. |
| PEREIRA, E R (2011) | Prevenção do câncer do colo do útero na população feminina do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Unifesp. | <ul style="list-style-type: none"> - No Parque Indígena do Xingu as mulheres que igual ou mais de 12 anos com história de vida sexual foram submetidas ao exame citológico preventivo (predominância de mulheres jovens); - Quanto ao resultado a maioria (444) das mulheres examinadas foi negativa para câncer do colo do útero e suas lesões precursoras e uma pequena amostra (59) apresentou atipias citológicas; - As peculiaridades que existem nos territórios indígenas quanto ao isolamento geográfico em locais de difícil acesso, precárias infraestrutura, dificultam a manutenção dos profissionais bem como o desenvolvimento e manutenção das ações de saúde; - É necessário que os profissionais de saúde estabeleçam espaços de diálogo juntos aos povos indígenas, com uma abordagem dos aspectos culturais e da realidade local. |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| PEREIRA, J C et al (2011) | Morbidade por câncer de colo uterino em mulheres da reserva indígena no Mato Grosso do Sul. | <ul style="list-style-type: none"> - Existe uma grande resistência às ações preventivas de saúde, como por exemplo, à imunização, devido ao uso de materiais perfurantes no corpo; e, em relação ao exame preventivo de câncer do colo uterino, além da resistência, as usuárias não compreendem a importância do procedimento, deixando muitas vezes de buscar os resultados; - As mulheres indígenas mais jovens foram as que mais aderiram ao rastreamento. Tratando-se de comunidades indígenas, pode-se inferir que as jovens estão mais em contato com a sociedade do que em relação às mulheres mais velhas, e portanto, recebem mais informações sobre saúde e prevenção de doenças; - O estudo demonstra que o resultado do trabalho preventivo identifica lesões ainda em estágios de baixo grau. |
| FERNANDES, L R (2011) | Representações sociais de mulheres indígenas terenas do complexo indígena da Cachoeirinha do município de Miranda/MS sobre o exame preventivo do câncer de colo de útero [Monografia de Especialização] | <ul style="list-style-type: none"> - Quase sempre são as mesmas mulheres que realizam o exame, de forma periódica ou ocasional; - O conhecimento das concepções culturais leva a crer que entre os impedimentos na realização do exame Papanicolaou, está a vergonha das próprias mulheres em expor o corpo ou falar sobre suas intimidades; - No que se refere aos aspectos culturais à mulher indígena possui um conjunto de crenças e valores que precisam ser respeitados; - Nas comunidades indígenas, o planejamento familiar não é exatamente uma realidade, uma vez que é comum em sua cultura, a mulher gerar e criar filhos em grande número; - Das mulheres que nunca teriam realizado exame, disseram que não o fazem porque tomam remédios caseiros (etnomedicina). Outras, responderam que não fazem o exame porque acham que não precisam, não correm o risco de contrair a doença. |
| SOLÉ PLA, et al (2012) | Análise descritiva do perfil dos exames citopatológicos do colo de útero realizados em mulheres indígenas e não-indígenas no Brasil, 2008-2011. | <ul style="list-style-type: none"> - Diferença sobre a informação sobre cor/raça das mulheres que realizam o exame citopatológico, segundo outros sistemas de informação e o SISCOLO; - Houve uma melhora da qualidade da coleta do exame citopatológico; - As indígenas mais jovens realizam maior proporção de exames citopatológicos, comparadas as não indígenas (Regiões Norte e Centro-Oeste); - A maior proporção de exames alterados ou positivos foi na população não indígena, como também uma maior proporção de lesões de baixo grau; - Maior proporção de lesões invasoras entre as indígenas. Indicando assim, uma maior dificuldade de acesso às ações de controle do câncer do colo do útero; |
| ARCOVERDE, L C (2013) | Prevalência das Lesões Precursoras de Câncer do Colo Uterino nas Adolescentes e Jovens da Amazônia [Dissertação de mestrado]. | <ul style="list-style-type: none"> - O câncer do colo do útero tem maior incidência na região Norte, em relação a região Sul e sudeste do país; - Em Roraima o câncer do colo do útero incide principalmente em mulheres jovens, em idade produtiva e reprodutiva; - O rastreamento no Estado de Roraima é muito inferior ao que é esperado, deixando muito a desejar em relação ao diagnóstico e ao tratamento oportuno em relação ao CCU; - O Estado de Roraima destaca-se pelo alto índice de gravidez na adolescência em relação ao Brasil, o que indica uma maior exposição ao vírus HPV. |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| PRADO, P R et al (2014) | Clinical and evolving features of women diagnosed with precancerous cervical lesions, screened and treated in the Amazon region of Brazil | <ul style="list-style-type: none"> - Identificou que a maioria das mulheres da amostra do estudo estavam entre 25 e 45 anos, tinham baixa escolaridade, menor nível socioeconômico, e eram fumantes e utilizavam anticoncepcionais, e iniciaram a atividade sexual antes dos 14 anos de idade e tiveram mais de três gravidezes; - A histologia revelou que 31,9% das lesões eram HPV-positivas, 22,4% eram CIN I e 45,7% eram CIN II ou CIN III; - O fato de ter um relacionamento estável é um fator protetor para a manutenção do tratamento; - A maior idade está diretamente relacionada quanto mais velha risco para CCU. |
| FONSECA, A J et al (2014) | Prevalência de Alterações Citológicas Cervicais em Indígenas do Extremo Norte da Amazônia Brasileira | <ul style="list-style-type: none"> - Elevada prevalência de lesões pré-malignas em mulheres indígenas (LSIL=3,0% e HSIL=4,6%), bem como de Lesões invasivas (1,1%), quando comparadas com mulheres não indígenas no Brasil; - A mulher indígena tem maior risco para o CCU; - Entre indígenas Yanomami o início da atividade sexual é em média aos 12 anos, e a média de idade na ocasião do primeiro filho é aos 16 anos, em sua maioria apresentam multiparidade e multiplicidade de parceiros sexuais; - As Dificuldades de entendimento e aceitação por parte das mulheres, e as deficiências de infraestrutura e barreiras geográficas e logísticas relacionadas às dificuldades de acesso podem explicar a baixa inclusão das mulheres Yanomami aos programas de prevenção do CCU, e consequentemente a maior prevalência de lesões intraepiteliais cervicais. |
| RODRIGUES, D A et al (2014) | Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo Papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central | <ul style="list-style-type: none"> - A vulnerabilidade das mulheres Panará está relacionada a atividade sexual precoce (12 anos de idade), multiplicidade de parceiros sexuais e multiparidade (7, 3 filhos por mulher); - Das amostras citológicas com anormalidades, houve uma maior prevalências de infecção genital pelo HPV; - A prevalência de infecção por HPV e o risco de desenvolver lesões precursoras do câncer do colo uterino são maiores entre as mulheres indígenas do que na população de mulheres não-indígenas; - Desigualdades sociais, acesso precário à educação, extensas regiões remotas com povos indígenas e cidades densamente povoadas, entre outros aspectos, são apontados como dificuldades a serem superadas para a prevenção e controle do câncer do colo uterino no Brasil |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| PEREIRA, E R et al (2014) | Saúde Sexual, Reprodutiva e Aspectos Socioculturais de Mulheres Indígenas | <ul style="list-style-type: none"> - O crescente povoamento indígena em territórios próximos à área urbana é uma realidade que demanda dos serviços de saúde um atendimento diferenciado, que respeite a diversidade interétnica dos povos indígenas; - O comportamento sexual dos povos indígenas, de uma maneira geral, caracteriza-se pelo início precoce das relações sexuais e da liberdade de trocas de parceiros, mesmo entre pessoas casadas; - A população indígena encontra-se em situação vulnerável quanto à exposição às DST, em face de sua particular situação sociocultural; - Importante destacar que as principais preocupações percebidas pelas mulheres quanto à saúde em suas comunidades estão relacionadas às DST/AIDS e ao câncer. |
| NETO, R O N; SILVA, G M (2014) | Saúde e Qualidade de Vida da Mulher Indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013. | <ul style="list-style-type: none"> - Os dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde de mulheres indígenas são incipientes; - A atenção à saúde da mulher dos povos indígenas ainda é precária, não se conseguindo garantir ações como a assistência pré-natal, de prevenção do câncer de colo de útero, de prevenção de DST/HIV/AIDS, prevenção da desnutrição em crianças, doenças respiratórias, dentre outras; - Deve-se desenvolver políticas de saúde as mulheres indígenas, no contexto do etnodesenvolvimento das sociedades indígenas e da atenção integral, envolvendo as comunidades indígenas na definição e acompanhamento das mesmas. |
| SPECK et al (2015) | Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil | <ul style="list-style-type: none"> - A indígena apresenta atividade sexual e reprodutiva precocemente, com taxas elevadas de fecundidade; - Para essa população, não existe um programa de prevenção do câncer de colo uterino bem estabelecido; - A maioria dos exames de preventivo para o CCU foi realizado na faixa etária abaixo de 25 anos, pelo fato de a população jovem ser mais predominante; - As lesões encontradas no exame citopatológico são frequentes em mulheres jovens, mas com predomínio de lesão de baixo grau. Os casos de lesão de alto grau ocorreram em idade inferior aos 25 anos; - Pouco se sabe do comportamento das lesões de alto grau em indígenas, além do risco de perda do seguimento dessas mulheres, devido à dificuldade de acesso das equipes, risco de inconsistência das ações e mudança constante das mulheres de uma aldeia para outra, o que poderia inviabilizar a conduta expectante com controles regulares; - Sugere-se que o rastreamento para a prevenção do CCU deva ser regular nas mulheres indígenas jovens em função do aumento da incidência de lesões de alto grau entre as pacientes com 20 a 34 anos de idade. |

| | | |
|-------------------------|--|---|
| NASCIMENTO, et al 2015 | Perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, Brasil | <ul style="list-style-type: none"> - A distribuição dos casos de câncer do colo do útero nas índias atendidas no Hospital Ophir Loyola (HOL), registrados entre mulheres, foi maior na faixa etária de 60-69 anos; - A maioria das indígenas acometidas pelo CCU, tinham um baixo nível de escolaridade e eram tabagistas; - Além da infecção pelo HPV, o tabagismo e o baixo nível de instrução elevam o risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino; - Constatou-se que o intervalo de tempo entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento oncológico foi extenso, acima de 60 dias em 60% dos casos e com tempo médio de 113 dias (mais de 03 meses), bem diferente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil, conforme a Lei nº 12.732, publicada no Diário Oficial da União em 23/11/2012, que fixa o prazo de até 60 dias para o início do tratamento de câncer pelo SUS, contado a partir do diagnóstico da doença. |
| AGUIAR JR, et al (2016) | Disparidades na epidemiologia e no tratamento de câncer nas populações indígenas brasileiras | <ul style="list-style-type: none"> - O contato da população indígena com a sociedade ocidental desencadeou mudanças sociais e comportamentais, apresentando maiores taxas de sobrepeso e obesidade, e maior risco de câncer de próstata; - A escassez de dados sobre o estado geral de saúde dos povos indígenas é um importante problema na avaliação de suas necessidades de saúde; - O câncer do colo do útero foi o mais comum em indígenas residentes em Roraima (RR) e Manaus (AM), o segundo mais comum em residentes em Brasília (DF) e Curitiba (PR) e o terceiro mais comum entre residentes em Recife (PE) e Salvador; - É possível que o rastreamento para câncer seja subestimado nos Distritos Sanitários Indígenas no Brasil; - A alta incidência de câncer do colo do útero em mulheres indígenas pode ser atribuída à atividade sexual precoce, à multiplicidade de parceiros sexuais e à alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, como a infecção por vírus do papiloma humano (HPV), e pela baixa abrangência do exame de Papanicolau e da vacinação contra o HPV; - O diagnóstico de câncer em pacientes indígenas é tardio, em estágio mais avançado, com resultados desfavoráveis; - As diferenças culturais e crenças religiosas estão presentes na relação entre pacientes indígenas e o serviço de saúde, interferindo na experiência do paciente com o cuidado do câncer; |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - As estratégias de baixo custo, como programas de prevenção e campanhas educacionais, pode contribuir para a conscientização de povos indígenas a respeito do câncer e respectivos riscos modificáveis por meio da promoção de hábitos alimentares mais saudáveis, da atividade física regular, da abstenção do tabagismo e do consumo abusivo de álcool, além da prevenção da poluição interna por queima de biomassa; - A vigilância rigorosa da presença de contaminantes ambientais, como pesticidas, metais pesados e dejetos industriais, nas proximidades de terras indígenas, também pode contribuir para a prevenção da exposição a agentes carcinogênicos; - Os testes de triagem (Papanicolaou), são fundamentais para o diagnóstico e o tratamento precoce de lesões pré-cancerígenas e cancerígenas, e têm grande influência na incidência de câncer e na mortalidade associada à doença. |
|--|--|---|

TABELA 8. Principais Discussões dos estudos analisados (2010 a 2016):

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação de saúde da mulher indígena em relação ao câncer de colo uterino, é preocupante evidencia-se uma alta susceptibilidade e vulnerabilidade social a este problema de saúde pública. Mesmo a saúde indígena sendo prioridade segundo alguma políticas já instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAISUS), observa-se uma dificuldade na realização dos rastreamentos e acompanhamento dos seguimentos e tratamentos.

A maioria da discussões dos autores estudados em relação a situação do câncer uterino na saúde indígena, principalmente no estado de Roraima, no período de 2010 a 2016, entram em consenso que a condição sanitária dessas mulheres deve ter uma atenção especial e um maior cuidado, pois as mesmas, são as mais pobres, com nível de escolaridade mais baixo, e que sabem muito pouco sobre informações sobre prevenção e tratamento do câncer de colo de útero.

Existem muitos poucos estudos para haver mais evidências científicas, deve-se haver um maior estímulo para que as estratégias de ações de saúde e políticas e planejamento em saúde tenham um olhar específico em prol da promoção e qualidade de vida das populações indígenas, já basta os séculos de mazelas que a sociedade ocidental causou a esses grupos, com a escravidão, transmissão de doenças e exclusão social, violência e usurpação de seus territórios.

A cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero na população indígena deixa muito a desejar, no sentido de melhorar o acesso, a integralidade, e ter efetividade. Neste sentido, sugere-se um maior alcance das ações de rastreamento para diagnosticar precocemente, e no momento oportuno oferta os exames e o tratamento necessário. O mais indicado seria um atendimento primário organizado no sentido de ir a comunidade, conversar sobre a importância da prevenção da doença e aplicar de

preferência um rastreamento (populacional) e o diagnóstico precoce, com seguimento/acompanhamento e tratamento das lesões.

Estas ações da linha de cuidado na prevenção e controle do câncer do colo do útero dependem do alcance dessas ações no contexto indígena, no repasse das informações educativas em saúde, na qualidade da coleta e da análise citológica, da adesão das pacientes e do acesso ao tratamento e acompanhamento.

Infelizmente, percebe-se que na maioria dos estudos as mulheres indígenas que mais poderiam se beneficiar do teste de Papanicolau são as que menos o realizam (25-64 anos). O êxito dos programas de prevenção depende do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, que respeitem as diferenças socioeconômicas, culturais entre as mulheres e sejam focadas em eliminar as barreiras e a iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos.

A maioria das comunidades indígenas se encontram em áreas geograficamente de difícil acesso. Assim, o serviço primário de saúde que coordena o encaminhamento das pacientes para centros secundários e terciários de combate ao câncer, deve ter uma responsabilidade e grande preocupação, no sentido de realmente, a paciente ter o acesso e receber um tratamento especializado adequado.

Para uma real efetividade dos serviços básicos de saúde locais em áreas indígenas ou nos centros urbanos que irão assistir essas populações diferenciadas, devem dispor de profissionais de saúde qualificado, culturalmente competente e sensíveis às crenças e necessidades dos povos indígenas, para que possam dialogar, respeitar seus modos de vida e assim contornar as suas diferenças culturais. O conhecimento da cultura das diversas etnias indígenas e das suas preferências terapêuticas se faz necessário, pois as pacientes indígenas podem ter uma percepção diferente da enfermidade.

Os povos indígenas vêm lutando cada vez mais por uma melhor assistência em saúde. A discrepância de resultados em populações indígenas e não indígenas acometidas pelo câncer de colo de útero, além de outros fatores, deve-se a fatores históricos complexos e profundos.

Existem muitos desafios, e muito a fazer no sentido de desenvolver estratégias eficazes de prevenção do câncer entre povos indígenas, melhorar o rastreamento, a qualidade da coleta, e das análises dos exames, no sentido de dar uma resposta em tempo oportuno a essa população tão vulnerável e permitir melhorar acesso dessas populações ao diagnóstico e tratamento da doença.

Assim, solicita-se do campo acadêmico e científico mais estudos sobre o câncer do colo do útero em populações indígenas, pois mais evidencias científicas, favorecem o aumento do conhecimento e contribuem para o aprimoramento das ações de prevenção do CCU e promoção da saúde, e permite um planejamento mais adequado e que tente diminuir as iniquidades em saúde nos serviços e nas regiões de todo o Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C M M; GUERRA, M R; BASTOS, R R. Tendência de mortalidade por câncer do colo de útero para o estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. Cadernos de saúde pública, rio de janeiro, v.25, n.8, p.1693-1700, 2009.
- ALVARENGA, A M. IMPLEMENTAÇÃO DA BUSCA ATIVA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA UBS BELVEDERE, PARÁ DE MINAS - MG. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. 2016. 37p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/ALINEMARCIACALVARENGA.pdf> Acesso em: 27/09/2017.
- ATHIAS, R; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.
- BASTA, P C; ORELLANA, J D Y; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo, Luiza; Pontes, Ana Lúcia (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, p. 60-108. 2012.
- BARBA, P; MARTINEZ, C; CARRASCO, B. **Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento.** 2003. Disponível em: <<http://sites.ffclrp.usp.br/paidea/artigos/26/01>>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde, INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de Colo de Útero. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoess_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colon_uterino/conceito_magnitude Acesso em: 19/06/2016.
- _____. SESAI. DISPONÍVEL em: <http://portalsaudesaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9864-destaques>. Acesso: 22/07/2015.
- _____. Ministério da Saúde, INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home> Acesso em: 27/09/2017.
- _____. Ministério da Saúde, INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf Acesso em 27/09/2017.
- _____. Ministério da Saúde. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Org.). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012. 129 ISBN 978-85-7318-201-9 (versão eletrônica). Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abcd_2ed.pdf Acesso em: 27/09/2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: **Relatório de Situação: Roraima**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 35 p. ISBN 978-85-334-1868-4 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p. ISBN:978-85-334-1639-0. DISPONÍVEL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

_____. Ministério da Saúde. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. (Org.) GERSEM, S L. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de educação continuada, Alfabetização e Diversidade. LACED/Museu Nacional, 2006. 224 p. ISBN 85-98171-57-3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher. **Câncer do colo do útero: informações técnicas e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA; 2002. 8.

_____. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.

_____, P M. **Uma introdução ao conceito de promoção a saúde**. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.15-38,2003.

_____, P M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 163-177. ISSN 1678-4561.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 19.

CARDOSO, M D. **Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política**. In: LANGDON, E J; CARDOSO, M D (Org.). Saúde Indígena: políticas comparadas na América latina. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2015. p. 83-106. ISBN978-85-328-0735-9.

CASTRO, R F M. ATENÇÃO À SAÚDE DO INDÍGENA NO ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL: REVISÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE SABER CIENTÍFICO, Porto Velho, 1 (1): 209 - 231, jan./jun.,2008.

COIMBRA JR., C E A., SANTOS, R V; ESCOBAR, A L (organ.). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p. 13-47, pp. 2327-2339. ISSN 0102-311X.

COIMBRA JR., C E A., SANTOS, R V ; ESCOBAR, A L., orgs. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

COIMBRA JR., C E A; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: Monteiro S. Sansone L. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. p.153- 73.

CYRINO, E G; TORALLES-PEREIRA, M L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizagem por descoberta na área de saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 782, maio/jun. 2004.

CZERESNIA, D. **O Conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.de (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.p.43-57.

FERREIRA, A B H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p.

FERREIRA, M E V; MATSUO, T; SOUZA, R K T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2011, vol.27, n.12, pp. 2327-2339. ISSN 0102-311X.

FIOCRUZ. **Mudança no Perfil Epidemiológico Alerta Indígenas**. 2012. Disponível em:<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30058>. Acesso em: 16/10/2014.

FONSECA, et al. A PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS CERVICAIAS EM INDÍGENAS DO EXTREMO NORTE DA AMAZÔNIA BRASILEIRA. Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(2): 101-108.

GUERRA, M R; MOURA GALLO, C V; MENDONÇA, G A S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005; 51(3): 227-234. DISPONÍVEL EM: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf ACESSO EM:27/09/2017.

HAYD, R L N; OLIVARES, A I O; FERREIRA, M L S; LUITGARDS-MOURA, J F. Um Olhar sobre a Saúde Indígena no Estado de Roraima. *Mens Agitat*. Volume III, Número 1, 2008, p. 89-98. ISSN 1809-4791.

IARC. International Agency for Research on Cancer. Globocan. Lyon, Who, 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> Acesso em: 27/09/2017

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **CENSO DEMOGRAFICO2010**. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rr&tema=resultuniverso_censo2010/. ACESSO: 06/02/2015.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). Povos indígenas no Brasil, -2006/2010. Carlos Alberto Ricardo; Fany Ricardo (org.). São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011.778 pg.ISBN: 978-85-85994-3.

FACINA, T. Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(1): 63. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf Acesso em:10/10/2017.

KUSCHNIR, R; SILVA, L B. Definindo o problema. In. KUSCHNIR, ROSANA (Org.). Gestão de Redes de Atenção à Saúde. 2. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015. 77-92 p. ISBN: 978-85-61445-64-5.

JESUS, D L. A TRANSFORMAÇÃO DA RESERVA INDÍGENA DE DOURADOS – MS em território turístico: valorização socioeconômica e cultural [dissertação]. Dourados (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2004

MARCONI, M A; LAKATOS, E M. FUNDAMENTOS DE METODOLOGIA CIENTÍFICA. 7ª Edição. São Paulo. Editora: Atlas S.A. 2010. ISBN 978-85-224-5758-8.

MARTINS, L F L; THULER, L C S; VALENTE, J G. Cobertura do exames de Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2005;27(8):485-92.

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 Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

OLIVEIRA, S L; ALMEIDA, A C H. A percepção das mulheres frente ao exame de Papanicolau: da observação ao entendimento. *Cogitare Enferm*. 2009;14(3):518-26.

PEREIRA, J C, et al. MORBIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES DE RESERVA INDÍGENA NO MATO GROSSO DO SUL. *Cogitare Enferm*. 2011 Jan/Mar; 16(1):127-33
Preevncao dp câncer de colo uterino <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/9975/Publico-12592a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

RABELLO, L S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.228p.

SESAU. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde. Planiilha de Informações sobre as causas de óbitos mais prevalentes por faixa etária, em todos os sexos, em populações indígenas no período de 2008 a 2014. 2015.

WHO. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization; 2002.

WHO. World Health Organization. World Cancer Report 2008. Lyon: WHO, 2008.

NETO, R O N; SILVA, G M. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER INDÍGENA: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013. http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/saude_indigena.pdf

SPECK, N M G, et al. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-052.pdf

WORLD. The Indigenous. International Working Group on Indigenous Affairs (IWGIA), ECOSOC Consultative Status, p10). 2006. https://www.iwgia.org/images/publications/IW_2006.pdf

OLIVEIRA, S C R. A incidência de câncer na população indígena no Brasil e a subnotificação dos casos Revista Brasileira de Oncologia Clínica < Vol. 11, no 39 < janeiro / fevereiro / março < 2015. <http://www.sbc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/39/editorial.pdf>

MARRONI, M A; MARRONI D. Conhecendo a ocorrência de câncer de colo do útero em mulheres indígenas da tribo Kaingang na Reserva do Guarita no Estado do Rio Grande do Sul. *Saúde Coletiva*. 2010; 7(39): 92-5.

CAPÍTULO 10

O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 03/07/2023

Valéria Adriana Santos

Colegiado do Curso de Enfermagem
Coordenação de TCC
Trabalho de Conclusão de Curso

Juliana Lopes Menezes

Prof^a Ms. Colegiado do Curso de
Enfermagem
Coordenação de TCC
Trabalho de Conclusão de Curso

RESUMO: O câncer de colo do útero é uma doença que afeta as mulheres, causada principalmente pelo vírus HPV. No Brasil, é a terceira causa de morte por câncer em mulheres. A prevenção é feita através do exame preventivo (Papanicolau) e da vacinação contra o HPV. **Objetivo:** esclarecer a atuação do enfermeiro na atenção primária como agente importante no combate ao Câncer de Colo de Útero, ressaltar sua importância na prevenção do Câncer de Colo de Útero e debater sobre esta patologia. **Metodologia:** Classifica-se em uma obra de revisão bibliográfica. Os materiais foram coletados no período de agosto de 2022 a abril de 2023. As bases de dados consultadas serão o Google Acadêmico, Scientific Electronic Library

Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Pubmed. Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados no recorte temporal de 10 anos (2012-2022), artigos que respondam à pergunta norteadora, abordem os objetivos e publicados em português ou inglês. Dentre os critérios de exclusão estão: estudos de caso e literaturas fora do recorte temporal. **Resultados e discussão:** O enfermeiro é profissional de formação abrangente e com relação mais íntima com a comunidade e que podendo contribuir, desta forma, para a humanização da assistência, educação em saúde expondo a necessidade de prevenções como: vacinação, uso de preservativo e realização de preventivo, bem como a implantação de medidas significativas para o enfrentamento do CA de Colo de Útero. **Conclusão:** Dessa forma, conclui-se que o presente estudo contribui significativamente para a conscientização e prevenção do câncer de colo de útero, ressaltando a importância da atuação dos enfermeiros nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Colo de Útero, HPV, Atenção Básica, Enfermeiro, Epidemiologia do Câncer de Colo de Útero.

ABSTRACT: Cervical cancer is a disease that affects women, caused mainly by the HPV virus. In Brazil, it is the third leading cause of cancer death in women. Prevention is done through preventive examination (Pap smear) and vaccination against HPV. **Objective:** to clarify the role of nurses in primary care as an important agent in the fight against cervical cancer, to emphasize its importance in the prevention of cervical cancer and to discuss this pathology. **Methodology:** It is classified in a work of bibliographic review. The materials were collected from August 2022 to April 2023. The databases consulted will be Google Scholar, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library (VHL), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Pubmed. The inclusion criteria were: studies published in the 10-year time frame (2012-2022), articles that answer the guiding question, address the objectives and published in Portuguese or English. Among the exclusion criteria are: case studies and literature outside the time frame. **Results and discussion:** The nurse is a professional with a comprehensive education and with a more intimate relationship with the community and who can contribute, in this way, to the humanization of care, health education exposing the need for preventions such as: vaccination, condom use and preventive action, as well as the implementation of significant measures to cope with the AC of the Cervix. **Conclusion:** Thus, is concluded that the present study contributes significantly to the awareness and prevention of cervical cancer, emphasizing the importance of nurses. Cervical cancer

KEYWORDS: Cervical cancer, HPV, Primary Care, Nurse, Epidemiology of Cervical cancer.

1 | INTRODUÇÃO

Para o ano de 2023, no Brasil, estimou-se 17.010 novos casos de câncer do colo do útero (CCU), também conhecido como câncer cervical, essa taxa representa uma incidência de 13,25% a cada 100.000 mulheres acometidas com essa patologia. As regiões mais afetadas por essa doença são a Norte e Nordeste do país, seguido do Centro-oeste, Sul e Sudeste respectivamente (BRASIL, 2022).

O Câncer de Colo de Útero é uma patologia que evolui lentamente, entre 10 a 20 anos (RAMOS et al., 2014), havendo diversos fatores desencadeantes, como: hábitos de vida, questões sociais e ambientais, mas, como maior determinante do desenvolvimento do CCU, destaca-se a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), vírus transmitido por via sexual. O HPV é um Ácido Desoxirribonucléico-vírus (DNA-vírus) e tem preferência por células escamosas, ao entrar em contato com a ectocérvice, age desregulando a sua maturação e o diferenciando do epitélio natural (OLIVEIRA, 2014).

O colo do útero localiza-se na extremidade inferior do útero e corresponde ao limite superior da vagina, com a qual faz um ângulo de aproximadamente 90° (BALTAZAR; BARROS, 2014). Apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco – epitélio colunar simples (SIQUEIRA et al., 2014) e uma parte externa, denominada de ectocérvice, como mencionado acima, composta por um epitélio escamoso estratificado.

O câncer cervical é uma doença que apresenta um dos mais altos potenciais de

prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado na fase inicial da doença (AMARAL et al., 2017). Nessa perspectiva, o enfermeiro é, de maneira geral, o primeiro profissional a ter contato com o paciente em uma unidade de saúde. Ele tem na prática desenvolvida em unidades básicas de saúde (UBS), o desafio de implementar o cuidado em enfermagem na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito (ACIOLI et al., 2014).

Na atenção primária, o profissional de enfermagem atua nas ações preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação dos pacientes na ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, câncer do colo de útero e de mama, assim como pode atuar no enfrentamento de outras demandas previamente identificadas (ZAPONNI et al; 2015).

Desse modo, a presente pesquisa visa responder à seguinte questão: qual o papel do Enfermeiro na prevenção do Câncer de Colo de Útero através da consulta de enfermagem na atenção primária? Tem também como objetivos, esclarecer a atuação do enfermeiro na atenção primária como agente importante no combate ao câncer de colo de útero, ressaltar sua importância na prevenção do CCU e debater sobre o câncer de colo de útero.

Esta pesquisa se justifica em razão da necessidade de abordar o papel do Enfermeiro na atenção primária, no tocante ao combate do câncer de colo de útero, bem como a escassez de trabalhos sobre a temática, ademais, pretende trazer contribuição teórica para graduandos e profissionais da saúde, no que se refere à atuação deste profissional na assistência prestada na atenção básica, que inclui consultas, práticas educativas, diagnóstico, tratamento e recuperação.

2 | METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido se classifica em uma obra de revisão bibliográfica. Os materiais foram coletados no período de agosto de 2022 a abril de 2023. Para seu desenvolvimento, foram feitas pesquisas de artigos relacionados ao câncer de colo de útero, Papilomavírus Humano, bem como o papel do enfermeiro na prevenção desta doença. Os artigos foram selecionados com base nos seus respectivos títulos e resumos. As bases de dados consultadas serão o Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Pubmed.

Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados no recorte temporal de 10 anos (2012-2022), artigos que respondam à pergunta norteadora, abordem os objetivos e publicados em português ou inglês. Dentre os critérios de exclusão estão: estudos de caso e literaturas fora do recorte temporal. As limitações desta pesquisa se encontram nos dados epidemiológicos, visto que se trata de números que vão mudando anualmente e até

o presente momento não se tem dados legítimos de casos no Brasil no ano de 2023.

Como descriptores, utilizou-se: câncer de colo de útero, HPV, atenção básica, papel do enfermeiro na prevenção do câncer e epidemiologia do câncer de colo de útero.

3 I REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Câncer de colo de útero

O câncer é o nome dado para um grupo de mais de 100 doenças, as quais tem como características em comum o desenvolvimento desordenado de células com alta capacidade de disseminação nos tecidos e órgãos próximos à estrutura inicialmente afetada (BATISTA et al., 2015). O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre as mulheres no Brasil e a quarta causa de morte em todo o mundo, perdendo apenas para o câncer de mama, pulmão e colón retal (SILVA et al., 2014) tornando-se assim um importante problema de saúde pública.

Sendo assim, o câncer cervical possui uma relação direta com a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), porém somente esta infecção não é suficiente para o desenvolvimento da neoplasia, neste caso, há a necessidade de infecções persistentes por subtipos oncogênicos do HPV e fatores de risco como: imunidade, genética, idade acima de 30 anos, tabagismo, uso de contraceptivos orais, início precoce da vida sexual, múltiplos parceiros e primariedade em idade precoce (BRASIL, 2021).

As formas de prevenção do CCU também se associam a diminuição do perigo de contágio da infecção pelo HPV, elas são de origem primária, através da vacina contra o HPV e do uso de preservativos (BRASIL, 2023), e secundária, através do rastreamento, método de detecção precoce da neoplasia por meio do exame citopatológico. Dessa forma, o preventivo, como é conhecido popularmente é oferecido para mulheres entre 25 e 64 anos que já tiveram relação sexual, nele, há a possibilidade de identificar lesões precursoras do câncer e o tratamento prévio para impedir a progressão da lesão (BRASIL, 2021).

Através da realização deste exame de rastreamento é possível reduzir em até 70% a mortalidade por esse tipo de câncer na população de risco (SÁ; SILVA, 2019) e as vacinas também têm eficácia comprovada nos países que já a implementaram, nos quais obteve-se redução das manifestações do vírus em até 90% (ZARDO et al., 2014).

O reconhecimento das necessidades da população de um determinado território se faz necessário para o aprimoramento da atenção em saúde no combate ao câncer de colo de útero, neste caso, a presença do enfermeiro é de extrema importância no processo de reconhecimento e características do público-alvo, para assim identificar a melhor forma de abordagem e os possíveis problemas que podem estar interferindo na eficiência e eficácia das ações (SILVA et al., 2014).

3.2 Papilomavírus Humano

Grande parte das mulheres sexualmente ativas em algum momento da sua vida já foram infectadas pelo Papilomavírus Humano (HPV), em geral, o vírus é eliminado do seu corpo em poucos meses, entretanto, parte delas acabam desenvolvendo uma infecção persistente pelo HPV e esse fator gera uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de pré-câncer e câncer do colo do útero (USYK et al.,2020).

Existem mais de 150 tipos HPV, entre esses, 40 tem a capacidade de infectar o trato genital e 12 podem causar cânceres em colo do útero, vulva, vagina, pênis, ânus e orofaringe, os outros podem causar verrugas genitais, denominadas de condiloma acuminado (CUNHA et al, 2022).

Os HPVs 6, 11, 30, 42, 43 e 44 são subtipos de baixo risco e provocam apenas lesões intraepiteliais não oncogênicos, em 90% dos casos os 6 e 11 são os encontrados nas lesões. Os 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58 e 61 são considerados de risco médio, mas provocam lesões intraepiteliais de alto grau que em alguns casos podem gerar cânceres. Os HPVs 16, 18, 45 e 56 são de alto risco, encontrados em lesões intraepiteliais de alto grau e cânceres cervicais, desses, os subtipos 16 e 18 estão presente em 70% dos casos de que terminam em câncer de colo de útero.

A transmissão da infecção ocorre por vias sexuais, através do contato com secreções, e pela forma vertical (Costa e Goldenberg, 2013), o período de manifestação dos primeiros sintomas do HPV varia entre dois e oito meses após o contágio, podendo levar até 20 anos para surgir o primeiro sinal pela infecção e esse fator acaba dificultando a determinação de como e quando o indivíduo foi infectado (BRASIL, 2022). A infecção por um longo período, combinada com fatores de risco como, por exemplo, tabagismo, permitem a infecção persistente por HPV, gerando alterações celulares e podendo resultar em um câncer invasivo (USYK et al.,2020).

A infecção, grande parte das vezes se manifesta de forma assintomática, com lesões precursoras que durante a coleta do citopatológico podem ser detectadas e confirmadas após realização da colposcopia -exame complementar, no qual se aplica dois reagentes no colo do útero, lugol e ácido acético, para uma visualização mais detalhada -, as lesões podem ser “únicas ou múltiplas, restritas ou difusas, de tamanho variável, planas ou exofíticas, sendo também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de gallo” (BRASIL, 2013).

Quando a lesão desenvolve para o CA os sintomas passam a surgir, sendo eles: sangramento vaginal (espontâneo, após atividades性uais ou esforço), dor pélvica associados a alterações urinárias, dor nas costas e pernas, leucorreia. Perda de peso, fadiga, perda do apetite e queixas intestinais em estágios mais avançados também são frequentes (OMS, 2022).

A nomenclatura dos exames citopatológicos utilizada no Brasil atualmente é

baseada no sistema Bethesda que reflete a história da infecção pelo HPV, os exames vêm classificados como: Normal, alterações benignas, atipias de significado indeterminado, Lesões Intraepiteliais Escamosas de Baixo Grau (LSIL), anteriormente classificada por Richart e denominada de NIC I e Lesões Intraepiteliais Escamosas de Alto Grau (HSIL), anteriormente denominadas de NIC II e NIC III, adenocarcinoma *in situ* e carcinoma invasor. Ambas as organizações foram baseadas no sistema de Papanicolaou (1941) e da Organização Mundial de Saúde (1952) (BRASIL, 2013).

No tocante ao número de mulheres infectadas, a estimativa foi de 16.710 casos novos para o ano de 2022 e de 17.010 casos novos para o ano de 2023 (BRASIL, 2022). Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelo tipo 16 ou 18, ou por ambos (BRASIL, 2013). A incidência anual de aproximadamente 500 mil casos de câncer do colo de útero. O câncer é um desfecho raro, pois embora a infecção pelo HPV seja um fator necessário, não é suficiente, para o desenvolvimento do câncer do colo de útero (INCA, 2014).

Objetivando reforçar a prevenção do câncer do colo do útero, o ministério da saúde desenvolveu a vacina contra o HPV que abrange os subtipos 6,11, 16 e 18 do vírus. A vacina é destinada para meninas e meninos com idade entre 9 e 14 anos, homens e mulheres transplantados, pacientes oncológicos em uso de quimioterapia e radioterapia e portadores do HIV. A faixa etária, 9 a 14 anos é mais efetiva para a aplicação da vacina por englobar os indivíduos antes do início da vida sexual e proporcioná-los altos níveis de anticorpos contra a infecção (BRASIL, 2015).

3.3 A Atenção Básica e o exame citopatológico

A Rede de Atenção à Saúde tem como parte de seus integrantes a Atenção Básica (AB), que tem um papel fundamental na promoção, manutenção e recuperação da saúde da população brasileira, para o desenvolvimento dessas ações, a população precisa reconhecer as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como unidades acessíveis e resolutivas para os seus problemas. Nesse sentido, gestores e profissionais atuantes nessas unidades devem trabalhar de forma acolhedora por meio de escuta atenta e qualificada para o atendimento de qualidades desses indivíduos (BRASIL, 2016).

A AB tem grande importância no rastreamento e monitoramento de diversas doenças da população residente do seu território de abrangência, para isso realiza-se busca ativa para a redução de morbimortalidades, dentre essas patologias, está incluso o Câncer cervical, tumor com o maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2016). Nesse contexto o enfermeiro é um integrante indispensável na equipe multiprofissional (COSTA et al., 2017). A direção, organização, planejamento, coordenação e avaliação dos serviços prestados em instituições de saúde, correspondem a funções privativas deste trabalhador (SILVEIRA, 2016).

Neste contexto o preventivo e a colposcopia oncótica são os métodos realizados

por profissionais enfermeiros nas UBS para a identificação de células sugestivas de pré-invasão e até lesões malignas (MACIEL et al., 2020). A citologia do colo do útero consiste no esfregaço por meio das espátulas de ayres e escovas cervicais no colo do útero colhendo células presentes na ectocérvice e endocérvice, que são extraídas através de raspagem (MACIEL et al., 2020). O exame deve ser realizado em mulheres idade entre 25 aos 59 anos, após o início da vida sexual com homens ou mulheres. Inicialmente deve-se realizar a cada ano e após dois exames consecutivos com resultados normais, o intervalo passa a trienal (GONÇALVES et al., 2016).

No entanto diversas são as pacientes que não se sentem confortáveis para a realização deste exame por vergonha, medo de sentir dor e em diversos casos, pela falta de confiança no enfermeiro da unidade, sendo assim, para a execução destes serviços com qualidade é necessário o estabelecimento de uma relação de confiança com essas pacientes e um conhecimento técnico e científico do profissional responsável. (SILVEIRA, 2016).

Além do exame Papanicolau, biomarcadores não invasivos, específicos e sensíveis para a detecção precoce do CCU podem ser também uma opção para rastreamento, diagnóstico, prognóstico e acompanhamento de mulheres com câncer cervical, podendo contribuir para a redução da morbimortalidade pela doença em todo o mundo.

Desse modo essa técnica é realizada por meio da detecção de microRNAs no soro, plasma e urina. Estes são considerados uma nova classe de biomarcadores e podem gerar um grande valor clínico para triagem precoce de estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NASCIMENTO et al., 2022).

3.4 O papel do enfermeiro na prevenção do Câncer de Colo de Útero

O profissional enfermeiro dispõe de ferramentas para auxiliar na prevenção do câncer de colo de útero (CCU) executando atividades, como: Educação em saúde, sinalizando as mulheres quanto aos fatores de risco e seus meios de prevenção, esclarecendo dúvidas, realizando ou monitorando a vacinação de jovens adolescentes contra o HPV, realizando de consultas ginecológicas e principalmente, a coleta do exame citopatológico, com isso há uma contribuição na detecção precoce da doença, recuperando e reabilitando a indivídua em tempo hábil (COSTA et al., 2017).

Podemos apontar como atribuição do enfermeiro no controle do câncer do colo do útero segundo o Caderno da Atenção Básica número 13:

1. Atendimento as usuárias de maneira integral (BRASIL, 2013);
2. Realização de consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária (BRASIL, 2013);
3. Solicitação de exames de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local;

4. Exame e avaliação pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero;
5. Avaliação dos resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer do colo do útero;
6. Prescrição de tratamento para outras doenças detectadas, como ISTs, na oportunidade do rastreamento, de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local;
7. Realização de cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
8. Avaliação periódica, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para serviços especializados ou de alta complexidade;’
9. Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe;
10. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para este estudo utilizou-se 19 artigos, 9 materiais do Ministério da Saúde e 1 site da Organização Mundial da Saúde, que contemplavam os objetivos, 6 desses artigos serão utilizados para a discussão deste trabalho.

Após a confirmação do DNA do HPV em quase 100% dos epitélios dos carcinomas invasivos, ratificou-se que é necessária a infecção pelo vírus para o desenvolvimento do câncer no colo do útero, mas, nem todas as mulheres infectadas desenvolveriam a neoplasia (NAKAGAWA, SCHIRMER, BARBIERI, 2010). Ainda hoje o CCU se apresenta como um problema de saúde pública no Brasil e é o terceiro tipo de câncer mais incidente nas mulheres do mundo, mesmo com a infecção pelo agente precursor da doença sendo passível de prevenção (DA COSTA et al, 2017).

De acordo a resolução COFEN Nº 381/2011 a coleta de material para colpocitologia oncotíca através do preventivo é função privativa do enfermeiro por ser um procedimento que a sua execução demanda maior complexidade técnica, exige conhecimentos científicos e capacidades de tomada imediata de decisões.

Segundo Silveira (2016) após a realização de uma revisão de literatura, são de responsabilidades do enfermeiro a realização do exame citológico, solicitação de exames, prescrição de medicamentos protocolados para a promoção da saúde e encaminhamento da cidadã para outros componentes da equipe multiprofissional em casos de alterações citológicas, além disso, aponta que o profissional também deve planejar e executar ações

para identificar possíveis casos de suscetibilidade ao câncer de colo de útero acolhendo, acompanhando, orientando, esclarecendo dúvidas, desenvolvendo atividades eficazes e prestando assistência no tratamento da doença, quando for o caso.

Traz também o enfermeiro como profissional de formação abrangente e com relação mais íntima com a comunidade, podendo contribuir, desta forma, para a humanização e educação em saúde expondo a necessidade de prevenções como: vacinação, uso de preservativo e realização de preventivo, bem como a implantação de medidas significativas para o enfrentamento do CA de Colo de Útero (SILVEIRA, 2016).

Gonçalves et al (2016) corroboram com a autora nos aspectos mencionados acima e acrescentam sobre a importância da enfermagem nos três níveis de prevenção a saúde, sendo eles: Primária, tratando da diminuição do risco pelo contágio do HPV por meio de vacinação, abstinência sexual total e uso de preservativo; Secundária, através do diagnóstico precoce por intermédio da realização de preventivo; E terciária para mulheres que manifestaram a doença, incluindo-a na reabilitação e se necessário nos cuidados paliativos.

A participação do enfermeiro no controle dos fatores de risco e na implementação dos meios de prevenções primárias e secundárias na sua UBS, é a forma mais eficaz para o combate do câncer cervical por HPV (CUNHA et al, 2022).

De acordo com Simões e Júnior (2019), a exposição de um indivíduo ao Papiloma Vírus Humano por meio da vacina (que contém baixas doses do vírus), o proporcionará uma alta resposta imune contra a infecção. A vacina não alterará o curso natural da infecção, mas atuará como prevenção para meninos e meninas que já tenham tido acesso a ela. Afirmam também, que o Papanicolau é importante por detectar alterações no epitélio cervical da mulher e a permitir tratar a lesão antes que ela se desenvolva tanto.

Batista, Mattos e Silva (2015) abordam que em um contexto geral, a demora no diagnóstico dos cânceres e atraso no início da terapêutica podem ser associados ao aumento do tumor e consequentemente na redução das chances de cura do paciente, sendo assim, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para prestar uma assistência qualificada e bem direcionada a população.

Desta forma, destaca-se a necessidade da imunização antes do início das atividades sexuais e da realização de exames citológicos seguindo a recomendação do Ministério da Saúde (2022), ou seja, para mulheres que já iniciaram a vida sexual a partir dos 25 anos de idade, inicialmente realizando-o de forma anual e após dois resultados consecutivos dentro da normalidade, realizá-lo de forma trienal até os 59 anos de idade.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o câncer de colo de útero o câncer que mais causa a morte em mulheres no Brasil, torna-se fundamental destacar o papel do enfermeiro na prevenção

dessa doença. A atuação do profissional de enfermagem na atenção primária é essencial para identificar precocemente os fatores de risco e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde.

Nesse sentido, as ações de enfermagem na realização do preventivo, nas consultas de enfermagem, na educação em saúde e na vacinação contra o HPV são fundamentais para a prevenção do câncer de colo de útero. O enfermeiro é responsável por orientar e conscientizar a população feminina sobre a importância da realização periódica do exame preventivo, que tem como objetivo detectar lesões precursoras do câncer.

Dessa forma, foi possível identificar e esclarecer o papel do enfermeiro na atenção primária como agente importante no combate ao câncer de colo de útero, além de debater sobre a patologia e destacar a relevância deste profissional na prevenção da doença. Portanto, conclui-se que o presente estudo contribui significativamente para a conscientização e prevenção do câncer de colo de útero, ressaltando a importância da atuação dos enfermeiros na atenção primária.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S; KEBIAN, L.V.A; FARIAS, M.G.A; FERRACCIOLO, P; CORREA, V. A.F; Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica [Nurses' work with children with cancer: palliative care]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014.

AMARAL, M.S; GONÇALVES, A. G; SILVEIRA, L. C. G; Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. **Revista Científica FacMais**, v. 8, n. 1, p. 198-223, 2017.

BARROS, F; FIGUEIREDO, R. **Manual de medicina sexual: visão multidisciplinar**. Lisboa: Sociedade Portuguesa Clínica e Sociedade Portuguesa de Andrologia: Menarini, 2014.

BATISTA, D. R. R; DE MATTOS, M; DA SILVA, S. F; Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 499-510, 2015.

BRASIL; **MINISTÉRIO DA SAÚDE**; Cadernos de Atenção Básica- controle dos cânceres do colo do útero e da mama; 2^a edição; Brasília- DF; 2013.

BRASIL; **MINISTÉRIO DA SAÚDE**; Informe técnico da vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) 2015 segunda dose; Brasília; Agosto; 2015.

BRASIL; **INCA- MINISTÉRIO DA SAÚDE**; Dados e números sobre câncer do colo do útero Relatório Anual 2022; Rio de Janeiro; Setembro; 2022

BRASIL; **INCA- MINISTÉRIO DA SAÚDE**; Dados e números sobre câncer do colo do útero Relatório Anual 2022; Rio de Janeiro; Novembro; 2022.

BRASIL; **MINISTÉRIO DA SAÚDE**; HPV; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hpv>; Acessado em: 27/03/2023.

BRASIL. INCA. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Guia de perguntas e respostas para profissional de saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/guia-pratico-hpv-2013.pdf>>. Acesso em 04 nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Brasília: Editora do **Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL; **MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA-**; DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER; RIO DE JANEIRO; 2021.

BRASIL; **INSTITUTO NACIONAL DO CANCER- INCA**; Prevenção do câncer do colo do útero; Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/acoes/prevencao>; Acessado em: 28/03/2023.

BRASIL, **MINISTÉRIO DA SAÚDE**; Protocolo da atenção básica- saúde das mulheres; Brasília- DF; 2016.

BRASIL, **MINISTÉRIO DA SAÚDE**; Câncer do colo do útero: exame para detecção é oferecido no SUS; Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/cancer-do-colo-do-uterio-exame-para-deteccao-e-oferecido-no-sus>>; Acessado em: 08/05/2023.

COSTA, L. A; GOLDENBERG, P; Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 249-261, 2013.

DA COSTA, F. K. M; WEIGERT, S.P; BURCI, L; NASCIMENTO, K.F; Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero. **Revista de gestão e saúde**, v. 17, n. 01, p. 55-62, 2017.

DA CUNHA, I. I.B. R; VASCONCELOS, A.C; BRITO. B.F; FIGUEIREDO, B.Q; SOARES, C.A.V.D; SANTOS, D.L.R; PRESOT, I.Q; FREITAS, M.T.O; MARQUES, P.R.C.N; FRANÇA, L.A; Câncer de colo uterino: fisiopatologia, manifestações clínicas e principais fatores de risco associados à patogênese. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e49111133992-e49111133992, 2022.

DA SILVA, B. L; SANTOS, R.N.L.C; RIBEIRO, F.F; ANJOS, U.U; RIBEIRO, K.S.Q.S; PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO E A AMPLIAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DE RISCO. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 6, 2014.

GONÇALVES, T. F. P; GILMENES, G.S.R; PRETO, V.A; CERVELATTI, E.P; Reflexões sobre o papel do enfermeiro e ações de saúde pública para prevenção contra câncer do colo do útero. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2214-2222, 2016.

JOANA, D. F; TEIXEIRA, R.A; SALES, S.E; SOUTO, G.R; AOYAMA, E.A; O papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo uterino. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020.

MACIEL, L. M. A; SOUZA, R. A. G; AOYAMA, E; A importância do exame papanicolau realizado pelo enfermeiro para o diagnóstico do Câncer no Colo Uterino. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020.

MENDES, E. C; VASCONCELLOS, L.C. F; Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 881-892, 2015.

MENEZES, M. O; SIQUEIRA, G.S; OLIVEIRA, V.M.F; BARRETO, S.M.S.S; SILVA, D.P; MACHADO, I.L.D; Citopatologia como prevenção do câncer do colo uterino. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE*, v. 2, n. 1, p. 37-49, 2014.

NASCIMENTO, N.P. G; GALLY, T.B; BORGES, G.F; CAMPOS, L.C.G; KANETO, C.M; Systematic review of circulating MICRORNAS as biomarkers of cervical carcinogenesis. *BMC cancer*, v. 22, n. 1, p. 1-23, 2022.

NAKAGAWA, J.T.T; SCHIRMER, J; BARBIERI, M; Vírus HPV e câncer de colo de útero; *Rev. Bras. Enferm*; 2010.

OLIVEIRA, J. R.G; **Fatores que influenciam no câncer de colo do útero.** 2014.

OPAS; Organização Mundial da Saúde; HPV e câncer do colo do útero; Disponível em: <paho.org/pt/tópicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-uterio>; Acessado em: 22/04/2023.

RAMOS, A. L; SILVA, D.P; MACHADO, G.M.O; OLIVEIRA, E.N; LIMA, D.S; A atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 1, 2014.

SILVEIRA, B,L; **Câncer do colo do útero: papel do enfermeiro na estratégia e saúde da família.** 2016.

SIMOES, L. P; JUNIOR, G. Z. Vírus HPV e o desenvolvimento de câncer de colo de útero—uma revisão bibliográfica. *Revista uningá*, v. 56, n. 1, p. 98-107, 2019.

USYK, M; ZOLNIK, C.P; CASTLE, P.E; PORRAS, C; HERRERO, R; GRADISSIMO, A; GONZALEZ P; SAFAEIAN, M; SCHIFFMAN, M; BURK, RD; Microbioma cervicovaginal e história natural do HPV em um estudo longitudinal. *Patógenos PLoS*, v. 16, n. 3, pág. e1008376, 2020.

ZAPPONI, A. L. B; TOCANTINS, Florence Romijn; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. *Rev enferm UERJ*, v. 23, n. 1, p. 33-8, 2015.

ZARDO, G. P; FARAH, F.P; MENDES, F.G; FRANCO, C.A.G.S; MOLINA, G.V.M; MELO, G.N; KUSMA, S.Z; Vacina como agente de imunização contra o HPV. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 3799-3808, 2014.

CAPÍTULO 11

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL: PARTICIPAÇÃO DO HOMEM/PAI NO PERÍODO GESTACIONAL

Data de aceite: 03/07/2023

Júlia Correia Silva

Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Salesiano

Lorena Silveira Cardoso

Orientadora

Membro do colegiado de enfermagem do Centro Universitário Salesiano

RESUMO: O pré-natal compõe-se em um conjunto de ações e fatores que interagem entre si e o mais essencial deles é o desenvolvimento da humanização. Desse modo, muita das vezes a paternidade só se desenvolve quando a criança nasce ou quando ela já se encontra crescida. Dessa forma o trabalho tem o intuito identificar a adesão do pai no acompanhamento da assistência pré-natal no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de revisão integrativa, descritiva e exploratória na qual foi selecionado base de dados SCIELO, LILACS e BDENF no recorte dos últimos 6 anos. Foram selecionados 10 artigos e sobre eles foi feita leitura aprofundada para identificar informações pertinentes à pesquisa. O esforço ocasionou a elaboração de três categorias de análise: adesão do homem

frente ao acompanhamento no pré-natal da parceira e na efetivação do pré-natal do parceiro, fatores que influenciam a ausência do homem no pré-natal da parceira e efetivação do pré-natal do parceiro e estratégias para uma participação mais efetiva do pai no pré-natal. Espera-se que os dados do estudo, possa contribuir para uma reorganização e uma reestruturação no planejamento dos serviços de saúde para esta população, com objetivo a promoção da qualidade do atendimento, da saúde do homem e da adesão no pré-natal da parceira e no pré-natal do homem.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado pré-natal; Enfermagem; Paternidade, Saúde do homem.

ABSTRACT: Prenatal care consists of a set of actions and factors that interact with each other and the most essential of them is the development of humanization. In this way, paternity often only develops when the child is born or when he is already grown up. Thus, the aim of this work is to identify the father's adherence to monitoring prenatal care in the context of the Family Health Strategy. This is an integrative, descriptive and exploratory review study in which the SCIELO, LILACS and BDENF databases

were selected in the last 6 years. 10 articles were selected and an in-depth reading was carried out on them to identify information relevant to the research. The effort led to the elaboration of three categories of analysis: adherence of the man to the follow-up in the partner's prenatal care and the effectiveness of the partner's prenatal care, factors that influence the absence of the man in the partner's prenatal care and the effectiveness of the prenatal care partner's birth and strategies for a more effective participation of the father in prenatal care. It is expected that the study data can contribute to a reorganization and restructuring in the planning of health services for this population, with the objective of promoting the quality of care, men's health and adherence to the partner's prenatal care and in men's prenatal care.

KEYWORDS: Prenatal care; Nursing; Fatherhood, Men's health.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, o objetivo principal da atenção pré-natal é realizar o acolhimento à mulher desde o planejamento familiar, garantindo até o fim do desenvolvimento gestacional para o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2012).

O pré-natal compõe-se em um conjunto de ações e fatores que interagem entre si e o mais essencial deles é o desenvolvimento da humanização. Desse modo, muitas vezes a paternidade só se desenvolve quando a criança nasce ou quando ela já se encontra crescida (BARRETO et al., 2014).

Na atualidade, a definição do termo paternidade tem sofrido alterações, consequência das transformações que a sociedade vem vivenciando, seja no campo, cultural, econômico, científico e/ou político, gerando, assim, uma masculinidade contemporânea. A concepção também está associada a estígmas culturais, religiosos e familiares, pois esses fatores conceituam como o homem vivencia o momento, desse modo, instalando um novo paradigma de como ser homem e como ser mulher (REGO et al., 2016).

Historicamente, as atividades em saúde voltadas ao período gravídico-puerperal foram direcionadas exclusivamente à mulher e ao feto/recém-nascido, com eminente diferença no foco da promoção da saúde ao binômio mãe-bebê e à saúde masculina. Assim como um entrave cultural motivado por estereótipos na visitação de homens aos serviços de saúde, em especial da Atenção Primária (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2016).

Assim, a assistência adequada e a interação com os serviços assistenciais do parto são cruciais para que se obtenha bons resultados durante esse progresso. É no cotidiano que a relação entre o homem/pai, a família e os profissionais, promovem a construção da saúde. Órgãos oficiais destacam o cuidado diante da atenção pré-natal, perinatal e puerperal, que estes precisam estar concentrados na família e ser direcionados para as necessidades não somente da mulher e de seu filho, mas do casal (AUSTURIANO et al., 2015).

O problema da pesquisa foi atribuído a partir da constatação de que a participação do homem no âmbito da assistência ao período gestacional constitui uma recomendação

do Ministério da Saúde, o que possibilita assistência humanizada ao binômio mãe-filho, uma vez que o auxílio do companheiro reflete positivamente na qualidade de vida tornando-se relevante para a gestante. Assim, esse estudo tem como objetivo identificar a adesão do pai no acompanhamento da assistência pré-natal no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

O trabalho justificou-se diante da relevância do tema, a fim de apresentar a participação do pai na rotina do pré-natal, e ressaltar conceitos relacionados a essa compreensão. Quer seja pelo incipiente preparo da equipe de enfermagem, e causas ainda a serem descortinadas se faz urgente promover a temática diante das políticas públicas de saúde para a população citada no estudo.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestação

A gestação é um período em que a mulher fica durante nove meses concebendo um ser que surgiu durante um encontro de células sexuais (espermatozóide e óvulo) no momento da fecundação das duas células começam diversas mudanças no corpo da mulher (SILVA et al., 2015).

Visto ser um momento único, rodeado de anseios e descobertas, a gestação pode ser vivenciada de maneira diversa por cada mulher, sendo para algumas, repleto de amor e felicidade e, para outras, carregado de ansiedade, medo e angústia, para outras pode ser uma realização pessoal, um motivo para cuidar mais da saúde, entre outros (LEITE et al., 2014).

Com o intuito de assistir nessa etapa ímpar da vida feminina, tão cheia de dúvidas e inseguranças, tem-se nos cuidados com o pré-natal que é de suma importância, haja vista assegurar o bem-estar da mulher e do recém-nascido, durante a gestação, bem como no estágio puerperal, tornando-os essenciais para a adequação dessas novas mães às necessidades do filho (PIO; CAPEL, 2015).

No entanto, toda mulher tem direito a ser acolhida durante o período gestacional, no parto até o pós-parto e conta com a rede cegonha, que fortalece o direito da mulher e da criança (BRASIL, 2018).

2.2 Pré-natal na estratégia saúde da família

Nogueira e Oliveira (2017) definem o pré-natal da seguinte forma:

Compreende-se por pré-natal um dos mais completos conjuntos de procedimentos clínicos e educativos, oferecidos a um grupo populacional específico, que tem o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam trazer riscos para a saúde da gestante e do

concepto, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período, com amplo potencial de impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil.

A assistência do pré-natal corresponde com ações destinadas para a mulher durante o período gestacional puerperal, auxiliando para o desenvolvimento da gestação mais saudável, com isso reduzindo a mortalidade materna e fetal, o cartão e a caderneta da gestante é uma ferramenta essencial, visto que, contém registro do estado de saúde da mãe e do feto (CAMARGOS et al., 2021).

O cartão de pré-natal foi criado no Brasil, em 1988, com o objetivo de facilitar e armazenar informação e diagnóstico entre os profissionais que atuavam na assistência do pré-natal e os que realizavam os partos nas maternidades. Durante o exercício do cuidado gestacional, as informações registradas na caderneta podem fundamentar a tomada de decisões durante a gestação, parto, pós-parto, e até mesmo nas próximas gestações. Os dados permitem ainda uma avaliação longitudinal da gestação e seu progresso quanto aos parâmetros clínicos, como altura uterina, ganho de peso, pressão arterial, edema, dentre outros (CAMARGOS et al. 2021).

No entanto, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a mortalidade infantil e a elevada incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica, sendo a causa mais frequente de morbimortalidade materna, instituiu a Rede Cegonha, com o propósito de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2012).

No pré-natal a gestante é acolhida e conduzida por meio da assistência de uma equipe multiprofissional de saúde, que realiza ações que visam prepará-la para vivenciar a gestação e o parto com tranquilidade e saúde (DIAS et al., 2015).

O pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34^a semana, sejam realizadas consultas mensais. O indicado é que as consultas sejam realizadas a cada duas semanas entre a 34^a e 38^a semanas, e a partir da 38^a semana as consultas devem ser semanais até o parto (Brasil, 2009).

A assistência pré-natal deve se dar por meio da integração de condutas acolhedoras; da promoção de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006).

2.3 Papel do enfermeiro no pré-natal de risco habitual

O papel do enfermeiro em todos os níveis da assistência é de grande importância, e no que se atribui à assistência pré-natal, ele deve mostrar à população a relevância do acompanhamento gestacional na promoção da saúde, prevenção e tratamento de distúrbios, durante e após a gravidez, bem como informá-la dos serviços disponíveis. O mesmo deve entender o valor de humanizar e qualificar a atenção à gestante, a fim de obter sua maior adesão ao pré-natal, garantindo qualidade na assistência e melhores resultados obstétricos e perinatais com mãe e recém-nascido saudáveis (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Sendo assim, o Ministério da Saúde afirma:

O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2012).

Uma das garantias durante esta etapa é a consulta de enfermagem, uma atividade independente que além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e atentando suas preocupações e angústias. Para tal, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de promover a criação de vínculo. Desse modo, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo (BRASIL, 2012).

2.4 Pré-natal masculino

No Brasil, o assunto inerente a saúde reprodutiva do homem começou a ser discutida a partir de 1996, onde foi regulado o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, através da Lei nº 9.263, esta refere-se ao planejamento familiar, que se caracteriza como direito de todo indivíduo, compreendendo uma série de ações que visa regular a fecundidade e prole da mulher, do homem e da família (BRASIL, 1996).

Contudo, o homem só teve sua saúde priorizada após a criação da Política Nacional Integral à Saúde do Homem (PNAISH), estabelecida pela Portaria nº 1.944 em agosto de 2009, que se atribui a proteção, promoção de saúde e a prevenção de agravos, complementando a busca por melhores condições de saúde da população masculina (BRASIL, 2009).

Dessa forma, o pré-natal do parceiro foi inserido dentro da PNAISH por volta do ano de 2012 como um programa, que garantisse o autocuidado do homem e a execução de uma paternidade responsável, se transcrevendo como obrigatório para assistência ao período gravídico-puerperal, e aos poucos se difunde nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), amplificando o acesso do homem aos serviços de saúde, e firmando sua paternidade desde a descoberta da gravidez, o que gera vínculo entre as partes envolvidas, e uma série de

impactos positivos na saúde materna e neonatal (HERRMANN et al., 2016).

O pré-natal masculino foi produzido com o intuito de propiciar o aumento da adesão dos usuários do sexo masculino nas unidades de saúde, utilizando estratégias educativas voltadas à presença paterna na gestação, parto e nascimento, e ao mesmo tempo, auxiliar na melhoria do acesso e acolhimento desta população (CABRAL et al., 2015).

Desse modo, o pré-natal do parceiro possui algumas etapas e ações, a primeira delas é o acolhimento, em que será abordado com o casal a forma como o pai participará do pré-natal, parto e puerpério, enfatizando seus anseios relacionados a esses processos, planejando uma linha de cuidado considerando as individualidades do homem. A segunda etapa volta-se para a garantia da efetivação de exames, testes rápidos, vacinação, consulta odontológica e tratamento para Sífilis, em caso positivo (HERRMANN et al., 2016).

A terceira se associa com o acompanhamento e avaliação das consultas de pré-natal, em que o profissional determinará um diálogo com o intuito de sanar dúvidas e efetivar orientações que envolvam o relacionamento do homem com a parceira, a gestação e o nascimento da criança. Tem de também, orientar quanto à assistência do pai no parto e puerpério, respeitando sempre a vontade da mulher (GOMES R et al., 2016; HERRMANN et al., 2016).

2.5 O ser homem diante do período gestacional

Durante a maior parte da pré-história, a procriação era vista como fenômeno de exclusividade feminina. No entanto, na Idade do Ferro (cerca de 1200 a.C. a 550 a.C.), o homem constatou a relevância de sua participação no período, passando a predominar o poder masculino sobre o feminino por meio da expressão de força e de se negar sentimentalismos. A paternidade era o momento do homem se assumir como provedor e protetor, mas não demonstrar afeto ou cuidar da prole. A função do homem era complementar ao papel da mulher e baseado na objetividade. Nas duas últimas décadas, principalmente, essa função tem sido discutida, considerando uma reciprocidade entre homem e mulher em relação à procriação (CARDELLI; TANAKA, 2012).

Na sociedade podem ser identificados três modelos de paternidade. O primeiro é o modelo tradicional, onde o homem exerce poder e autoridade sem se envolver diretamente com os filhos. O segundo modelo é o moderno e nele o homem está relacionado aos padrões de moral e educação. Já no modelo emergente, o homem é solicitado a participar efetivamente de todas as atividades que digam respeito à reprodução, desde o acompanhamento da gestação até cuidar do filho após o parto. O homem contemporâneo tem sido chamado a mudar dos dois primeiros modelos para o terceiro (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

Observa-se um novo olhar sobre as diferenças de gênero em que o homem tem assumido uma postura mais igualitária em relação à sua companheira. Refletindo também no tocante à gestação em que o homem vem apresentando maior consciência da

importância da sua participação neste período. O relacionamento entre homem e mulher se estrutura melhor quando são partilhados os momentos da gravidez e parto. Para muitos homens, sentir-se pai é um fato que ocorre após o nascimento. Entretanto, a participação deste pai já no pré-natal pode contribuir para a formação precoce do apego entre pai e filho (CARVALHO, 2007).

Essa alteração, todavia, não tem sido fácil pois a paternidade é construída a partir de práticas entre pai e filho, requerendo adaptação de valores, metas e estratégias conforme o contexto sociocultural, em que a forma como o homem se relaciona com o seu pai é fator determinante de como exercerá seu papel paterno. O que diferencia o homem da contemporaneidade é o desejo de desfazer com o modelo tradicional de paternidade, refletindo as mudanças que ocorreram na sociedade em relação aos papéis masculinos e femininos. Contudo, essa nova forma de paternidade rompe com as relações extrafamiliares, não se configurando uma tarefa fácil (SILVA; BUENO, 2014).

2.6 A dificuldade paterna a acompanhar o pré-natal

Os principais fatores que dificultaram ou influenciaram a não participação dos pais nas consultas de pré-natal estão: falta de tempo, coincidência com o horário de trabalho, desinteresse, relações de gênero, desconhecimento de sua participação como direito reprodutivo, a falta de informações, a postura de algumas mulheres que inconscientemente não deixam seus companheiros atuarem, a inexistência de serviços destinados aos homens, limites pessoais e institucionais (MENDES; SANTOS, 2019).

O cenário familiar da sociedade atual sofreu uma longa mudança ao longo do tempo, transformando as estruturas e as funções dentro da dinâmica familiar; o homem já não é mais o único provedor e, em alguns casos, nem o principal (BENITÉZ; CÁRDENAS, 2010). Várias mudanças culturais, sociais, religiosas, políticas e econômicas contribuíram para que os papéis de pai e mãe na família fossem alterados. Contudo, é preciso destacar que, embora essas mudanças possibilitem aos homens a possibilidade de vivenciarem a paternidade de forma mais afetiva, ainda se observa a presença de barreiras e obstáculos que impedem a participação dos homens nesse tema (BENITÉZ; CÁRDENAS, 2010; ARPINI; CÚNICO, 2016; BRASIL, 2016).

A gestação e o pré-natal não costumam ser reconhecidos como momentos de presença masculina, visto que a assistência tradicionalmente é destinada à mulher e ao feto. O homem estar presente é importante para validar um atendimento de qualidade. Profissionais pouco solícitos não estimulam os homens a participarem do pré-natal e no parto, razão pela qual muitas vezes são simplesmente excluídos (GOMES et al., 2016). No entanto, a maioria dos homens desconhece os seus direitos à presença no pré-natal em um entendimento de atenção integral à saúde proposta pelo SUS (HERMANN; CHAKORA; LIMA, 2016).

Assegurando o direito do homem em acompanhar todo processo do trabalho de parto foi sancionada em 07 de abril de 2005, a Lei nº 11.108 que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS (8). Sendo assim, cabe ao profissional de enfermagem orientar à gestante sobre esse direito, motivando com a sua companheira o envolvimento no processo gestacional, no parto e no pós-parto (BRASIL, 2005).

O absentismo paterno no pré-natal, parto e puerpério também resulta de políticas de saúde que priorizam o atendimento apenas para aquela que é diretamente a usuária, nesse caso, a gestante. A política de integralidade, pelo SUS, é que, aos poucos, promove avanços nesse cenário, incluindo o pai ao contexto gestacional, de maneira que possa vivenciar a chegada do filho e também compreender o que acontece com a gestante. O homem está sendo introduzido num espaço de compreensão de si e do outro (FERREIRA et al., 2016).

2.7 Benefícios efetivos da participação paterna nas consultas de pré-natal

Os benefícios da participação paterna no acompanhamento do pré-natal são inúmeros, destacando-se: maior compreensão do pai sobre o processo de nascimento, apoio social e emocional do companheiro à gestante, aprendizagem dos cuidados com a mãe e bebê, preparo para o parto, fortalecimento dos potenciais e habilidades do casal e do pai para fazer escolhas e ajudar a companheira na gestação, parto e pós-parto, maior vínculo nas relações entre casal, assim como, impacto significativo na satisfação da puérpera com o apoio oferecido pelo parceiro e com a utilidade do apoio durante o trabalho de parto (MENDES; SANTOS, 2019).

No entanto, pesquisas realizadas no Brasil observaram que a realização de seis ou mais consultas de pré-natal, bem como o envolvimento do parceiro nessas consultas estiveram diretamente ligados à sua presença como acompanhante da mulher no trabalho de parto e parto (DINIZ et al., 2014; SOUZA; GUALDA, 2016). Sendo assim, fortalecendo a importância da realização do pré-natal do parceiro e, consequentemente, a participação do pai no período gestacional.

O parceiro, quando estimulado efetivamente pelo profissional de saúde, participa ativamente da gestação de sua esposa/companheira, dando apoio emocional, contribuindo para as tomadas de decisão compartilhadas importantes acerca do tipo de parto, escolha da maternidade, assim como a efetivação de maior conhecimento relativo aos sinais de risco durante a gestação, parto e puerpério (KROB et al., 2009; HODNETT et al., 2013).

3 I METODOLOGIA DA PESQUISA

Tratar-se de um estudo de revisão integrativa da literatura realizado de fevereiro a julho de 2023 com o objetivo identificar a adesão do pai no acompanhamento da

assistência pré-natal no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Por revisão integrativa entende-se uma compilação de resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questionamento. Tais resultados são analisados e sintetizados com o intuito de aprofundar o conhecimento de determinado assunto e apontar possíveis preenchimentos de lacunas observadas na literatura. Além disso, revisões dessa natureza possibilitam o fornecimento de subsídios para tomadas de decisões e aprimoramentos na prática clínica (MENDES, SILVEIRA & GALVÃO, 2008; SILVA et al., 2015).

A revisão integrativa é considerada um processo típico com o intuito de sintetizar o passado da literatura empírica ou teórica, com vistas a prover um entendimento mais amplo. Dá-se após as seguintes fases: 1^a concretização da hipótese ou questão norteadora; 2^o levantamento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3^a coleta de dados com a delimitação das informações que serão extraídas e categorizadas; 4^a exploração dos estudos englobados; 5^a análise das repercussões encontradas e 6^a apresentação da reavaliação da revisão integrativa (BOTELHO et al., 2011).

Questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

O primeiro estágio do estudo foi constituído através da elaboração da pergunta norteadora, que determinou os estudos a serem incluídos, os meios adotados para sua identificação e quais informações seriam coletadas de cada estudo selecionado. A questão norteadora do estudo: quais são os fatores do absenteísmo do homem no acompanhamento do Pré-Natal da Mulher?

A seleção da pergunta norteadora direcionou para escolha dos descritores, que foram identificados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na seção “DeCS”. Foram escolhidos os descritores e seu operador booleano: “Cuidado pré-natal and Paternidade” e “Saúde do homem and Políticas públicas de saúde and “Enfermagem”. A busca foi realizada por meio das bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) mediante dos descritores identificados através dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e seus operadores booleano “and”.

Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura

O segundo estágio do estudo foi formado a partir da busca dos dados na literatura, tendo como critérios de inclusão estudos publicados no período de 2017 a 2023 (em língua portuguesa), dos quais abrangessem trabalhos científicos relacionados ao tema em pauta; artigos com textos completos disponíveis na íntegra das bases de dados online relacionados aos profissionais de enfermagem. Os critérios de exclusão foram: artigos que não fizessem parte do recorte temporal delimitado, estudos incompletos e que não estivessem disponíveis na base de dados e aqueles que não contemplassem a temática ou que não correspondente a questão norteadora.

Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados

Determinado esses critérios, passou-se ao terceiro estágio do estudo, a coleta de dados. Em um primeiro momento, para analisar o conteúdo dos estudos encontrados aplicou-se um instrumento de coleta de dados constando os subsequentes itens: ano em que foi publicado, metodologia aplicada e resultados dispostos, e, em seguida, pela leitura do texto completo.

Categorização dos estudos e avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

A avaliação dos artigos elegidos sucede exaustivamente de maneira estruturada e apreciativa, proporcionando com que os dados acerca do assunto fossem expostos. A busca de material de pesquisa resultou em 10 artigos. Identificaram-se 6.320 artigos na primeira pesquisa, excluindo-se 6.266, por não atenderem aos critérios de inclusão, restando 54. Excluíram-se após a leitura na íntegra, 44 trabalhos, restando 10 artigos selecionados para a revisão da literatura. Para atingir os resultados delimitados à apresentação da discussão, os textos foram avaliados em seu conteúdo relacionado aos descritores selecionados, sendo separados em pastas com esse objetivo. Os dados de publicação foram conferidos com o texto da revisão da literatura para que as referências efetivamente atentassem os aspectos éticos da autoria.

Em seguida, a tabela 1, mostra como foram utilizados os critérios de inclusão e os descritores nos bancos de dados elegidos:

| Descritores e Operador booleano | Artigos listados na primeira pesquisa | Artigos obtidos pós-filtros para leitura de títulos e resumos | Artigos selecionados para análise e revisão da literatura |
|--|---------------------------------------|---|---|
| Cuidados pré-natal and Paternidade | 58 | 17 | 8 |
| Saúde do homem and Políticas públicas de saúde and Enfermagem | 6.262 | 37 | 2 |
| Total de artigos que compuseram a análise, após as buscas | | | 54 |
| Total de artigos que foram selecionados para a revisão da literatura | | | 10 |

Tabela 1. Distribuição dos estudos encontrados para a Revisão da Literatura.

Fonte: a autora (2023).

Interpretação dos resultados

A seguir, na quinta etapa, verificou-se a interpretação dos resultados, no qual corresponde à discussão das principais evidências da pesquisa, de maneira, a determinar conclusões e pressuposições em relação ao conteúdo abordado na revisão integrativa (GALVÃO; PEREIRA, 2014)

4 | RESULTADOS

O quadro 1, seguidamente, descreve o número, título, país, objetivos, tipo de abordagem, resultados principais e ano de publicação dos 10 artigos incluídos na revisão da literatura. Foram expostos e sintetizados os resultados mediante de uma comparação dos dados apresentados na observação das pesquisas ao referencial teórico.

| Nº | TÍTULO | PAÍS | OBJETIVOS | TIPO DE ABORDAGEM | RESULTADOS PRINCIPAIS | Ano |
|----|--|--------|--|---|---|------|
| 1 | Percepção e participação do parceiro na assistência pré-natal e nascimento | Brasil | Compreender a percepção do parceiro sobre sua experiência e participação na assistência pré-natal e nascimento. | Estudo de abordagem qualitativa | Os pais deste estudo referiram pouca participação nas consultas de pré-natal, devido ao trabalho e pouca ou nenhuma flexibilidade de horário nos serviços de saúde | 2022 |
| 2 | Participação do companheiro da gestante nas consultas de pré-natal: prevalência e fatores associados | Brasil | Identificar a prevalência e fatores associados à participação do companheiro da gestante no pré-natal. | Estudo de abordagem transversal | A baixa prevalência de participação do companheiro da gestante no pré-natal evidencia a necessidade de maior estímulo à sua inclusão neste processo. | 2021 |
| 3 | Participação do pai jovem no acompanhamento do pré-natal: a visão do profissional de saúde | Brasil | Conhecer a visão dos enfermeiros/as e médicos/as sobre a paternidade na adolescência; identificar ações direcionadas ao jovem pai no pré-natal. | Pesquisa documental com abordagem qualitativa | As participantes declararam a diferença entre ser pai jovens e adultos, destacando-se a maturidade. A maioria condenou a gravidez na adolescência, e a não-frequência dos pais às consultas. | 2020 |
| 4 | Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sobre a saúde da mulher | Brasil | Buscar evidências científicas sobre a participação paterna no processo de gestação, parto, nascimento e puerpério, relacionando-os com os seus efeitos para a saúde da mulher. | Revisão Integrativa realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL | Há evidências de que a participação do pai/parceiro representa uma importante fonte de apoio emocional, reforço no fortalecimento da prática de aleitamento materno, na evolução do trabalho de parto natural e na recuperação puerperal. | 2019 |

| | | | | | | |
|---|---|--------|---|---|--|------|
| 5 | A participação do parceiro na rotina pré-natal da mulher gestante: estudo em uma unidade básica de saúde | Brasil | Avaliar a participação do parceiro nas consultas de pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) | Estudo de abordagem qualitativa de caráter exploratório | Percebe-se a necessidade da integração da política do homem a outras diretrizes, pois, a anuência do homem ao Pré natal incentiva o combate aos agravos evitáveis e ao alto índice de morbimortalidade, além da detecção e tratamento de doenças crônico degenerativas e em especial as transmitidas sexualmente (ITS) | 2019 |
| 6 | A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional | Brasil | Analizar a visão das gestantes quanto à participação do homem durante o processo gestacional e as consultas de pré-natal. | Estudo de abordagem qualitativa | Assim, depreende-se que existe a necessidade de estabelecimento de vínculo entre a tríade mãe-pai-filho para o melhor desenvolvimento da gestação. Os profissionais de saúde envolvidos na Atenção Primária à Saúde podem contribuir para esse processo e devem estimular e facilitar a participação do homem durante as consultas de pré-natal, entre outras atividades realizadas nesse cenário. | 2017 |
| 7 | A inclusão paterna durante o pré-natal | Brasil | Investigar a participação paterna durante o pré-natal em um Centro de Atenção à Saúde da Mulher. | Estudo de abordagem qualitativa e de caráter descritivo e exploratório. | A participação paterna no período de pré-natal é complexa e possui inúmeras variantes, pois mesmo sendo estimulada pelos profissionais da saúde depende também das questões econômicas, culturais e familiares nas quais os homens estão inseridos. | 2017 |
| 8 | Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: desafios vivenciados por enfermeiras | Brasil | Analizar os desafios vivenciados por enfermeiras na implementação da PNAISH. | Estudo de abordagem descritiva e qualitativa | As enfermeiras enfrentam desafios complexos de macrogestão na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Atenção Primária à Saúde. | 2021 |

| | | | | | | |
|----|--|--------|---|--|---|------|
| 9 | O planejamento familiar para homens | Brasil | Analizar o acesso da população masculina aos métodos de planejamento familiar. | Estudo bibliográfico, descritivo, de revisão integrativa nas bases de dados PUBMED/ MEDLINE, Cochrane, CINAHL, Web of Science e na Biblioteca Virtual SciELO | Revelaram-se barreiras na análise das publicações e no acesso de homens ao planejamento familiar relacionadas tanto pela pouca oferta de serviços e métodos, como pela desinformação. D | 2018 |
| 10 | Atenção à gestante adolescente na Rede SUS: o acolhimento do parceiro no pré-natal | Brasil | Verificar o acolhimento e a participação de parceiros de gestantes adolescentes no pré-natal da Rede SUS. | Estudo qualitativo e descritivo | Os programas de saúde sexual e reprodutiva governamentais são frágeis em relação à inclusão e incentivo à presença do homem no pré-natal. | 2017 |

Quadro 1. Distribuição dos artigos de acordo com o número, título, país, objetivos, tipos de abordagem, principais resultados, ano de publicação.

Fonte: a autora (2023).

Através dos trabalhos explorados, constatou-se que todos os artigos foram elaborados no Brasil, ainda, destes, três artigos são de 2017, dois de 2019, dois de 2021, um de 2022, um de 2020 e um de 2018. Dos dez artigos selecionados, nove são de autoria de enfermeiros com titulações variadas, desde graduação até pós-doutorado. Um é de autoria de psicólogos, farmacêuticos e enfermeiros, com titulação de pós-graduação. O principal local escolhido para pesquisas de campo, sendo a maioria qualitativa, foi a Atenção Primária à Saúde (APS), com três (30%) artigos, seguida por Projetos de Extensão, com dois (20%) artigos, Centro de atenção à Saúde da Mulher, maternidade, grupos online, com um (10%) artigo cada. Dois artigos apresentam revisão de literatura (20%).

5 | DISCUSSÃO

A partir da análise dos estudos delimitados, emergiram as seguintes categorias: adesão do homem frente ao acompanhamento no pré-natal da parceira e na efetivação do pré-natal do parceiro, fatores que influenciam a ausência do homem no pré-natal da parceira e efetivação do pré-natal do parceiro e estratégias para uma participação mais efetiva do pai no pré-natal.

Adesão do homem frente ao acompanhamento no pré-natal da parceira e na efetivação do pré-natal do parceiro

Após a observação documental dos artigos, evidenciou-se uma baixa prevalência de participação nas consultas de pré-natal das gestantes. Entretanto, em determinados artigos, a presença efetuou-se passivamente, visto que apontam o parceiro como ouvinte da assistência prestada exclusivamente ao binômio mãe-filho, ou seja, sua participação

não ocorre de maneira ativa, na maioria das vezes não possuem oportunidade de relatar informações pertinentes sobre sua saúde, assim como, não é envolvido pelos profissionais no atendimento e procedimentos realizados. Diante do evidenciado, nota-se que a inclusão paterna no pré-natal da parceira eleva de forma efetiva para realização do pré-natal da parceira como para o pré-natal do pai (SANTOS et al., 2022; COSTA, TAQUETTE, 2017; BRITO et al., 2018; MELLO et al., 2020; CALDEIRA et al., 2017; HENZ, MEDEIROS, SALVADORI, 2017).

A participação paterna durante o período de pré-natal é algo complexo que possui inúmeras variantes, dado que depende das questões culturais e familiares nas quais os homens estão inseridos. O modo de participação paterna aparece nos discursos como possibilitar amparo econômico, apoio emocional e afetivo. Dentre a perspectivas mencionadas pelos pais perante o absenteísmo neste momento, destaca-se a falta de flexibilidade de horários das consultas, que coincide com os seus horários de trabalho (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017; SANTOS et al., 2022)

Tal fato, é um índice negativo de saúde, dado que dificulta o diagnóstico precoce e tratamento de patologias e infecções, tendo como resultado o aumento dos índices de doenças no período gravídico e transmissão vertical, que podem causar complicações, como aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do recém-nascido. Logo que os parceiros participam com as gestantes, caracteriza-se como a chance de inclui-los na prevenção de doenças e agravos, além de, estimula-se os meios para proceder com os exames clínicos de rotina, reconhecer a presença do pai durante as consultas de pré-natal e inseri-los no planejamento familiar (MOREIRA; GOMES; RIBEIRO, 2020).

Um estudo realizado em Lagarto, Sergipe, identificou que das 655 puérperas entrevistadas, somente 44,2% delas obtiveram a participação dos parceiros nas consultas de pré-natal, sendo 33,1% com participação total em todas as consultas e 66,9% com participação parcial nas consultas (BRITO et al., 2021). Outra pesquisa realizada em Viçosa, Minas Gerais, observou-se que das 11 gestantes participantes, apenas 3 afirmaram acompanhamento em, pelo menos, umas das consultas de pré-natal, demonstrando assim a tese da mínima participação do homem nesse cenário (CALDEIRAS et al., 2017).

A participação do parceiro nas consultas é vista como um ponto benéfico, tornando-as mais completas de forma a colaborar para a melhor compreensão das orientações por estarem atentos e interessados (CAVALCANTI; HOLANDA, 2019). Nesta etapa o parceiro terá oportunidade de conhecer os processos relacionados acerca do período gestacional, alterações fisiológicas e emocionais da parceira, será motivado para participar nas tomadas de decisões e na divisão de responsabilidades. Experienciar a gestação pode proporcionar ao pai vivências afetuosas e vínculos significativos para o trinômio pai-mãe-filho (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

Inserir o homem durante o pré-natal é uma estratégia que possibilita maior interesse no que diz respeito ao período gestacional estimulando o homem a ter um maior cuidado

com a mulher e o bebê. Na atualidade, notam-se transformações no que diz respeito às alterações que ocorreram durante o período gestacional, onde o homem passa a atuar mais ativamente na gestação. Estas mudanças contribuíram para que houvesse o aumento do vínculo paterno tanto com a parceira quanto com o bebê, desenvolvendo assim um maior envolvimento afetivo familiar (CALDEIRA et al., 2017).

Fatores que influenciam a ausência do homem no pré-natal da parceira na efetivação do pré-natal do parceiro

Tendo em consideração a importância da participação paterna nas consultas e as atribuições para o enfrentamento de situações envolvendo o ciclo gravídico puerperal, o Ministério da Saúde busca a adoção de ações voltadas ao Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), indicadas no incentivo ao pré-natal do parceiro (BRASIL, 2016). Entretanto, a busca do homem aos serviços de promoção e prevenção à saúde na atenção primária é de forma escassa, justificando com a concepção de que cuidam menos de sua saúde e a principal forma de entrada para tal população são os serviços especializados (SANTANA; GONÇALVES, 2020).

Visou-se analisar, dentre os estudos escolhidos, quais os fatores se apresentavam como importante indicadores para a não adesão no pré-natal. Tal ausência está relacionada a forma como o atendimento é oferecido, sendo assim, podendo observar uma desqualificação do funcionamento dos serviços oferecidos, visto que representam um dos absenteísmos da população masculina à atenção básica, horários de funcionamento, as filas, problemas para agendamentos de consultas, estrutura física inadequada e despreparada, motivos no qual são decisivos para que haja uma notável procura aos serviços especializados, por apresentarem um atendimento rápido e objetivo (SANTOS et al., 2022; COSTA; TAQUETTE, 2017).

Uma outra situação apontada, refere-se ao serviço de saúde não promover de forma efetiva incentivo à presença do companheiro no pré-natal, sendo muito comum voltarem sua atenção exclusivamente para as gestantes e não construírem um ambiente acolhedor aos homens, proporcionando barreiras e fortalecendo uma ideia de que esse local não é pertinente para o homem, tal como possui como justificativa pela ausência de instrumentos exemplificando a figura paterna e reforçando a participação do homem no pré-natal, dissociando as contrariedades relacionada ao gênero (COSTA et al., 2017).

Um dos fatores que leva a falta de participação da população masculina é o fato de que culturalmente o homem possui a função de suprir as necessidades econômicas, posto isso, a dificuldade para obter dispensa do trabalho. Atualmente, por mais que a mulher esteja inserida no mercado de trabalho, o homem ainda é reconhecido como o provedor da família, demonstrando papéis de gênero marcadamente divididos. A própria legislação remete a essa compreensão quando se compara, por exemplo, a diferença de tempo entre a licença maternidade e paternidade (COSTA; TAQUETTE, 2017). Tal explicação expõe o

desconhecimento do direito do acompanhamento paterno no auxílio realizado no período gestacional, ou seja, a população masculina desconhece a existência de uma política pública de saúde voltada para os homens e para a primeira infância que dá o direito de acompanhamento do pré-natal da parceira. Além do mais, o não conhecimento, dá por justificativa o absenteísmo do homem na Atenção Primária de Saúde (SANTOS et al., 2022).

O horário de funcionamento das unidades de saúde que realizam o pré-natal também é citado como barreira para o acompanhamento das gestantes pelos parceiros, como evidenciado em outro estudo (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

A Lei nº 13.257/2016 de 08 de março de 2016, dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, engloba no artigo 473 da CLT que o trabalhador poderá se ausentar até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira (BRASIL, 2016).

Além do mais, o Brasil dispõe da Lei Federal Nº 11.108 de 07 de abril de 2005 que garante o “direito a um acompanhamento de livre escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”, fortalecendo a participação ativa dos pais/parceiros no período gravídico puerperal (BRASIL, 2005).

Outra pesquisa elaborada na capital do Rio de Janeiro com 79 gestantes constatou o desconhecimento acerca da oportunidade e do direito da participação do parceiro no pré-natal e limitações institucionais para a inclusão do parceiro no serviço de saúde (COSTA et al., 2017).

Além disso, é pontuado como obstáculo da adesão do parceiro no período das consultas, à situação de escolha da gestante de não ter o acompanhante auxiliando, por acreditar ser um momento exclusivo da figura feminina com o profissional envolvido. Conforme caracterizado nos estudos, a presença do homem seja capaz de interferir na sua autonomia, revertendo ao passado em que mulheres eram submissas a seus companheiros nos meios culturais, religiosos e morais (SANTOS et al., 2022; CALDEIRA et al, 2017).

Estratégias para uma participação mais efetiva do pai no pré-natal.

O Ministério da Saúde propõe o envolvimento dos pais nas consultas de pré-natal, objetivando a assistência humanizada. As equipes de saúde necessitam estimular a presença do homem/parceiro mesmo antes da gravidez, esse incentivo precisa acontecer no planejamento familiar, que é um conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a programar a chegada dos filhos (BRASIL, 2018). Embora as legislações existentes como a PNAISH, foram identificados através dos participantes do estudo realizado na Região Sul do Brasil, o desconhecimento do programa e a ações as ações propostas por ele e não sentirem o acolhimento e incentivo pelos profissionais de saúde a participarem das consultas de pré-natal (SANTOS et al., 2022).

Os métodos fundamentais pontuados nas pesquisas, para desenvolver a adesão

dos pais nos serviços de saúde são: criação de horários alternativos, como consultas no período noturno e aos sábados; a oferta de atividades educativas adequada para população masculina; capacitação dos profissionais; ambientes receptivos, condutas acolhedoras aos parceiros de todas as faixas etárias de idade, principalmente aos adolescentes; efetuação dos grupos para gestantes e seus acompanhantes; avanços nos direitos do trabalhador (SANTOS et al., 2022; BRITO et al., 2021; MELLO et al., 2020; CALDEIRA et al., 2017; HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017; COSTA; TAQUETTE, 2017; SOUSA et al., 2021).

Compete aos profissionais de saúde apresentar ao pais os seus direitos como pai, mãe, gestante, parturiente e puérpera, para que eles possam fazer valer as leis e exercer a cidadania. Neste contexto, o enfermeiro é um dos componentes no acolhimento do homem/pai na Atenção Primária e no estímulo de sua participação ativa no processo de nascer. Reitera-se que o acompanhante que participa das consultas de pré-natal oferece maior apoio à mulher em vista do nascimento de seu filho, fazendo com que a sua satisfação comesse evento seja ainda maior (CALDEIRA et al., 2017).

De acordo com a pesquisa com enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde em um município da Bahia, se faz necessário repensar das práticas convencionais de cuidado, outrora ainda medicalizantes, restritas ao ambiente do interior das unidades e serviços tradicionais de saúde. Nesse sentido, a própria política constitui-se como dispositivo capaz de dar visibilidade e produzir encontros que sugestivamente sejam afetivos, efetivos e transformadores dos sujeitos, sejam eles quem forem, estejam onde estiverem (SOUSA et al., 2021).

Ressalta-se a presença dos fatores culturais e educacionais como responsáveis por dar cara e identidade às populações. Definem-se muitos desses hábitos e ditam-se a conduta de se relacionar com o outro e com o mundo. Partindo desse pressuposto, não seria diferente que esses fatores teriam valorosa interferência quando o assunto é a participação no pré-natal. Evidencia-se que o homem está mais que distante do centro das políticas de saúde no Brasil e no mundo, entretanto, se faz imediato serem colocadas em pauta para que esse cenário seja modificado. Dessa forma, os profissionais de saúde necessitam de instrumentos que os auxiliem na comunicação com o paciente com o objetivo de envolvê-lo na assistência (SILVA et al., 20178).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa identificou que existem de fato, vários fatores para o absenteísmo na participação do homem no acompanhamento das consultas de pré-natal da parceira e na adesão do pré-natal do pai. Sendo assim, dificuldades para conseguir dispensa no trabalho, falta de convite da parceira para participar do pré-natal, falta de acolhimento e incentivo, desconhecimento do homem sobre seus direitos e estrutura física dos locais.

Na atualidade, observa-se maior interação do homem no período gravídico-puerperal, atentando no desejo envolver-se e estar preparado para a paternidade e o desejo da parceira de tê-lo próximo. Entretanto, mesmo com os investimentos em saúde no tocante a atenção qualificada e humanizada, ainda é encontrado algumas adversidades culturais e institucionais que dificultam o direito a atuação do pai desde o nascimento do filho.

Para que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) seja colocada em prática, os profissionais de saúde precisam acolher o homem enquanto parceiro da gestante. Isso nem sempre acontece, como a literatura identificou, com o mesmo ocorrendo em relação ao parto e puerpério.

Fica clara a necessidade do desenvolvimento do acolhimento para tal população, adaptação da estrutura física e ambiente para o atendimento do homem, implantação de horários alternativos, informar e sensibilizar a população masculina sobre seus direitos, são técnicas de trabalho que se constrói o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde em sequência ampliam a adesão do usuário aos serviços de saúde.

Posto isto, sugerem uma reorganização e uma reestruturação no planejamento dos serviços de saúde para esta população, com objetivo a promoção da qualidade do atendimento, da saúde do homem e da adesão no pré-natal da parceira e no pré-natal do homem.

REFERÊNCIAS

ARPINI D.M; CÚNICO S.D. **Significados de paternidade em famílias monoparentais femininas.** Revista Psicologia em Pesquisa, v. 10 n. 2 (2016). Disponível em: <https://doi.org/10.24879/201600100020058>. Acesso em 18 de mai 2023.

ASTURIANO, Silva; HERDY, Alves; PEREIRA, Rodrigues; MELLO, Padoin; LUTTERBACH, Riker Branco; MATTO, Pereira de Souza, R. **A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, online, v. 7, n. 2, 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3744/pdf_1536. Acesso em: 25 set. 2022.

BARRETO, Camila Nunes et al. **Atenção pré-natal na voz das gestantes.** Revista de enfermagem UFPE, on-line, v. 7, n. 6, p. 4354-4363, 2013. ISSN: 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11674/13851>. Acesso em: 01 set. 2022.

BOTELHO L.L.R; CUNHA C.C.A; MACEDO M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Gestão e sociedade 5.11 (2011): 121-136. Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. **Assegura a toda gestante o direito à presença de acompanhante nos hospitais públicos.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abril 2005. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/96776/lei-11108-05>. Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 12 de janeiro de 1996.

BRASIL. Lei Nº 13.257, de 8 de março de 2016. **Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.** Diário da União. 08 de mar de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante.** Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes –** Brasília: Ministério da Saúde, 2009; 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5).

BARBOSA T.L.A, GOMES L.M.X, DIAS O.V. **O Pré-natal realizado pelo enfermeiro: A satisfação das gestantes.** Cogitare Enferm. 2011; 16(1):29-35.

BRITO J. G. E. de; SANTOS J. M. de J; BARREIRO M. do S. C; DANTAS D. da S; LEITE A. M; MENDES, R. B. (2021). **PARTICIPAÇÃO DO COMPANHEIRO DA GESTANTE NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS.** Cogitare Enfermagem, 26, e75169. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75169>. Acesso em 18 de mai 2023.

CABRAL, Y. P; PEREIRA, L. P. S; SOUZA, N. S; MOTA, S. M. A; SANTOS, M. S. **Pré-natal masculino: estratégia de promoção à saúde do homem.** In: I Congresso de saúde DeVry UNIFAVIP – “Saúde Humanizada: sujeitos, práticas e perspectivas em busca de uma qualidade de vida em sociedade”, p. 585-586. 2015. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/congressosaudedevry/41071-PRE-NATAL-MASCULINO--ESTRATEGIA-DE-PROMOCAO-A-SAUDE-DO-HOMEM>. Acesso em: 06 set. 2022.

CALDEIRA L.A; AYRES L.F.A; OLIVEIRA L.V.A; HENRIQUES B.D. **A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional.** Rev. enferm. Cent.-Oeste Min; 7: 1-10, jul.-dez. 2017. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908318>. Acesso em 18 de mai 2023.

CAMARGOS, L. F. de; LEMOS, P. L; MARTINS, E. F; FELISBINO-MENDES, M. S. (2021). **Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas.** Escola Anna Nery, 25(1), e20200166. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0166>. Acesso em 28 de set 2022.

CARDELLI A.A.M; TANAKA A.C.A. **Ser/estar pai: uma figura de identidade.** Cienc Cuid Saude 2012;11(suplem.):251-58. Acesso em 13 mar. 2023.

CARVALHO M.L.M. **O Surgimento de Pais Afetivos.** 2007. Disponível em: <http://www.babysite.com.br/jornal/NewsClip/DefaultNewsShow.asp>. Acesso em 13 mar. 2023.

CAVALCANTI T.R.L; HOLANDA V.R. de. **Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sob a saúde da mulher.** Rev. Enfermagem em foco v. 10, n. 1 (2019). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1446>. Acesso em 18 de mai 2023.

COSTA S.F. da; TAQUETTE S.R. **Atenção à gestante adolescente na rede SUS - o acolhimento do parceiro no pré-natal.** Rev. enferm. UFPE on line; 11(supl.5): 2067-2074, maio 2017. ilus, graf. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10803/pdf_3216. Acesso em 18 de mai 2023.

DIAS, E. G.; SANTO, F. G. E.; SANTOS, I. G. R.; ALVES, J. C. S.; SANTOS, T. M. F. **Percepção das gestantes quanto a importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde.** Revista Eletrônica Gestão&Saúde. V.6, n.3 p.2695-10. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18673/gs.v6i3.22431>. Acesso em: 15 set. 2022.

DINIZ, C. S. G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; TORRES, J. Á.; DIAS, M. A. B. et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. V. 30, n. 1, p. 140-153, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzgnhJx/?lang=pt#:~:text=As%20mulheres%20foram%20mais%20frequentemente,32%2C7%25%20tiveram%20acompanhante>. Acesso em: 22 nov. 2022.

FERREIRA B.A; SILVA E.M da; BELAMINO A.D; FANCO R.G.M; SOMBRA I.C.N; FREITAS A.S.F. **Integralidade do cuidado de enfermagem do pré-natal ao puerpério.** J. Health Biol Sci. 2021;9(1):1-6. Acesso em 18 de mai 2023.

GALVÃO T.F; PEREIRA M.G. **Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração.** Epidemiol Serv Saúde. 2014;23(1):183-4. Acesso em: 18 mar. 2023.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAUJO FC. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** Cad Saúde Pública 2007; 23:565-74.

HENZ G.S; MEDEIROS C.R.G., SALVADORI M. **A inclusão paterna durante o pré-natal.** RevEnferm Atenção Saúde 2017;6(1):52-66. Acesso em 13 mar. 2023.

HERRMANN A, et al. **Guia do Pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2016.

HODNETT, E. D.; GATES, S.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C. **Continuous support for women during childbirth (review).** Cochrane Database of Systematic Reviews. v. 7, 2013. Art. No.: CD003766. Disponível em: <https://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/cochrane->. Acesso em: 07 nov. 2022.

KROB, A. D.; PICCININI, C. A.; SILVA, M. R. **A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê.** Psicologia USP. v. 20, n. 2, p. 269-291, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/BhfDWM9nB7Q9jNWyj8wTDkf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2022.

LEITE, M. G., RODRIGUES, D. P., SOUSA, A. A. S. de., MELO, L. P. T. de., FIALHO, A. V. de M. (2014). **Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes.** Psicologia Em Estudo, 19(1), 115–124. <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>. Acesso em 21 de set 2022.

MARQUETE V.F; VIEIRA V.C.L; GOMES H.L.F; MOURA D.R.O; MACON S.S. **Percepção e participação do parceiro na assistência pré-natal e nascimento.** Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online); 14: e10616, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1358309>. Acesso em 18 de mai 2023.

MELLO M. D. de; PARAUTA T.C; SALDANHA B.L; LEMOS A. **Participação do pai jovem no acompanhamento do pré-natal: a visão do profissional de saúde.** Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online); 12: 94-99, jan.-dez. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048100>. Acesso em 18 de mai 2023.

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 e Contexto Enfermagem, vol. 1, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2023.

MENDES S; SANTOS K.C. **Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal.** Enciclopédia biosfera, v. 16, n. 29, 2019. Acesso em 13 mar. 2023.

MOREIRA M.C.N; GOMES R; RIBEIRO C.R. **E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens.** Cadernos de Saúde Pública 32. 2016: e00060015. 21. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis IST. Brasília; 2020. Acesso em: 18 mar. 2023.

NOGUEIRA, Lilian Donizete Pimenta, OLIVEIRA, Gabriela da Silva. **Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro.** Revista de Enfermagem e Atenção à saúde. v. 6 n. 1., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v6i1.1538>. Acesso em 28 de set 2022.

PIO, Danielle Abdel Massih; CAPEL, Mariana da Silva. **Os significados do cuidado na gestação.** Revista Psicologia Saúde, Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 74-81, jun. 2015. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 28 set. 2022.

RÊGO, R. M. V., SOUZA, Â. M. A., ROCHA, T. N. A., ALVES, M. D. S. (2016). **Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira.** Acta Paulista De Enfermagem, 29(4), 374–380. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600052>. Acesso em 21 set 2022.

SANTANA L.A; GONÇALVES B. D. da S. **A participação do parceiro na rotina pré-natal da mulher gestante: estudo em uma unidade básica de saúde.** Ver. Humanidades&Tecnologia (FINOM). v. 20, n. 1 (2020). Disponível em: http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/1007/726. Acesso em 18 de mai 2023.

SILVA B.T; SILVA M.R.S; BUENO M.E.N. **Eventos intra e extrafamiliar significativos no processo de construção da paternidade.** Rev. Esc Anna Nery Enferm 2014;18(4):710-15. Acesso em 13 mar. 2023.

SILVA, L. S. da; FRANCIELE de B. P; DOUGLAS T. C. P. "ANÁLISE DAS MUDANÇAS FISIOLÓGICAS DURANTE A GESTAÇÃO: DESVENDANDO MITOS." (2015). Semantic Scholar. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/AN%C3%81LISE-DAS-MUDAN%C3%87AS-FISIOL%C3%93GICAS-DURANTE-A-MITOS-Silva-Pessoal>d277e78a53a90cfe47f347db990ede6b32f1e909#cited-papers. Acesso em 21 de set 2022.

SILVA W.G. da; BERNAL H.I; CÂNDIDO F.N.O; RAIUMNDO P.P.M; DUARTE S.J.H. **O planejamento familiar para homens.** Rev. enferm. UFPE on line; 12(11): 3098-3109, nov. 2018. ilus, graf, tab. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237248/30515>. Acesso em 18 de mai 2023.

SOUSA A. R. de; OLIVEIRA J. A. de; ALMEIDA M. S. de; PEREIRA, Á; ALMEIDA, É. S; Escobar, O. J.V. (2021). **Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: desafios vivenciados por enfermeiras.** Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, 55, e03759. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020023603759>. Acesso em 18 de mai 2023.

SOUZA, S. R. R. K; GUALDA, D. M. R. **The experience of women and their coaches with childbirth in a public maternity hospital.** Texto & Contexto Enfermagem. v. 25, n. 1:e4080014, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Sg7K3tTsB4MHLWZm4mH4tTs/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 nov. 2022.

CAPÍTULO 12

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES E CUIDADORES DE PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Data de aceite: 03/07/2023

Jiullyane Kelle da Silva

Brasília-DF

<https://orcid.org/0000-0002-8347-9015>

**Kênia Delânia Marques de Queiroz
Arquimínia**

Brasília-DF

<https://orcid.org/0000-0002-2924-2762>

Leila Batista Ribeiro

Anápolis-GO

<https://orcid.org/0000-00016399-69>

Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira

UNICEPLAC. Brasília-DF

<https://orcid.org/0000-0003-1417-0871>

Alberto César da Silva Lopes

Professor do Centro Universitário IESB.

Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/9632825154207633>

Gilney Guerra de Medeiros

Enfermeiro, Conselho Regional de

Enfermagem do Distrito Federal

Brasília-DF

<https://orcid.org/0000-0002-3351-2841>

Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo

Enfermeiro da Secretaria de Estado de

Saúde do Distrito Federal.

Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/9539150194009751>

Diana Ferreira Pacheco

Professora, Uniao Educacional do

Planalto Central S.A.

Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/9934056618951419>

Jaqueleine Kennedy Paiva da Silva

Academica, Centro Universitário do

Planalto – UNIPLAN.

Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/9077650040271660>

Rayssa Pires da Silva

Acadêmica, Centro Universitário do

Planalto – UNIPLAN.

Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/0677780957293194>

Tatiana Souza Rodrigues

Acadêmica, Centro Universitário do

Planalto – UNIPLAN.

Brasília DF.

<http://lattes.cnpq.br/1282486005521518>

Natallia Coelho da Silva

Centro Universitário Planalto do Distrito

Federal- UNIPLAN

Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/0734371573403438>

RESUMO: Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica integrativa com abordagem qualitativa sobre a assistência de enfermagem aos pacientes com Doença de Alzheimer. Através da análise de literatura especializada, busca-se compreender as práticas de cuidado e intervenções realizadas pelos profissionais de enfermagem nesse contexto, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes. A revisão integrativa identificou a importância dos enfermeiros na educação e suporte aos cuidadores, fornecendo informações precisas e um plano de assistência para retardar os efeitos degenerativos da doença. A humanização das práticas de saúde também foi ressaltada como elemento fundamental para compreender o contexto de significados em que a doença é vivenciada. Além disso, a implementação de políticas públicas pode melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes com Alzheimer e seus cuidadores. É fundamental que o sistema de saúde ofereça serviços especializados e efetivos para esses pacientes, além de investir em pesquisas para aprimorar as práticas de cuidado e intervenções. Pode-se concluir que a assistência de enfermagem aos pacientes com Doença de Alzheimer requer aprimoramento constante, tanto na formação dos profissionais quanto na implementação de políticas públicas. O conhecimento científico sobre essa condição e a prática humanizada da enfermagem podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes e seus cuidadores.

PALAVRAS CHAVE: Doença de Alzheimer, enfermagem e cuidadores.

NURSING ASSISTANCE IN PATIENTS AND CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S DISEASE CARRIERS

ABSTRACT: This article presents an integrative qualitative literature review on nursing care for patients with Alzheimer's Disease. Through the analysis of specialized literature, the aim is to understand the care practices and interventions performed by nursing professionals in this context, aiming to contribute to the improvement of the quality of life of these patients. The integrative review identified the important role of nurses in educating and supporting caregivers, providing accurate information and a care plan to delay the degenerative effects of the disease. The humanization of healthcare practices was also highlighted as a fundamental element to understand the context of meaning in which the disease is experienced. In addition, the implementation of public policies can significantly improve the quality of life of Alzheimer's patients and their caregivers. It is essential that the healthcare system offers specialized and effective services for these patients, as well as investing in research to improve care practices and interventions. It can be concluded that nursing care for patients with Alzheimer's Disease requires constant improvement, both in the training of professionals and in the implementation of public policies. Scientific knowledge about this condition and the humanized practice of nursing can significantly contribute to the improvement of the quality of life of these patients and their caregivers.

KEYWORDS: Alzheimer's Disease, nursing, caregivers.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES Y CUIDADORES DE PORTADORES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

RESUMEN: Este artículo presenta una revisión bibliográfica integradora con enfoque

cualitativo sobre la atención de enfermería a pacientes con enfermedad de Alzheimer. A través del análisis de literatura especializada, se busca comprender las prácticas de cuidado e intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en este contexto, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. La revisión integradora identificó la importancia de los enfermeros en la educación y el apoyo a los cuidadores, proporcionando información precisa y un plan de atención para retrasar los efectos degenerativos de la enfermedad. La humanización de las prácticas de salud también fue destacada como elemento fundamental para comprender el contexto de significados en el que se experimenta la enfermedad. Además, la implementación de políticas públicas puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer y sus cuidadores. Es fundamental que el sistema de salud ofrezca servicios especializados y efectivos para estos pacientes, además de invertir en investigaciones para mejorar las prácticas de cuidado e intervenciones. Se puede concluir que la atención de enfermería a pacientes con enfermedad de Alzheimer requiere un constante perfeccionamiento, tanto en la formación de los profesionales como en la implementación de políticas públicas. El conocimiento científico sobre esta condición y la práctica humanizada de la enfermería pueden contribuir significativamente a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes y sus cuidadores.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Alzheimer, enfermería, cuidadores.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa crônica, que acomete as pessoas idosas comprometendo a saúde mental, física e social. Por ser uma doença crônico degenerativa, o paciente não tem perspectiva de melhora, ficando cada vez mais debilitado. A DA está entre as 10 doenças que mais causam óbitos no mundo. Ao contrário das doenças cardíacas, pulmonares e cerebrovasculares, ela vem subindo esse ranking, isso porque a expectativa de vida mundial vem aumentando (POLTRONIERE, 2017).

O perfil demográfico brasileiro também está acompanhando o resto do mundo. A qualidade de vida da população está mudando para melhor e com isso as pessoas estão passando a viver mais. Desde a década de 1940 a taxa de mortalidade e fecundidade apresentam uma queda. Problemas sociais acabam sendo criados, pois esses idosos acabam ficando dependentes e necessitando de cuidados especiais, seja ele físico, afetivo ou financeiro (LUZARDO, 2016).

A experiência de cuidar de uma pessoa que está perdendo sua capacidade cognitiva podem trazer sentimentos variados. As dificuldades e limitações de cuidar de um paciente com DA são muitas. Faltam recursos financeiros e sociais e também apoio de familiares, gerando nos cuidadores o sentimento de desamparo e angústia. E isso faz com que ele necessite de apoio para si próprio, para assim poder prestar cuidado ao paciente com a Doença de Alzheimer (NÉRI; SOMMERHALDER, 2016).

Nesse contexto, o enfermeiro tem um papel fundamental não só para o paciente, mas para a família também que necessita de esclarecimentos sobre os cuidados prestados

ao paciente, para que ele possa viver o resto da vida com mais conforto. É necessário que o enfermeiro tenha uma dimensão de como é o dia a dia de um paciente e o cuidador do paciente portador da D.A., para que assim ele possa planejar estratégias de ações integrais na saúde desse idoso (LUZARDO, 2016).

2 | OBJETIVO

O objetivo deste estudo é investigar a assistência de enfermagem fornecida aos pacientes com Doença de Alzheimer, visando compreender como os profissionais de enfermagem atuam no cuidado desses pacientes e identificar possíveis lacunas na assistência prestada.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia para este estudo foi de abordagem qualitativa e método de revisão bibliográfica integrativa seguindo os pressupostos de Mendes (2018), por entender que revisão da literatura procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos. Buscando conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado sobre determinado assunto, tema ou problema. Procura auxiliar na compreensão de um problema a partir de referências publicadas em documentos.

A Revisão integrativa é um método de pesquisa utilizado desde 1980, no âmbito da Prática Baseada em Evidências (PBE), que envolve a sistematização e publicação dos resultados de uma pesquisa bibliográfica em saúde para que possam ser úteis na assistência à saúde, acentuando a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica. O principal objetivo da revisão integrativa é a integração entre a pesquisa científica e a prática profissional no âmbito da atuação profissional onde inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES, 2018).

A coleta dos dados deu-se mediante busca sistematizada de artigos científicos escritos nos últimos 10 anos e disponíveis no banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) utilizando-se os seguintes descritores: Doença de Alzheimer, enfermeiro e cuidadores.

Para seleção dos artigos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: exclusivamente artigos científicos em língua portuguesa, publicados na íntegra e disponíveis online, no período de 2015 a 2023.

Os critérios de exclusão focaram-se nos estudos que não respondessem ao objetivo da pesquisa e que estivessem publicados anteriormente a 2015.

4 | REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A doença de Alzheimer

A demência pode ser causada por um grupo diverso de doenças de declínio cognitivo, e de perda da capacidade funcional. Nem sempre vem acompanhada de distúrbios comportamentais, mas pode ocorrer dependendo da fase e do curso da doença. Vem de forma silenciosa e progressiva, pode também, ser causada por lesão única de início agudo e de deficiência estável. Os déficits são irrecuperáveis, porém grande maioria dos pacientes apresentam pré-disposição que potencializa o desenvolvimento da demência, como por exemplo: deficiência de vitaminas, distúrbios hormonais e metabólicos, doenças inflamatórias, etc (MARTINS; et.al, 2015).

A Doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência, é incurável, de causa não conhecida e que acomete principalmente a terceira idade. A população mundial vem sofrendo um envelhecimento progressivo. Em meados de 1950, somente 214 milhões de pessoas tinha mais de 60 anos, hoje, onze porcento da população já atingiu esse nível. E com isso uma grande epidemia de demência começa a emergir (SAYEG, 2019).

Em um estudo populacional brasileiro que investigou a etiologia das demências, 55,1% dos pacientes apresentavam doença de Alzheimer, 14,4% apresentavam doença de Alzheimer associada a doença cerebrovascular (demência mista) e 9,3% apresentavam demência vascular. Apenas 1 caso (0,8%) de demência potencialmente reversível foi encontrado (deficiência de vitamina B12) (MARTINS; et.al, 2015, p.836).

A DA é uma doença neurodegenerativa que faz com que a pessoa apresente queda crescente de sua capacidade intelectual. Os portadores apresentam danos no córtex superior, que atinge a memória, os pensamentos, senso de orientação, perda da capacidade de julgamento e aprendizagem. Assim, ficando totalmente dependente de outras pessoas (IZQUIERDO; et.al, 2015).

4.2 Diagnóstico

Os primeiros sintomas da Doença de Alzheimer podem ser perceptíveis no dia a dia, durante as tarefas rotineiras. O indivíduo comece a esquecer coisas simples, por exemplo: onde foi guardado um objeto, compromissos marcados, a boca do fogão acesa e contas a pagar. Uma pessoa que tem esquecimentos ocasionais pode ter chance de risco de Alzheimer, por isso a importância de observar esses lapsos de memórias (POIRIER; GOUTHIER, 2017).

Não existe um marcador biológico da DA que permita um diagnóstico, o mesmo é feito de forma clínica que permite um diagnóstico exato em até 90% dos casos. Em exames de anatopatologia pós-morte, foram encontrados cérebro atrofiado difusamente, nas regiões temporais, frontais e parietais. São encontrados também, as placas senis e os novelos neurofibrilares que são lesões características da DA. Histologicamente essas

alterações podem estar ligadas ao déficit cognitivo da doença de Alzheimer (BERTOLUCCI; et.al, 2016).

Os parâmetros diagnósticos mais utilizados na prática clínica, são os Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) e os National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association Work Group (NINCDS-ADRDA). Pode ser classificada em, DA definitiva, DA provável e DA possível, dependendo das características clínicas que o indivíduo apresenta (ZUKERMAN; BRANDT, 2017).

4.3 Tratamentos para a doença de Alzheimer

Atualmente o tratamento de pacientes com DA tem como objetivo a manutenção qualidade de vida, melhorando as funções fisiológicas e físicas, diminuindo o avanço de déficit cognitivo, e tratando as alterações de comportamento e humor. O tratamento pode ser na forma farmacológica ou não farmacológica, pois tem que ser feito holisticamente (BERTOLUCCI et al., 2016).

O tratamento não farmacológico envolve uma equipe multidisciplinar que pode ser composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e farmacêuticos. O tratamento farmacológico é feito através dos inibidores de ACHE que tem como princípio inibir a progressão da doença e melhorar as funções cognitivas e comportamentais (ZUKERMAN; BRANDT, 2017).

A terapia mais utilizada é a colinérgica, que tem como objetivo melhorar a transmissão colinérgica em nível cerebral. Pode haver uma melhora efetiva em cerca de 30% dos pacientes, porém a terapia deve ser iniciada assim que os primeiros sintomas aparecerem. Por isso a importância de diagnóstico precoce (SAYEG, 2019).

O tratamento não medicamentoso tem estratégias de grande importância na abordagem clínica do paciente. Foi observado que a prática de exercícios físicos aeróbicos trazem benefícios para a função cognitiva, além de reduzir sintomas neuropsiquiátricos de agitação, ansiedade, distúrbios de sono e mau humor (HUMES; VIEIRA; JUNIOR, 2016).

4.4 O cuidado

O cuidado vai muito além que um ato, é uma atitude. Não se trata de algo momentâneo. O cuidado é uma forma de demonstrar empatia, preocupação e envolvimento afetivo com o próximo (BOFF, 2016).

O cuidado paliativo engloba áreas psicossocial, espiritual e de controle de sintomas na fase final da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares portadores de doenças crônicas, progressivas e irreversíveis. Se os sintomas da forem mal controlados pode ocorrer o agravo da doença, como: depressão, distúrbios de sono, má absorção de nutrientes e isolamento social (NETO; PINTARELLI, YAMATTO, 2017).

Com razão, o grande poeta latino Horácio (65,8 a.C) podia finalmente observar: “o cuidado é o permanente companheiro do ser humano”. Quer dizer, o cuidado sempre acompanha o ser humano porque este nunca deixará de amar e de se desvelar por alguém (primeiro sentido), nem deixará de se preocupar e de se inquietar pela pessoa amada (segundo sentido). Se assim não for, não se sentiria envolvido com ele e mostraria negligencia e incúria por sua vida e destino. No limite, revelaria indiferença que a morte do amor e do cuidado (POLTRONIERE, 2016).

Na modernidade atual a tarefa do cuidado passou a ter uma dinâmica que exige quatro fatores do cuidador familiar, que são o parentesco (cônjuge e filhos), o gênero (principalmente feminino), proximidade física (quem mais convive com o idoso) e proximidade afetiva (GROSSI; SANTOS, 2016).

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo, foram analisados 33 (trinta e tres) artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresenta-se um panorama geral dos artigos analisados. O quadro 1 representa as especificações dos artigos incluídos no estudo.

| Título | Autores | Ano | Tipo de Estudo |
|---|---|------|--|
| A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. | VIZZACHI, Barbara Alana et al. | 2015 | Qualitativo |
| Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. | ALMEIDA-BRASIL, Celline Cardoso et al. | 2016 | Estudo transversal |
| Adaptação e correlação entre instrumentos cognitivos e funcionais para o estadiamento e acompanhamento da doença de Alzheimer em fases avançadas. | WAJMAN, José Roberto et al. | 2016 | Estudo transversal |
| Aquisição de medicamentos para a Doença de Alzheimer no Brasil: uma análise no sistema federal de compras, 2008 a 2013. | COSTA, Roberta Dorneles Ferreira da et al. | 2015 | Estudo exploratório quantitativo |
| Atenção do familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer: uma atividade de extensão universitária. | TRISTÃO, Mariana et al. | 2015 | Relato de experiência |
| Avaliação de parâmetros hemodinâmicos e vasculares na doença de Alzheimer, demência vascular e alterações cognitivas leves: um estudo piloto. | SANTOS, José Ivany dos et al. | 2017 | Estudo piloto prospectivo e longitudinal |
| Capacidade funcional e situações de violência em idosos. | FAUSTINO, Andréa Mathes; GANDOLFI, Lenora; MOURA, Leides Barroso de Azevedo | 2016 | Estudo transversal |

| | | | |
|---|---|------|-----------------------|
| Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. | LEITE, Cinthya Dolores Santos Maia et al. | 2016 | Revisão bibliográfica |
| Contribuições da Enfermagem no cuidar do idoso. | RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. | 2016 | Editorial |

Quadro 1: Artigos incluídos no Estudo

Fonte: As autoras (2018)

Funções Básicas

Consideram-se funções mais básicas aquelas realizadas todos os dias, em relação às suas necessidades corporais, diferentemente das atividades mais complexas, em que o indivíduo requer várias habilidades ao mesmo tempo, como ir ao banco, supermercado, lidar com dinheiro, atender ao telefone. São as chamadas de atividades instrumentais de vida diárias e são avaliadas pela escala de Lawton.

Falta de Conhecimento

É preciso oferecer uma educação continuada capaz de explorar as atribuições dos cuidadores em diante dos sintomas comportamentais apresentados pelo idoso com a doença (COSTA et al, 2016).

Por meio deste estudo, pode-se inferir que é extremamente necessário criar oportunidades para cuidadores familiares e profissionais conhecerem a doença para compreenderem o paciente o processo evolutivo da DA e, consequentemente as possibilidades de atuação (seguras e eficazes) nesse paciente. Na medida em que há investimento na formação e no processo de fornecimento de informação aos cuidadores estima-se a melhora na condução do caso, especialmente na qualidade de vida da população com a doença (COSTA et al, 2016).

É notório que diante dos quadrantes o cuidador pode apresentar dificuldades em compreender as mudanças da progressão da DA, acreditando que as perdas cognitivas podem ser recuperadas com esforço. Essa falta de orientação a respeito da enfermidade pode interferir na maneira como o cuidador planeja e executa as ações de cuidado (COSTA et al, 2016).

No meio acadêmico existe a recomendação de se utilizar o termo Doença de Alzheimer, no entanto a outra forma Mal de Alzheimer, foi utilizada frequentemente pelos familiares e é também afirmada pela mídia, colaborando para a construção e transmissão de estereótipos negativos associados à doença, processo que culmina, conforme discutido anteriormente em estigmatização e sobrecarga emocional para a família (SANTOS et al, 2017).

Suporte do Enfermeiro

O Enfermeiro deve oferecer suporte, informações e orientações para prestar

o cuidado ao idoso e para o autocuidado dos cuidadores. O enfermeiro é um terapeuta profissional, e ao entrar em contato com os pacientes, têm a oportunidade de fornecer ferramentas como acesso ao serviço, acolhimento, suporte, orientações, desenvolvendo tecnologia leve de cuidado ao estabelecer vínculo e cuidado humanizado (VIZZACHI et al, 2015).

A enfermagem pode atuar identificando os fatores que levam a tais sentimentos, ajudando os cuidadores a reconhecê-los e auxiliando no planejamento de alterações da rotina o que possam contribuir para a diminuição de tensão emocional. Podem ainda realizar atividades educativas e encaminhamentos para apoio psicológico (ALMEIDA et al, 2016).

Trabalhar a relação desse cuidador com seus sentimentos é buscar capacitá-lo para novas percepções sobre o cuidado seria uma boa lógica de ação para a equipe de saúde, em especial para enfermagem. Ideias de autodeterminação, de autogestão, de definição de limites para um cuidado de qualidade do idoso e da própria saúde, devem ser exploradas pela equipe de saúde, propiciando ao cuidado a oportunidade de compreender que é preciso cuidar de si para cuidar do outro sem sentir que seja um peso ou um aprisionamento. Conquistando essa atenção, será facilitada a transformação de representações de impacto negativo sobre a qualidade de vida dos cuidadores e suas práticas de cuidado em representações que tragam maior equilíbrio a relação de cuidado entre os cuidadores familiares e seus idosos (ALMEIDA et al, 2016).

Conclui-se que enfermeiros podem desempenhar papel importante no apoio a casais, educando cuidadores sobre os distúrbios de comunicação, assim como sobre estratégias para vencê-los (COSTA et al, 2016).

Neste cenário, a enfermagem, além da missão de assistir tratar o paciente, necessita incluir a família nos cuidados integrais, promovendo espaços de diálogo e estratégias de cuidado à medida que a DA progride, para que a família se sinta mais confortada, orientada e ouvida em relação as suas preocupações e medos (GOES et al, 2016).

Observa-se que o cuidador informado e mais experiente se torna menos ansioso e mais seguro dos cuidados, o que se reflete maior capacidade e disponibilidade para cuidar do doente. As instituições de saúde de caráter social devem disponibilizar todas as informações ao cuidador. Os enfermeiros poderão propor conjuntamente um plano de assistência para que o cuidado permita retardar os efeitos degenerativos da DA e conviver com sinais e sintomas da melhor maneira possível (FERREIRA et al, 2016).

Cuidados e Cuidadores

O cuidador que sente a rotina de cuidados com uma prisão tende a encarar o cuidado como agressão à própria vida. Um desequilíbrio para a saúde física, psíquica e social. A pessoa que necessita de cuidados se torna um peso que tende a ser maior a cada dia até o momento em que o idoso deixa de viver. O cuidador acumula sentimentos negativos e

conflitantes que causam tensão; podem deixá-lo nervoso, irritado, e ansioso, uma vez que se sente confinado e limitado pela necessidade de cuidar de outra pessoa (ALMEIDA et al, 2016).

Caso se sabe, não é simples cuidar de outra pessoa. Existem atividades que demandam esforço físico e habilidades emocionais quem cuida. O cuidador deve ter sempre paciência e disponibilidade para o cuidado, deve não se irritar com atitudes repetitivas e a falta de lógica do idoso, deve ajudá-lo diariamente a se banhar, a se vestir, a se alimentar, deve convencê-lo de que o banho do dia-a-dia ainda não foi tomado, de que ele já comeu, de que ele tem que fazer exercício atividades para preservar a capacidade funcional, deve ser compreensivo com agressividade e com a perda de memória do idoso, deve buscar você empático aos sentimentos que o idoso pode estar sentindo, e tentar diminuir a ansiedade, o medo, a aflição desse idoso, deve se preocupar com horários de medicações, com a fralda geriátrica, a partir de quando o idoso não consegue mais controlar suas funções fisiológicas, deve se preocupar em saber se o idoso consegue dormir à noite ou se está a muito tempo deitado, Pois é tendência do Alzheimer deixar o idoso mais apáticos e propenso a evoluir a perda de força muscular e imobilidade (ALMEIDA et al, 2016).

O cuidador familiar de uma pessoa com DA muitas vezes se encontra desesperado para lidar com as situações advinhas do cuidado. Toda a sua história de vida, seus desejos pessoais, suas ideias e perspectivas, suas dificuldades e conflitos são evidenciados, exacerbados, negados e esquecidos. O familiar precisa reaprender a lidar com o mundo e com seus idosos adoecidos e mudar suas perspectivas de vida, se reagir quando a situação que se lhe impõe (ALMEIDA et al, 2016).

A necessidade planejamento do cuidado, de organização da logística para execução do cuidar e de educação dos cuidadores (COSTA et al, 2016).

Concluíram o que o conhecimento dos cuidadores sobre DA limita-se as informações fornecidas pela mídia, por folders distribuídos à população e pelo conhecimento do senso comum, o que contribui para cuidar dos poucos recomendáveis. Percebeu-se que o cuidado é desenvolvido de modo acrítico. Dessa maneira fornecer informações é fundamental para desenvolver no Cuidado à tomada decisão no momento de prestar o cuidado ao idoso com DA (COSTA et al, 2016).

Na adoção de estratégias que implicam na participação da família, da comunidade do serviço de atenção formal, auxiliando no planejamento da atenção, na maximização do desempenho funcional e nos recursos que os cuidadores possuem para prover os cuidados (TRISTAO et al, 2015).

Adoção de práticas de autocuidado do cuidador, sendo a família paciente assistidos por serviços formais de atenção e integrados à rede básica e complexa de saúde (TRISTAO et al, 2015).

Cuidado é visto também como gratificante pelos cuidadores, sobretudo como uma forma de retorno do cuidado recebido do enfermo em outro momento da vida, constituindo-

se em fator determinante para o compreendimento, no presente ou em um futuro próximo (SANTOS et al, 2017).

Na Perspectiva da humanização das práticas de saúde a pessoa com Alzheimer, os profissionais devem lembrar que os familiares os detentores de um conhecimento que adquire e praticam no cotidiano e que é tão legítimo quanto o conhecimento científico. Sugere-se que o conteúdo aqui discutido, embora apresente limitações por e-mail é apenas a perspectiva do cuidar, bem como o conhecimento trocado com os pacientes na rotina da prática clínica, seja valorizado e usado para compreender o contexto de significados em que a doença é vivenciada e para planejar e intervir com abordagens em linguagens efetivas e com menos interferências de estigma. É necessário que a discussão desta representação de você aprofundar e se atualizar para permitir maior compreensão da doença de Alzheimer e dos cuidados nos contextos de novas configurações de família na sociedade moderna e incorporação desses conhecimentos para melhoria da qualidade de vida dos envolvidos (SANTOS et al, 2017).

Verificou-se que compõem a representação social estudada, conteúdos relacionados à dependência de paciente e as repercussões pessoais e emocionais da doença de Alzheimer para os familiares. Por conseguinte, o cuidado e a doença revelam-se representados pelos familiares e como fontes de sobrecarga física e emocional, iminentes ou consumados. Mas também são representados como gerador de sentimentos dignificantes, favorecedores de prazer na relação de cuidado (SANTOS et al, 2017).

O exercício de cuidar do Idoso doente no domicílio é um aprendizado constante, baseado nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com o nível de dependência do idoso. Na maioria das vezes, torna-se difícil, pela inexperiência do cuidador, atender às demandas que vão surgindo no transcorrer do processo do cuidar e que necessitam ser apreendidas no enfrentamento do cotidiano. Atividades que parecem ser simples para quem já as desenvolveu, tornam-se árduas para quem nunca precisou enfrentá-las (FERREIRA et al, 2016).

As perspectivas futuras dos cuidadores oscilam entre a ordem do ter (desejar) e do ser (esperar). Os cuidadores desejam o que não possui: melhorar a condição de vida e até o que é possível de acontecer no momento como: obtenção da cura para a DA ou evitar a progressão da doença. O desejo deles é que o futuro seja bom (LEITE et al, 2016).

Não basta apenas sentir amor e afeição pelo idoso com DA, para prestar cuidado adequado e com qualidade é preciso ter condições e recursos financeiros, a fim de adequar o contexto domiciliar e adquirir as tecnologias necessárias para o auxílio dos cuidadores idosos. Deste modo tanto o ser quanto o ter se fazem necessários na prestação do cuidado ao idoso (LEITE et al, 2016).

Contudo, é notório que a saúde desses indivíduos encontra-se profundamente afetada, a tal ponto que o quadro de estresse relacionado ao cuidado pode influenciar a percepção dos cuidadores familiares sobre o seu estado de saúde, bem como afetar a

assistência prestada, a continuidade da disponibilidade familiar e a saúde do idoso com Alzheimer (RODRIGUES et al, 2016).

O presente estudo em vendem-se ou que a qualidade de vida dos cuidadores familiares está intrinsecamente relacionada ao estresse, de maneira que tais condições podem influenciar diretamente o cuidado a ser prestado. Dessa forma, torna-se preocupante o fato do envelhecimento populacional no Brasil estar conduzindo ao aumento de casos de doença de Alzheimer. Isso ocorre porque, atualmente, os cuidadores sentem-se desassistidos devido à ausência ou reduzida o apoio governamental, o que faz com que se sintam inaptos ou esgotados no desempenhar desse cuidado (RODRIGUES et al, 2016).

Políticas Públicas

O Sistema de Saúde Pública (SUS), por outro lado, pode contribuir com a capacitação de cuidadores familiares e profissionais e a organização de serviços efetivos, atuantes e preparados para atender às necessidades desses cuidadores, fornecendo uma rede de suporte adequado às necessidades familiares (ALMEIDA et al, 2016).

A rede de atenção básica de saúde pode-se instrumentalizar propondo programa de atenção domiciliar e os serviços complexos a retaguarda necessária para que o idoso e seus familiares sejam assistidos por profissionais clínicos especializados (TRISTAO et al, 2015).

Fazem-se necessárias mudanças emergentes relacionadas à gestão da atenção ao idoso com DA tanto na área social quanto na saúde, norteada pela efetivação das políticas públicas que versam sobre a prestação de apoio, assegurando as necessidades dos familiares dos pacientes, propiciando, assim, a diminuição de custos relacionados à DA (TRISTAO et al, 2015).

As estruturas de suporte social no Brasil ainda se mostram frágeis e não se constituem em uma rede de apoio organizada, demonstrando a insuficiência de políticas sociais que proporcionem suporte às famílias cuidadoras de pessoas fragilizadas e dependentes, como as portadoras de Alzheimer (SANTOS et al, 2017).

Essa realidade evidencia a necessidade de maiores pesquisas, investigações estudos relacionados aos cuidados familiares, sua realidade, qualidade condições de vida. Isso para que possam subsidiar os profissionais de saúde no auxílio a estes indivíduos, além de direcionar o desenvolvimento de políticas públicas que subsiditem o cuidado ao idoso com Alzheimer, favorecendo a melhor qualidade de vida para o idoso e para o cuidador e, consequentemente uma melhor assistência e a continuidade da disponibilidade familiar nesta árdua jornada (RODRIGUES et al, 2016).

Tratamentos

Embora haja divergência sobre a efetividade de tratamentos não farmacológicos na DA, acredita-se que o tratamento mais adequado para melhora dos sintomas da doença

seja combinação da medicação com estratégias não medicamentosas, visto que a grande variedade de sintomas psicológicos, comportamentais e cognitivos que não responde às medicações comumente utilizadas (WAJMAN et al, 2016).

A complexidade dos sintomas na DA faz tornarem-se necessários tratamentos alternativos aos medicamentosos, visto que os sintomas comportamentais e psicológicos da demência tornam-se difíceis de manejar apenas com farmacoterapia (WAJMAN et al, 2016).

Os tratamentos não farmacológicos mais utilizados nos últimos 10 anos para a melhora da QV idosos com DA, de acordo com esta revisão, foram à reabilitação cognitivo/neuropsicológica (WAJMAN et al, 2016).

Reorganização Familiar

A vivência da família com de seus membros, acometido pela DA requer uma reorganização na estrutura e na dinâmica familiares, envolvendo sentimentos e emoções. As interações entre os membros, o comportamento e a postura diante dos acontecimentos relacionados à DA são influenciados pelos valores transgeracionais resgatados dos componentes. Tais processos são transmitidos pela família e se mantém presentes ao longo da história familiar e das gerações, fazendo com que seus membros dêem importância distinta a valores (GOES et al, 2016).

Normalmente, a família tem dificuldade para dimensionar as modificações que ocorreram em seu cotidiano, principalmente quando não têm muito conhecimento sobre a doença, os cuidados a serem realizados os manejos de cuidado. É necessário amparar adequadamente o familiar doente diante do sofrimento, do medo e da ansiedade que se estabelecem. Esses fatores diminuem conforme a família adquire conhecimento sobre a doença e sua evolução. A busca por informações sobre o diagnóstico médico e suas explicações não são suficientes para suprimir os sentimentos vivenciados na DA. Nesse aspecto, a atuação de equipe multidisciplinar pode contribuir com as famílias no entendimento do processo (GOES et al, 2016).

Dentre as estratégias utilizadas pelas famílias para diminuir o sofrimento, está a de ajudarem-se uns aos outros nas tarefas básicas da vida diária do doente, para a promoção e a manutenção dos cuidados, na fase inicial. Há ainda a mobilização de recursos para recordação do passado, despertando suas lembranças e suas memórias, dando-lhes forças para conviver com a doença (GOES et al, 2016).

Assim, conhecer a família que acolhe o sujeito com DA. quem são o que fazem, onde trabalham, entre outros pode ajudar na organização de suas rotinas, diminuindo situações de conflito e a apoio fragilidades impostas pelo contingente gente da doença (FERREIRA et al, 2016).

Na fase de dependência, as mudanças que se instalaram na nova dinâmica de vida do cuidador alteram por completo seu cotidiano, inclui o preparo da alimentação, administração

de medicamentos, estabelecimento de uma rotina para exercícios e atividades de conforto que incluem higiene pessoal, pentear o cabelo, escovar os dentes, cortar as unhas, vestir, despi locomover de um lugar para o outro, subir escadas, sentar, levantar, deitar, entre tantas outras atividades.

O fato de os cuidadores serem majoritariamente do sexo feminino pode ser atribuído à própria divisão histórica do trabalho entre homens e mulheres e as diferenças de gênero que atribui à mulher como cuidadoras familiares primárias. Quanto ao estado civil, há equivalência entre casadas e divorciadas, que professam a religião católica. No perfil de renda, a maioria das cuidadoras recebe de 1 a 4 salários mínimos. Ressalta-se que as variáveis socioeconômicas ampliam as dificuldades físicas, emocionais, sociais e financeiras dos cuidadores (FERREIRA et al, 2016).

Sob o enfoque da complexidade, é necessária a articulação entre os profissionais da área de saúde, as famílias e os familiares/ cuidadores das pessoas idosas com Alzheimer, potencializando essa teia de relações e interações para que os familiares possam (se) organizar para o enfrentamento do diagnóstico e convivência com a DA (FAUSTINO et al, 2016).

Aula aprender a (re)organização familiar de pessoas idosas com a DA na perspectiva da complexidade, os docentes apresentam mais inquietações do que respostas, uma vez que DA é percebida como singular por acometer cada indivíduo de maneira particular, o que leva a considerar que o cuidado oferecido é igualmente singular, no multidimensional, e portanto, complexo. Além disso, referem que a DA extrapola o núcleo familiar, necessitando de uma visão global por parte dos profissionais de saúde e da compreensão da sociedade como um todo (FAUSTINO et al, 2016).

6 | CONCLUSÃO

Em conclusão, é crucial fornecer educação continuada e informações precisas aos cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer para garantir que eles possam lidar com a doença de forma eficaz e evitar interpretações equivocadas dos sintomas. Além disso, a inclusão da família nos cuidados e a promoção de espaços de diálogo e estratégias de cuidado são fundamentais para garantir a assistência integral aos pacientes. O papel dos enfermeiros é essencial para fornecer suporte e educação aos cuidadores, fornecendo ferramentas e tecnologias leves de cuidado e reconhecendo e gerenciando sentimentos negativos. É importante que as instituições de saúde forneçam informações confiáveis e os enfermeiros proponham um plano de assistência para retardar os efeitos degenerativos da doença. O cuidado de pessoas com Alzheimer é complexo e exige muito esforço físico e emocional dos cuidadores, por isso, é fundamental que eles tenham acesso a informações confiáveis e educação adequada. A humanização das práticas de saúde é crucial para compreender o contexto de significados em que a doença é vivenciada e para

planejar e intervir com abordagens em linguagens efetivas e menos estigmatizantes. Por fim, destaca-se a importância de políticas públicas que norteiem a gestão da atenção ao idoso com DA e fornecimento de suporte adequado aos cuidadores familiares, por meio do Sistema de Saúde Pública. Com a implementação de políticas e estratégias efetivas, podemos melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes com Alzheimer e seus cuidadores, além de reduzir a sobrecarga emocional dos familiares dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. 2016. Estudo transversal.
- BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira et al. Neurologia: diagnóstico e tratamento. 2^a ed. Barueri – SP: Manole, 2016.
- BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano. Petrópolis – RJ, Vozes, 2016.
- COSTA, R. D. F. da et al. Aquisição de medicamentos para a Doença de Alzheimer no Brasil: uma análise no sistema federal de compras, 2008 a 2013. 2015. Estudo exploratório quantitativo.
- FAUSTINO, A. M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. de A. Capacidade funcional e situações de violência em idosos. 2016. Estudo transversal.
- GROSSI, Krieger; SANTOS, Andreia Mendes dos. Envelhecimento e cuidados: relatos de experiências com cuidadores de pessoas idosas. Porto Alegre – RS: EDIPUCRS, 2016.
- HUMES, Eduardo de Castro; VIEIRA, Marcio Eduardo Bergamini; JUNIOR, Renério Frágua. Psiquiatria Interdisciplinar. Barueri – SP: Manole, 2016.
- IZQUIERDO, Ivan et al. Envelhecimento, memória e doença de Alzheimer. Porto Alegre – RS: EDIPUCRS, 2015.
- LEITE, C. D. S. M. et al. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. 2016. Revisão bibliográfica.
- LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. 2016.
- MARTINS, Milton de Arruda et al. Manual do Residente de Clínica Médica. Barueri – SP: Manole, 2015.
- MENDES, Cinthia Filgueira Maciel; SANTOS, Anderson Lineu Siqueira dos. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. 2018.
- NÉRI, Anita L.; SOMMERHALDER, Cínara. As várias faces do cuidador e o bem-estar do cuidador. São Paulo, 2016.
- NETO, João Toniol; PINTARELLI, Victor Last; YAMATTO, Talita Hatsumi. À beira do leito: geriatria e gerontologia na prática hospitalar. Barueri – SP: Manole, 2017.

POIRIER, Judes; GOUTHIER, Serge. Doença de Alzheimer – O guia completo. São Paulo – SP: Lemos Editorial, 2017.

POTRONIERE, Silvana. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? Porto Alegre – RS; Revista Gaúcha de Enfermagem, 2017.

RODRIGUES, R. A. P. Contribuições da Enfermagem no cuidar do idoso. 2016. Editorial.

SANTOS, J. I. dos et al. Avaliação de parâmetros hemodinâmicos e vasculares na doença de Alzheimer, demência vascular e alterações cognitivas leves: um estudo piloto. 2017. Estudo piloto prospectivo e longitudinal.

SAYEG, Norton. Alzheimer: diagnóstico e tratamento. São Caetano do Sul - SP: Yendis, 2019.

TRISTÃO, M. et al. Atenção do familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer: uma atividade de extensão universitária. 2015. Relato de experiência.

VIZZACHI, B. A. et al. A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. 2015. Qualitativo.

WAJMAN, J. R. et al. Adaptação e correlação entre instrumentos cognitivos e funcionais para o estadiamento e acompanhamento da doença de Alzheimer em fases avançadas. 2016. Estudo transversal.

ZUKERMAN, Eliova; BANDT, Reynaldo A. Neurologia e Neurocirurgia: a prática clínica e cirúrgica por meio de casos. 1^a ed. Barueri – SP: Manole, 2017.

CAPÍTULO 13

UTILIZAÇÃO DE ERVAS NA PREVENÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Data de submissão: 09/05/2023

Data de aceite: 03/07/2023

Natasha Luísa da Silva Sousa

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Universidade Federal do Piauí
Picos – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/2579061393468302>

Ana Letícia de Carvalho

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Universidade Federal do Piauí
Picos – Piauí
<https://lattes.cnpq.br/9143217978734289>

Lairton Batista de Oliveira

Residência Multiprofissional em Cuidados Intensivos do Hospital Universitário, Universidade Federal do Piauí
Teresina – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7465492329299906>

Vanessa Santos Macedo

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Universidade Federal do Piauí
Picos – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/9052700419569148>

Leonilia Sousa Alencar Borges

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Universidade Federal do Piauí
Picos – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/6118517238142742>

Janária de Jesus Moura

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Universidade Federal do Piauí
Picos – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/0810878931728268>

Vanessa Maria Matias Rocha

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Universidade Federal do Piauí
Picos – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/8887285525888242>

Maria Karolayne de Araújo Pereira

Campus Universitário Ministro Petrônio Portela
Universidade Federal do Piauí
Teresina – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7986652983810963>

Maria Letícia Saraiva de Oliveira Milfont

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Universidade Federal do Piauí
Picos – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7864667865217777>

Nara Vanessa dos Anjos Barros

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Universidade Federal do Piauí
Picos – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/8806506159892654>

RESUMO: O objetivo do presente trabalho foi analisar as evidências científicas quanto ao potencial terapêutico da erva-cidreira e hortelã na prevenção da doença de Alzheimer. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada no período de agosto a setembro de 2021, nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed e Web of Science. Utilizou-se os seguintes descritores: “Melissa Officinalis”, “Alzheimer Disease”, “Mentha”, “Rosmarinic Acid” e “Memory”. Adotou-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos; ensaios clínicos completos disponíveis na íntegra, em português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos realizados em animais, literatura cinzenta e artigos duplicados. Após análise do material selecionado a mostra final contemplou 4 artigos. Quatro estudos randomizados evidenciaram uma melhora clínica em pessoas que utilizaram extrato de hortelã e/ou erva-cidreira, apresentando menores índices de irritabilidade e maiores níveis de concentração e memória. Diante do exposto, pode-se concluir que a erva-cidreira e a hortelã desempenham uma resposta anti-inflamatória e neuroprotetora nos pacientes com doença de Alzheimer, proporcionando melhora dos sintomas comportamentais e psicológicos de demência.

PALAVRAS-CHAVE: Melissa officinalis; Doença de Alzheimer; Mentha; Ácido Rosmarínico; Memória.

THE USE OF HERBS IN THE PREVENTION OF ALZHEIMER'S DISEASE

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the scientific evidence on the therapeutic potential of lemon balm and mint in the prevention of Alzheimer's disease. This is an integrative literature review, conducted from August to September 2021, in the databases: Virtual Health Library (VHL), Pubmed and Web of Science. The following descriptors were used: “Melissa Officinalis”, “Alzheimer Disease”, “Mentha”, “Rosmarinic Acid” and “Memory”. Inclusion criteria were: articles published in the last 5 years; complete clinical trials available in Portuguese, English and Spanish. Studies performed in animals, gray literature and duplicate articles were excluded. After analysis of the selected material, the final sample consisted of 4 articles. Four randomized studies showed a clinical improvement in people who used mint and/or lemon balm extract, showing lower levels of irritability and higher levels of concentration and memory. Given the above, it can be concluded that lemon balm and spearmint play an anti-inflammatory and neuroprotective response in Alzheimer's disease patients, providing improvement in behavioral and psychological symptoms of dementia.

KEYWORDS: Melissa officinalis; Alzheimer's disease; Mentha; Rosmarinic acid; Memory.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2016, o Brasil possuía a segunda maior prevalência de demência por idade no mundo, atingindo cerca de 1,7 milhões de pessoas. A taxa de mortalidade no Brasil cresceu em 12,5% entre 2000 a 2008. A doença de Alzheimer (DA) é responsável por até 80% dos casos de demência, é uma doença neurodegenerativa reconhecida pela perda das funções cognitivas, como capacidade física e memória (FETER *et. al.*, 2021).

A DA é tratada de forma sintomática, embora a inflamação funcione como um mecanismo central, agindo como um alvo terapêutico em potencial para o tratamento.

A medicina tradicional chinesa tem sido amplamente utilizada no tratamento de doença neurodegenerativas, por conseguir reduzir o estresse oxidativo e a neuroinflamação, causando uma melhora cognitiva (CHIU *et. al.*, 2020).

Os compostos fitoquímicos se enquadram em uma das três categorias seguintes: os alcaloides, terpenos e fenólicos. Muitos dos fenólicos e terpênicos demonstraram eficácia contra o declínio colinérgico, além de muitos outros fatores que contribuem para a DA. A erva-cidreira (*Melissa officinalis*) é um terpeno que tem eficácia confirmada, sendo inclusive um amplificador da memória e do humor. Os bioativos que sustentam esses efeitos incluem monoterpenos e sesquiterpenos, que engloba cineol, e seus efeitos no Sistema Nervoso Central (SNC) que inclui atividade antioxidante, e a ativação do sistema colinérgico, inibindo a colinesterase, e fazendo a regulação positiva dos neurônios érgicos do ácido γ-aminobutírico (GABA), sugerindo benefícios para quem sofre de DA, observando-se uma agitação reduzida e melhora da função cognitiva e comportamental (WIGHTMAN, 2017).

Extratos de plantas da família Lamiaceae manifestaram capacidade antioxidante e capacidade de diminuir a inflamação sistêmica e local. Especialmente, o ácido rosmariníco (AR) demonstrou promover um status antioxidante tanto nas células neuronais como no hipocampo. O AR encontrado na hortelã (*Mentha spicata L.*), promove efeitos anti inflamatórios e antioxidantes na DA, sendo possível que outros compostos fenólicos do extrato hortelã, além do AR, possam colaborar com os benefícios encontrados (HERLLINGER *et al.*, 2018).

Com isso, o presente trabalho buscou analisar as evidências científicas que indicam o potencial terapêutico dos compostos presentes na erva-cidreira e hortelã na profilaxia da doença de Alzheimer.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com uma abordagem exploratória, desenvolvida através da pergunta norteadora: “Fitoterápicos, como erva-cidreira (*Melissa*) e hortelã (*Mentha*) podem ajudar na profilaxia do Alzheimer?”. A busca literária se deu no período de agosto a setembro de 2021, nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed e Web of Science. Contando com os seguintes descritores: “*Melissa Officinalis*”, “*Alzheimer Disease*”, “*Mentha*”, “*Rosmarinic Acid*” e “*Memory*”. Realizou-se os seguintes cruzamentos: “*Melissa Officinalis AND Alzheimer Disease*”, “*Mentha AND Rosmarinic Acid*” e “*Rosmarinic Acid AND Memory*”. Após as buscas nas bases, foram obtidos 29 estudos a partir da leitura dos títulos.

Com o intuito de refinar a busca, utilizou-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos (2016-2021); ensaios clínicos com textos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas: português, inglês e espanhol. Foram excluídos monografias, teses, artigos de revisão, estudos experimentais, sínteses, relato de casos,

estudos clínicos realizados em animais, literatura cinzenta e artigos duplicados.

Após uma leitura criteriosa de cada material selecionado, com o intuito de verificar a importância do estudo com a pergunta norteadora, verificou-se que 4 produções científicas se destacaram e serviram como fonte de dados para esta pesquisa.

3 | RESULTADOS

Noguchi-Shinohara *et al.* (2020) realizaram um estudo randomizado com 23 pacientes com demência leve devido à DA, sendo que 12 entraram para o grupo *M. officinalis* e 11 no grupo placebo, com um período de extensão de 24 semanas com uso de *M. officinalis* no grupo extrato contendo 500 mg de ácido rosmariníco (AR). No período de 24 semanas as pontuações médias do Questionário do Inventário Neuropsiquiátrico (NPI-Q) melhoraram 0,5 pontos no grupo *M. officinalis* e pioraram 0,7 pontos no grupo placebo, melhorando também o índice de irritabilidade em 0,32 pontos no grupo *M. officinalis*, piorando 0,23 no placebo entre o período inicial e a semana 24. Durante o período de extensão, as pontuações médias do NPI- Q pioraram em 0,6 pontos no grupo do placebo entre a visita da 24^a semana e a visita da 48^a.

Em outro estudo randomizado, duplo-cego controlado, utilizando extrato de hortelã (*Mentha spicata L.*) contendo um mínimo de 14,5% de ácido rosmariníco e 24% de polifenóis totais, em indivíduos com deficiência de memória associada à idade (AAMI) selecionados aleatoriamente a um dos três tratamentos: 600 mg de extrato de hortelã, 900 mg de extrato de hortelã ou placebo, ingerido junto ao café da manhã todos os dias, durante 90 dias. Os resultados obtidos indicaram que os indivíduos que ingeriram 900 mg/dia do extrato tiveram uma melhora de 22%, em comparação aos indivíduos que consumiram 600 mg/dia e os indivíduos do grupo placebo, com 5% e 7%, respectivamente. Houve uma melhora na memória operacional espacial, após a suplementação, sendo significativamente maior no grupo que consumiu as 900 mg (17%) do que os que consumiram 600 mg (3%) ou placebo (6%) no período de 90 dias (HERRLING, *et al.*, 2018).

Semelhantes a esses estudos, Falcone *et al.*, (2019), realizaram um estudo randomizado, duplo-cego e controlado por placebo, desenvolvido nos Estados Unidos, com participantes saudáveis de idade entre 18 e 50 anos, que receberam cinco visitas: uma visita triagem, uma visita de base (dia 0) e três visitas de tratamento (dia 7, 30 e 90), onde os 142 voluntários foram randomizados em grupo placebo (PLA) e propriedade do extrato de hortelã (PSE). Entre os dias de tratamento, eram realizados testes de cognição, sono, humor, qualidade de vida, exercícios e alimentos. Estes evidenciaram melhorias significativas ($p < 0,05$) em PSE versus PLA no teste de mudança de atenção, para redução de erros no dia 7, e para o tempo de reação das respostas corretas no dia 7 e no dia 90, além de apontar melhora no desempenho em testes específicos. Os pesquisadores concluíram que o PSE é um nootrópico eficaz e seu consumo por pessoas saudáveis

fornecer suporte adicional ao corpo.

Em outro estudo desenvolvido por Falcone *et al.*, (2018), com a mesma população-alvo e método semelhante, objetivando pesquisar o efeito nootrópico do extrato de hortelã sob a agilidade reativa em indivíduos jovens e saudáveis, observou a agilidade reativa, determinado pela medição do número de acertos e o tempo médio de reação ao Teste Makoto Arena II, que mede a reação de escolha ativa estacionária, em atuação lateral e multidirecional. Como resultado desse estudo, foi observado mais acertos no grupo PSE no teste estacionário com os pés no dia 30 ($p = 0,040$) e dia 90 ($p = 0,002$). O PSE também aumentou significativamente os acertos no dia 30 ($p = 0,007$) e dia 90 ($p = 0,026$) para o teste multidirecional com estribo. Demonstrando que o PSE melhorou medidas de agilidade reativa em uma população jovem e ativa.

4 | CONCLUSÃO

Ao analisar os achados sobre as ervas, pode-se concluir que o efeito terapêutico da erva-cidreira e da hortelã pode desempenhar uma resposta anti-inflamatória e neuroprotetora nos pacientes com doença de Alzheimer, proporcionando níveis significativamente melhores nos sintomas comportamentais e psicológicos de demência, como irritabilidade, assim como na memória de trabalho, que se refere à capacidade de usar e manipular informações armazenadas na memória de curto prazo. Além disso, as suplementações das ervas não apresentaram nos estudos quaisquer preocupações de segurança que se manifestaram clinicamente ou por meio de exames de sangue de rotina. Portanto, essas ervas podem ser utilizadas como uma terapia adjuvante para a DA.

No entanto, ainda não há muitos dados e informações sobre ensaios clínicos controlados em humanos, sugere-se então mais estudos para investigar e comprovar a dose a ser usada, assim como o período de tempo, com segurança na suplementação da erva-cidreira e da hortelã.

REFERÊNCIAS

CHIU, YA-JEN.; CHIH-HSIN, L.; MING-CHUNG, L.; HSIU, M. H.; CHIUNG-MEI, C.; YIH-RU, W.; KUO-HSUAN, C.; GUEY-JEN, L. **Formulated Chinese medicine Shaoyao Gancao Tang reduces NLRP1 and NLRP3 in Alzheimer's disease cell and mouse models for neuroprotection and cognitive improvement.** Aging (Albany NY), v. 13, n. 11, p. 15620, 2021. Disponível em: <<https://www.aging-us.com/article/203125/text>>. Acesso em: 18. set. 2021.

FALCONE, P. H. KRISTIN, M. N.; AARON C.T.; ROXANNE M.V.; JORDAN, M. J.; JORDAN, R. M.; CHANELLE, A. S.; MICAH, M. H.; JOANNE A. L.; BBRANDON J. L. BREND, A. F.; BKELLI, A. H. **The attention-enhancing effects of spearmint extract supplementation in healthy men and women: a randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel trial.** Nutrition Research, v. 64, p. 24-38, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0271531718308431>>. Acesso em: 18. set. 2021.

FETER, N.; LEITE, J. S.; DUMITH, S. C.; ROMBALDI, A. J. **Tendência durante dez anos nas internações hospitalares por doença de Alzheimer no Brasil: um estudo de base nacional.** Cadernos de Saúde Pública, v. 37, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/L4jjqm5BTDW4vs8sFwJRg8m/?lang=en>>. Acesso em: 18. set. 2021.

HERRLINGER, K. A.; KRISTIN, M. N.; KRISTEN, D. S.; BRENDÁ, A. F.; JOANNE, A. L.; ARIANNE, L. S.; KEVIN, C. M.; KEITH, A. W.; MICHAEL, A. C. **Spearmint extract improves working memory in men and women with age-associated memory impairment.** The Journal of Alternative and Complementary Medicine, v. 24, n. 1, p. 37-47, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29314866/>> . Acesso em: 18. set. 2021.

NOGUCHI-SHINOHARA, M.; KENJIRO, O.; TSUYOSHI H.; TOSHITADA, N.; SHOKO, K.; JUNJI K.; MIHARU, S.; KAZUO, I.; KUNIHIKO, Y.; HIROYUKI, N.; MASAHIKO, Y. **Safety and efficacy of Melissa officinalis extract containing rosmarinic acid in the prevention of Alzheimer's disease progression.** Scientific Reports, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41598-020-73729-2>> . Acesso em: 18. set. 2021.

WIGHTMAN, E. L. **Potential benefits of phytochemicals against Alzheimer's disease.** Proceedings of the Nutrition Society, v. 76, n. 2, p. 106-112, 2017. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/potential-benefits-of-phytochemicals-against-alzheimers-disease/BE3F294832A51E0BF49A55B9BD5F7379>>. Acesso em: 18. set. 2021

CAPÍTULO 14

MODOS DE OLHAR DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO DOENTE MENTAL

Data de aceite: 03/07/2023

Rodrigo D'avila Lauer

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5267214338126891>

Ana Cristina Pretto Bao

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/3067352775326066>

Rosana da Silva Fraga

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/3349198892082284>

Ivana Duarte Brum

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/4872906303789352>

Cândida Reis da Silva

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/3090473013927369>

Lucas Mariano

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/6448966347610075>

Jéssica Rosa Thiesen Cunha

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/8800962449984830>

Mari Angela Victoria Lourenç Alves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5659198412151924>

Michele Batista Ferreira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/1386881532655081>

Raquel Yurika Tanaka

Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/2924510273596025>

Daiane Toebe

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/5211900420490889>

Marli Elisabete Machado

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/9385704910988403>

RESUMO: As atribuições do enfermeiro historicamente, eram voltadas para o cuidado aos doentes mentais de forma individual. A reforma psiquiátrica mostra outros modos de assistência. Como objetivo, este estudo busca analisar um *corpus* de trabalhos publicados, buscando saber como o enfermeiro cuidado do doente mental. É uma revisão integrativa realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 2009 a 2019. Descritores utilizados: enfermagem psiquiátrica *and* saúde mental *and* cuidados de enfermagem. Os artigos pesquisados tinham enfoque no cuidado de enfermagem ao doente mental. Foram analisados e organizados em categorias. Observou-se que o enfermeiro refez seu modo de cuidar para uma abordagem humanística, considerando a importância de qualificar estes profissionais para uma adequada assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Enfermagem psiquiátrica. Saúde mental.

NURSES' WAYS OF LOOKING AT MENTALLY ILL PATIENTS

ABSTRACT: Historically, the attributions of nurses were focused on caring for the mentally ill in an individual way. The psychiatric reform shows other ways of care. As an objective, this study seeks to analyze a corpus of published works, seeking to know how the nurse cares for the mentally ill. It is an integrative review carried out in the Virtual Health Library (VHL) database, in the period from 2009 to 2019. Descriptors used: psychiatric nursing and mental health and nursing care. The researched articles had a focus on nursing care to the mentally ill. They were analyzed and organized into categories. It was observed that nurses remade their way of caring for a humanistic approach, considering the importance of qualifying these professionals for adequate assistance.

KEYWORDS: Nursing care. Psychiatric nursing. Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

Um importante marco sobre a discussão da assistência em saúde mental refere-se ao movimento de Reforma Psiquiátrica, protagonizado por profissionais, familiares e movimentos sociais na década de 80. Os questionamentos daí decorrentes foram influentes para o atual movimento de desconstrução de o modelo asilar manicomial pela aposta em uma rede de cuidados descentralizada, sob o foco da abordagem interdisciplinar e humanizada de prevenção e de promoção da saúde do usuário e seus familiares (CASTRO,

2008).

Foram décadas de crescimento de um movimento social desigual, onde as bandeiras de luta do movimento da Reforma Psiquiátrica tornaram-se realidade no país com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial (programa “De volta pra casa”), que estes expandiram, significativamente, a possibilidade de desinstitucionalização, ao tempo que se assistiu a uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, solidificando um modelo de atenção psiquiátrica baseado na comunidade e não centrado no hospital como a escolha de uma política pública de saúde mental no país (PITTA, 2011).

No contexto da produção de serviços assistenciais de saúde aos portadores de transtorno mental, a equipe de enfermagem desempenha papel significativo, notadamente pelo caráter de continuidade e vinculação que se estabelece entre o paciente e o profissional de saúde. Historicamente, as atribuições do enfermeiro no cuidado aos doentes mentais estiveram voltadas para o âmbito individual, evidenciando a influência do modelo biomédico.

A reforma da assistência psiquiátrica assinala outros modelos de assistência como a reabilitação psicossocial, o modelo sistêmico, o holístico, entre outros (VILELA, 2008). O cuidado em saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Atualmente, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras. Onde este cuidado deve ser almejado através da capacitação de todos os sujeitos envolvidos nesse processo, pacientes, familiares, profissionais e sociedade (CARDOSO, 2011).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, em artigos científicos, assumindo um caráter de estudo exploratório possibilitando ao investigador, uma melhor abordagem da estrutura do processo (GIL, 2007). Os artigos selecionados foram analisados seguindo as perspectivas da análise temática: Seleção da questão para a revisão; Seleção da amostra; Análise das características identificadas nos materiais utilizados; Discussão dos resultados e Apresentação e divulgação dos resultados (LAKATOS; MARCONI, 2009). Os critérios de inclusão da amostra foram artigos publicados entre os anos 2009 a 2019, em língua portuguesa, textos na íntegra e relacionados ao tema. Os critérios de exclusão foram artigos publicados em língua estrangeira, que não apresentavam o texto na íntegra e que não atendessem aos objetivos deste estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na etapa de levantamento das publicações, encontrou-se 96 estudos relacionados ao transtorno mental. A partir de então, passou-se a utilizar os critérios de inclusão e

exclusão para trabalhar apenas com estudos pertinentes ao objetivo. Ao aplicar o critério tema, guiado pela questão norteadora do presente estudo, qual seja, “Como o enfermeiro cuida do doente mental?”. Encontrou-se um total de 17 pesquisas publicadas no ano de 2009 a 2019. Foram excluídos da pesquisa 8 artigos por não atenderem aos objetivos do estudo, restando um total de 9 artigos que foram posteriormente analisados.

Esse número constituiu a amostra definida para a análise integrativa da literatura. As publicações que fazem parte da amostra desta revisão foram encontradas nas bases de dados relacionadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para realizar o acesso, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECs): Saúde mental, Cuidados de enfermagem, Enfermagem psiquiátrica. Após leitura e análise dos artigos, foi possível distribuir os estudos encontrados de acordo com os periódicos de publicação, relacionando-os com os anos de publicação.

3.1 O cuidado voltado ao ser

Na análise, foi possível destacar cinco artigos que abordam a importância do cuidado humanizado. Os cinco artigos em estudo consideram que o cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade, assistindo o usuário em todas as áreas do ser humano: biopsicossocial e espiritual, não fragmentando o cuidado. Apontam também como sendo um cuidado humanizado, existindo vínculos entre equipe e usuário e havendo a responsabilização de ambos pelo cuidado. Para haver o cuidado humanizado, é necessário ocorrer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre o enfermeiro e aquele que é cuidado com finalidade terapêutica, não se limitando apenas às características das técnicas (BAGGIO, 2007).

Durante a análise dos artigos foi possível observar que se pode criar um forte vínculo entre enfermeiros e os usuários. Este vínculo é visto como facilitador no tratamento, havendo fidelidade entre ambas as partes. Assim, o cuidado em saúde mental ganha materialidade na atitude dos profissionais na sua relação com os usuários, tendo a integralidade como foco de intervenção, ou seja, é um local de encontro, diálogo entre pessoas com necessidades, desejos, histórias e conhecimentos específicos.

Considerando o cuidar como uma relação interpessoal, principalmente na área psiquiátrica, é importante evidenciar e reconhecer esses comportamentos, compreender as ações e reações da equipe de enfermagem envolvidas no cuidado e estabelecer uma relação de confiança mútua para reflexão e troca de informações, resgatando o equilíbrio nos momentos de necessidade, que facilitarão a interação no processo de cuidar. Cuidar é uma atitude de responsabilização. Responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato. É, portanto, assumir um ato como seu.

3.2 A formação profissional e os modos de cuidar

É possível destacar a influência da formação no cuidado ao portador de transtorno mental, evidenciando a necessidade de atualização e de continuidade de estudos na área de saúde mental com o objetivo de prestar um cuidado de melhor qualidade aos portadores de transtorno mental. A prática de enfermagem, deve ser criativa, flexível, para possibilitar aumento de habilidades, de autonomia do usuário do serviço de atenção à saúde mental, não mais voltada exclusivamente à remissão de sintomas. É a escola que ensina a prática de enfermagem, ou seja, a assistência de enfermagem; o ensino é caracterizado como o paradigma do saber.

Percebe-se que um desafio que se coloca é o entendimento do campo em que essas aquisições operam, ou seja, a instituição onde a prática se concretiza. Na dimensão dos saberes, encontram-se as políticas de saúde norteadoras do projeto terapêutico institucional e a organização do trabalho das diversas práticas sociais que formam a trama ou a rede de sustentação das ações em saúde (CAMPOS; BARROS, 2011). O impacto desse modo de cuidar ampliado é consequência da articulação do saber da formação do profissional de enfermagem aliada ao saber prático e ao saber leigo, que possibilitam o reconhecimento, incorporação, apropriação e administração do processo de saúde e doença mental, por trabalhadores.

A Enfermagem pode acompanhar os movimentos de transformação da psiquiatria, em que o profissional não deixa de ter sua especificidade, mas passa a ter um lugar legítimo na equipe multidisciplinar, reorientando sua prática, com propostas de atividades terapêuticas compartilhadas, voltadas para o hábito de trabalho em equipe, em que são sociabilizados experiências e enfrentamentos dos problemas, restabelecendo a relação do paciente psiquiátrico como sujeito ativo e dando-lhe direitos e capacidade da palavra. Por meio do processo educativo, pode-se possibilitar a conscientização e participação ativa e transformadora da prática do Cuidar em Enfermagem a pacientes psiquiátricos de longa permanência institucionalizados.

É o momento de rever o objeto de trabalho (constituir o sujeito enquanto cidadão), a prática (utilizar-se de novos instrumentos e com isso ampliar sua possibilidade de intervenção) e ampliar a finalidade da assistência, para além da remissão dos sintomas manifestos (CAMPOS; BARROS, 2011).

4 | CONCLUSÃO

O cuidar em saúde mental realizado pelo enfermeiro vem sofrendo mudanças com o passar das décadas, a partir da mudança do modelo assistencial, que era centralizado nos sintomas, para um modelo de cuidar realizado na perspectiva humanista que envolve questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o

adoecimento mental.

Passa a ser considerado como categoria central da profissão o cuidado humanizado ao portador de transtorno mental. Destaca-se que o cuidar em saúde mental deve ser realizado tendo como fundamento um processo de produção de saúde alicerçado na capacitação do profissional da enfermagem, com conhecimentos e modos de fazer e de prestar o cuidado humanizado e de qualidade.

Considerando o cuidar de acordo com a especificidade da patologia, percebe-se que este cuidado é prestado independentemente do diagnóstico do paciente. Apesar disso, constata-se que a característica da patologia ainda se constitui em elemento desafiador para a atuação do profissional, notadamente considerando as limitações do processo de formação profissional que não aprofundam o conhecimento sobre a patologia e seu manejo e, o descompasso entre algumas práticas ainda vigentes nos serviços e o que atualmente se exige como intervenção do profissional em conformidade com as diretrizes da política de atenção ao portador de transtorno mental nos projetos terapêuticos em curso, que enfatizam a desospitalização.

Os profissionais da saúde devem questionar se suas ações conseguem efetivamente contribuir, não apenas para a manutenção da integridade física, mas para a diminuição dos agravos à saúde e para uma melhor qualidade de vida desses pacientes. Para a mudança de paradigma, fica evidente a modificação da postura do enfermeiro para uma abordagem humanizada, considerando-se o processo de promoção do autocuidado, reabilitação e a reinserção social como foco principal de todo cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Rev Eletrônica de Enfermagem [periódico na Internet] 2007 [acessado 2019 nov 26] 8(1): [cerca de 8 p]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm

BRESSAN,V ,R;SCATENA,M.C.M. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.10 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2008:Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt&ext&pid=S0080-62342007000500013&tlang=>. Acessado em 26 de mar de 2019.

CAMPOS,C.M.S;BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. Rev. esc. enferm. USP vol.34 no.3 São Paulo Sept. 2007. 2011:Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt&ext&pid=S008062342011000200020&lang=pt&tlang=>>. Acessado em 01 de abr. de 2019.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo v.45 n.3, Jun, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt&ext&pid=S008062342011000300020&lang=pt&tlang=>>. Acessado em 26 de mar de 2019.

CASTRO, L. M.; MAXTA, B. S. B. Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicosocial no município do Rio de Janeiro. , Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) Ribeirão Preto v.6 n.1 mês,ago,2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=s_ci_arttext&pid=S1806_69762010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlang=p>. Acessado em 26 de Mar de 2019.

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. Rev. Eletr. Enf. v.10,n.4,ago,2008. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a0_8.htm>. Acessado em 26 de mar de 2019.

FURLAN,M.M.; RIBEIRO,C.R.O. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.2 São Paulo Apr. 2011:Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=s_ci_arttext&pid=S1806-69762010000300004>. Acessado em 01 de abr. de 2019.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro,v.16 n.12, dez 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011001300002&script=sci_arttext>. Acessado em 26 de mar de 2019.

SANTOS, A. C. C. F. Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro v.13 n.1,Jan./Mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000100008&lang=pt&tlang=>>. Acessado em 01 de abr de 2019.

VILELA, S. C.; MORAES, M. C. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.16.n.4,out/dez,2008. Disponível <<http://files.bvs.br/upload/S/01043552/2008/v16n4/a501-506.pdf>>. Acessado em 01 de abr. de 2019.

CAPÍTULO 15

CUIDADO ÀS CRIANÇAS DURANTE A PANDEMIA NA ÓTICA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 03/07/2023

Matheus Henrique Naumann

<https://orcid.org/0000-0001-6227-3811>

Kelly Dayane Stochero Velozo

<https://lattes.cnpq.br/6655649482416860>

Lisie Alende Prates

<http://lattes.cnpq.br/5830359833199428>

Anali Martegani Ferreira

<https://orcid.org/0000-0002-9049-087X>

Michele Bulhosa De Souza

<http://lattes.cnpq.br/0130850513274456>

da criança e no seguimento do esquema vacinal, além de dificuldades na organização da rotina de trabalho, adotando estratégias como a teleconsulta e uso das redes sociais para a manutenção do vínculo e do acompanhamento. **Conclusão:** mesmo com as dificuldades ocasionadas pela pandemia, os enfermeiros buscaram desenvolver estratégias para manter o acompanhamento e incentivar a atualização do esquema vacinal de crianças.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Saúde da criança; Atenção primária à saúde; Enfermagem.

RESUMO: **Objetivo:** conhecer as implicações da pandemia causada pela COVID-19 na atenção integral à saúde da criança na ótica de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Método:** pesquisa qualitativa, desenvolvida com 13 enfermeiros, utilizando questionário *online* autoaplicável. Para análise, utilizou-se o método de análise de conteúdo. **Resultados:** da análise dos dados emergiram duas categorias qualitativas: Desafios vivenciados durante a pandemia; Acompanhamento das crianças antes e durante a pandemia. Os participantes referiram fragilidades no acompanhamento

THE PERSPECTIVE OF PRIMARY
HEALTH CARE NURSES OF
CHILD HEALTH DURING COVID-19
PANDEMIC

ABSTRACT: **Objective:** to know the implication of COVID-19 pandemic to child comprehensive health care from the perspective of primary health care nurse.

Method: qualitative research applied as a self-administered online questionnaire with participation of 13 nurses. Content analysis applied to the data obtained.

Results: From data analysis two categories emerged: Challenges during COVID-19 pandemic; Child follow up before and after

the pandemic. The participant referred frailties to child care, to fulfill vaccination schedules and difficulties to organize work routine, adopting strategies as remote consultation and the use of social media to maintain connection with the families allowing child health follow up.

Conclusion: Despite difficulties that arose during COVID-19 pandemic, primary health care nurses worked to develop strategies to maintain child care follow up and to encourage the fulfillment of vaccination schedules among children.

KEYWORDS: COVID-19; Child Health; Primary Health Care; Nursing.

INTRODUÇÃO

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), brasileiros, com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e prestam atendimento às mais diversas doenças e agravos, tendo como prioridade programas de prevenção de doenças e promoção da saúde.¹ Uma das linhas de cuidado da APS é direcionada às crianças na primeira infância, por meio das consultas de puericultura, realizadas por enfermeiros e pela equipe multiprofissional, objetivando garantir o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) adequado e a detecção precoce de agravos à saúde, além de promover o acompanhamento da cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde (MS).²⁻⁴

Com a disseminação da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) e sua caracterização como pandemia,⁵ a APS começou a sofrer modificações no seu objetivo primário, de promoção da saúde, e o SUS passou a ter risco de ser fragilizado em diferentes níveis de atenção.^{1,6} O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Coronavírus foi uma das medidas adotadas pelo Estado brasileiro para conter a disseminação da doença,⁷ porém sua estruturação desconsiderou possíveis impactos diretos e indiretos da pandemia nos demais atendimentos realizados nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

Portanto, considerando a importância da vigilância do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, a fim de proporcionar condições para o desenvolvimento integral da criança,²⁻⁴ inserida em um cenário incerto para o sistema de saúde, causado pela pandemia do novo coronavírus,⁵ entendeu-se necessária a investigação das suas implicações na continuidade do atendimento de puericultura e na imunização de crianças. Com base nisso, o objetivo principal deste estudo foi conhecer as implicações da pandemia causada pela COVID-19 na atenção integral à saúde da criança na ótica de enfermeiros da APS.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo-exploratório,⁸ com abordagem qualitativa, desenvolvido seguindo os critérios para pesquisas qualitativas *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). Durante o desenvolvimento do estudo, 30 pessoas

foram contatadas. Desse total, duas informaram que não eram enfermeiros e 15 não responderam ao contato inicial; ao final foram devolvidos 13 questionários respondidos, de enfermeiros que atuavam em serviços de APS em diferentes regiões do Rio Grande do Sul (RS), contatados por meio de *e-mail* ou *WhatsApp* e localizados utilizando técnica de *snowball sampling*, na qual os participantes são localizados a partir do contato com inicial com sujeitos conhecidos que se enquadram nos critérios do estudo.⁹

Os primeiros participantes foram localizados a partir dos contatos dos pesquisadores e, após, foram utilizadas as indicações dos participantes do estudo. Ao responder o questionário, os participantes também foram convidados a indicar outras pessoas para responder o questionário. Foi considerado como critério de inclusão os enfermeiros, que trabalharam durante a pandemia da COVID-19 em unidades de ESF ou UBS. Como critérios de exclusão estavam os enfermeiros que atuavam na APS fora do Estado do RS.

A coleta dos dados ocorreu de agosto de 2020 a janeiro de 2021, utilizando questionário *online* autoaplicável, elaborado na plataforma Formulários Google, com *link* de acesso enviado aos participantes por meio de *e-mail* ou *WhatsApp*. O instrumento de coleta utilizou questões abertas: Quais os desafios vivenciados no seu local de trabalho durante a pandemia da COVID-19?; Que estratégias você adotou para realizar as consultas de puericultura durante a pandemia da COVID-19?; Quais as estratégias que foram adotadas para garantir a cobertura vacinal de crianças durante a pandemia da COVID-19?; Relate como você tem vivenciado o atendimento à criança durante a pandemia da COVID-19.

As questões fechadas propostas no instrumento foram: Como era a sua rotina de acompanhamento à saúde da criança ANTES da pandemia da COVID-19?; Como foi a rotina de acompanhamento da saúde da criança DURANTE a pandemia da COVID-19?; onde os participante deveria selecionar entre as alternativas: Realizei mais consultas do que o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde para o primeiro ano de vida; Realizei consultas de puericultura conforme o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde (1^a semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês) para o primeiro ano de vida; Realizei consultas de puericultura conforme demanda espontânea; Realizei apenas consultas de puericultura para crianças de risco ou Não realizei consultas de puericultura.

Haviam questões que permitiam escolha múltipla de alternativas e a possibilidade de o participante sinalizar as próprias observações, a saber: Com relação às famílias, quais foram as modificações nos cuidados de saúde das crianças que você observou após o início da pandemia da COVID-19? (Nenhuma modificação; As famílias estão mais atentas aos cuidados de higiene com as crianças, como lavagem de mãos; As famílias têm utilizado máscaras e álcool gel; As famílias têm buscado atendimento para as crianças na unidade de saúde quando necessário; As famílias têm prezado por deixar as crianças em distanciamento social; As famílias têm comparecido para realizar as vacinas conforme o calendário vacinal; Outros) e Quanto à vacinação de crianças durante a pandemia, você observou que: (Não houve modificação quanto à procura pelas vacinas; Houve suspensão

temporária da vacinação; Houve administração apenas da vacina para influenza por um período temporário; Houve vacinação no domicílio para as crianças; Houve diminuição na procura e administração das vacinas; Outros).

Os dados foram transferidos automaticamente dos formulários respondidos para a ferramenta Planilhas Google, posteriormente, para Documentos Google, a fim de permitir a realização da Análise de Conteúdo.¹⁰ Na pré-análise, foi realizada a leitura dos dados já transferidos para a plataforma Documentos Google; na exploração do material, destacadas as ideias semelhantes para serem agrupadas em categorias; em tratamentos dos resultados obtidos e interpretação, foram realizadas a síntese e discussão dos dados. As variáveis quantitativas foram analisadas por meio de estatística descritiva simples.

Os dados de caracterização dos participantes são apresentados com valores máximo e mínimo, além da média e desvio padrão. Para a inclusão das narrativas dos participantes, estes foram identificados com a inicial maiúscula “E” referente à inicial da palavra enfermeiro e o número de acordo com a sequência de recebimento dos questionários respondidos.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde,¹¹ e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer nº 4246669, CAAE 35188020600005323, em 30 de agosto de 2020. Os participantes formalizaram o aceite em participar do estudo por meio do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, incluído no início do questionário *online* autoaplicável.

RESULTADOS

Participaram do estudo enfermeiros com idade entre 28 e 56 anos ($38,23 \pm 8,77$), que atuavam em serviços de APS entre 1,5 e 17 anos, com a média de $7,5 \pm 5,36$ anos. Três (32,1%) atuavam em UBS e 10 (76,9%), em ESF, em diferentes regiões de Saúde do Estado (determinadas considerando a cidade de atuação): oito atuavam na Fronteira Oeste; três na Região Sul; um na Rota da Produção; e um nos Verdes Campos. Doze atuavam em municípios com 100.001 a 500.000 habitantes e um em município com 20.001 a 50.000 habitantes (Tabela 1).

Quanto ao ano de conclusão da graduação, os participantes tinham tempo médio de formação de $9,08 \pm 5,75$ anos (Tabela 1). Considerando a pós-graduação, oito tinham Especialização; dois, Mestrado; dois, Doutorado; e um dos participantes informou que possuía Especialização, Mestrado e Doutorado. As áreas de pós-graduação identificadas foram: Advocacia no contexto da saúde da criança hospitalizada; Atenção Básica; Atenção Psicossocial; Educação; Enfermagem; Enfermagem Neonatal e Pediátrica; Gestão; Neurociência; Saúde da Família; Saúde Pública, Urgência e Emergência.

| Identificação | Idade (em anos) | Ano de conclusão da graduação | Tempo de atuação | Modelo de atenção | Região de atuação | População município de atuação |
|---------------|-----------------|-------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|
| E01 | 43 | 2010 | 3 anos | ESF | Fronteira Oeste | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E02 | 37 | 2006 | 15 anos | ESF | Fronteira Oeste | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E03 | 32 | 2013 | 5 anos | ESF | Fronteira Oeste | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E04 | 43 | 2015 | 5 anos | ESF | Fronteira Oeste | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E05 | 28 | 2012 | 2 anos | UBS | Rota da Produção | De 20.001 a 50.000 habitantes |
| E06 | 29 | 2019 | 1 ano e meio | ESF | Verdes Campos | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E07 | 32 | 2010 | 4 anos | ESF | Região Sul | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E08 | 51 | 1995 | 17 anos | ESF | Região Sul | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E09 | 29 | 2014 | 6 meses | UBS | Região Sul | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E10 | 43 | 2010 | 8 anos | ESF | Fronteira Oeste | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E11 | 34 | 2014 | 5 anos | ESF | Fronteira Oeste | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E12 | 40 | 2014 | 16 anos | UBS | Fronteira Oeste | De 100.001 a 500.000 habitantes |
| E13 | 56 | 2010 | 10 anos | ESF | Fronteira Oeste | De 100.001 a 500.000 habitantes |

Tabela 1. Identificação dos participantes.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

A partir da análise dos dados qualitativos, emergiram duas categorias: Desafios vivenciados durante a pandemia; Acompanhamento das crianças antes e durante a pandemia;

DESAFIOS VIVENCIADOS DURANTE A PANDEMIA

Os participantes destacaram a necessidade constante de reorganizar as rotinas de trabalho, priorizando atendimentos à agudização de doenças preexistentes, limitando a execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde e o atendimento de usuários com doenças crônicas. Além disso, também foram destacadas as incertezas

sobre o atendimento e tratamento adequados para pacientes com coronavírus e do adoecimento psíquico dos usuários dos serviços.

Trabalhar baseado em conhecimentos e formas de tratamento incertos para COVID 19; pacientes crônicos estão sendo deixados em segundo plano em função da pandemia, por exemplo, pacientes oncológicos tendo suas consultas desmarcadas; aumento considerável de pessoas com problemas mentais, como depressão, ansiedade e síndrome do pânico; sobrecarga de trabalho; mudança da rotina de trabalho baseado na prevenção e promoção da saúde para puramente clínica e aguda. (E07)

Outros pontos relacionaram-se à organização e estrutura das unidades de saúde, dificuldade em separar atendimentos de rotina dos pacientes sintomáticos da COVID-19 e implementar medidas que garantissem o distanciamento dos usuários. Também foram citadas dificuldades relacionadas às equipes de trabalho, como a pouca adesão para a utilização constante de equipamento de proteção individual (EPI), a sobrecarga de trabalho e o afastamento de colegas de trabalho que pertenciam a grupos de risco.

Implementar medidas de distanciamento e utilização de EPIs por parte da equipe e sensibilização e conscientização dos usuários tanto quanto a prevenção do contágio pelo Corona e exposição das crianças aos riscos desnecessários (compras, festinhas infantis, passeios, medidas de higiene, contato com familiares extra núcleo) como a manutenção do isolamento domiciliar em caso de síndrome gripal. (E01)

Ainda foram destacadas a dificuldade em realizar busca ativa e a vacinação domiciliar das crianças, devido à falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e o medo de diminuir o vínculo com as famílias. Também foi citada a negação da pandemia pela população e a precariedade no acesso ao saneamento básico dos usuários atendidos no serviço.

Em nossa unidade de saúde, não temos ACS no momento, o que dificultou a busca ativa das crianças faltosas, ou até mesmo a vacinação no domicílio. (E13)

Como atendo a áreas de difícil acesso e população com baixa escolaridade, existe a negação, a dificuldade de acesso a saneamento o que dificulta a prevenção. Algumas famílias não utilizam medidas de prevenção, mas se mantêm em isolamento na área rural. (E01)

Sensibilizar a população para importância do isolamento social e distanciamento, mudança de fluxos de atendimento quase que diária, perda de recursos humanos devido a idade avançada ou morbidades que os incluem em grupo de risco. (E12)

Desinformação na pandemia é o maior desafio vivido. (E04)

Quanto à percepção dos profissionais dos comportamentos das famílias durante o período de pandemia, 61,54% (oito ocorrências), informaram que as famílias buscaram atendimento para as crianças na unidade de saúde quando necessário. Outros, 53,85% (sete ocorrências), mencionaram que houve a utilização máscaras e álcool gel; 46,15%

(seis ocorrências) identificaram maior atenção aos cuidados de higiene, como lavagem de mãos; 23,08% (três ocorrências) responderam que as famílias tinham prezado por deixar as crianças em distanciamento social; e 15,38% (duas ocorrências) referiram que havia famílias com baixa adesão às medidas de prevenção.

ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS ANTES E DURANTE A PANDEMIA

No que se refere à puericultura realizada antes da pandemia da COVID-19, 53,85% (sete participantes) responderam que realizavam consultas, conforme o quantitativo mínimo recomendado pelo MS para o primeiro ano de vida. Já 46,15% (seis participantes) responderam que realizavam mais consultas do que a indicação do MS nesse período.

Quanto à puericultura realizada durante a pandemia, 23,08% (três participantes) responderam que realizaram consultas conforme o mínimo recomendado pelo MS para o primeiro ano de vida. Já 38,46% (cinco participantes) realizaram apenas o acompanhamento de crianças de risco e 38,46% (cinco participantes) realizaram a puericultura, conforme demanda espontânea, nos casos em que há a presença de alguma queixa dos familiares.

Além disso, os participantes relataram que observaram redução da procura por atendimentos preventivos. Eles manifestaram medo de precarizar o atendimento e perda de vínculo com as crianças e suas famílias.

Houve uma redução na procura, principalmente a eletiva e preventiva, mantendo a busca na demanda espontânea, os pais estão mais receosos de trazer as crianças (principalmente os menores de 5 anos) para a unidade sem que realmente seja caso de demanda, estão evitando de trazer para parte preventiva e acompanhamento. (E10)

Para a manutenção das consultas de puericultura durante a pandemia, os participantes referiram a realização de algumas estratégias. Dentre elas, a utilização de consultas por demanda espontânea, visando a realização, também, da puericultura; diminuição do número de agendamentos no dia para evitar aglomeração e reduzir o tempo de espera; avaliações rápidas e objetivas (foco na antropometria, amamentação e principais queixas dos responsáveis); atendimento e acompanhamento via telefone e redes sociais (*WhatsApp* e *Facebook*); priorizar atendimentos de crianças de risco e atendimentos urgentes.

Também ocorreu a articulação com a maternidade, para notificar a APS de novos nascimentos. Essa estratégia permitiu o rastreamento dos nascidos, a realização da primeira consulta no momento da coleta para o teste do pezinho (teste de triagem neonatal biológica) e a realização de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nos dias de vacinação.

Realizamos a primeira consulta no momento da coleta do teste do pezinho. Já cadastramos essas crianças, para poder acompanhar via telefone, tirando dúvida da mãe. E com as crianças maiores aproveitamos o momento de uma demanda espontânea na unidade, para fazer a consulta de puericultura em

atraso. (E13)

Os participantes também destacaram a orientação para o uso de máscaras pelas famílias; a necessidade de utilização de EPIs pelos profissionais durante o atendimento. Outras medidas utilizadas foram o uso das redes sociais e a atuação dos ACS para divulgar estratégias de estimulação do DNPM.

A tentativa tem sido de realizar uma oferta de cuidado da forma mais lúdica possível, lançando desafios na página da unidade, ensinando brincadeiras por meio das redes sociais e também enviando alguns materiais, como desenhos e joguinhos para as crianças por meio de seus pais e agentes comunitários. (E06)

Dentre os atendimentos preventivos, também podem ser destacadas as imunizações, sendo que a resposta mais frequentes dos participantes, neste tópico, foi que houve decréscimo na procura por imunobiológicos (69,23%, com nove ocorrências); seguido pelo comparecimento das famílias para imunização conforme o calendário vacinal (46,15%, seis ocorrências). Um número menor de participantes respondeu que não ocorreram modificações (23,08%, três ocorrências). A suspensão temporária da vacinação, a administração exclusiva da vacina para influenza e a vacinação domiciliar tiveram duas ocorrências cada (15,38%). Foi citada uma vez (7,79%) a diminuição na procura de vacinas no início da pandemia e uma vez (7,79%) o atraso e a negligência quanto à atualização do calendário vacinal.

Quanto às estratégias adotadas para garantir a cobertura vacinal, foram destacadas a priorização do atendimento para vacinas, diminuição do fluxo e criação de turnos para esse atendimento e agendamentos, divulgação e orientação sobre a importância da vacinação, comunicação dos responsáveis pelas crianças por meio de grupos de WhatsApp e vacinação domiciliar. Dois participantes destacaram que não adotaram nenhuma estratégia para manutenção da cobertura vacinal.

Oferta de mais turnos de vacina para não acumular crianças na sala de espera. (E06)

Comunicação com pais e familiares que comparecem a UBS. (E09)

DISCUSSÃO

A atuação da APS como um todo foi prejudicada durante a pandemia. A necessidade de repensar as atividades e a rotina do serviço, bem como a sobrecarga de trabalho citados pelos participantes deste estudo já foram reportados como fatores que impactam a atuação dos profissionais de saúde durante a pandemia e prejudicam atividades de educação em saúde,¹² além de contribuir para a baixa adesão ao uso de EPIs.¹³ O acompanhamento de doenças crônicas também foi prejudicado, um estudo conduzido no estado do Rio Grande do Sul desmontou o comprometimento no acesso a medicamentos, no acompanhamento

das doenças e na busca por serviços de saúde durante a pandemia.¹⁴

Os participantes também indicaram que houve a adoção de cuidados de higiene e medidas para evitar o contágio pelo coronavírus pelas famílias, comportamentos diretamente relacionados à diminuição de transmissão e contágio do coronavírus.¹⁵ Além disso, a adesão a essas medidas, durante os atendimentos, reforça a percepção de preocupação das famílias quanto à saúde das crianças.

A continuidade das consultas de puericultura ficou fragilizada durante a pandemia da COVID-19, conforme observado nos dados do estudo. Os atendimentos presenciais passaram a ter como foco principal na resolução de casos agudos, em detrimento do acompanhamento sistemático, priorizando crianças com riscos potenciais para o crescimento e desenvolvimento, fato evidenciado também na literatura.¹⁶

As consultas de puericultura realizadas por enfermeiros constituem-se como espaço para assistência e avaliação das necessidades da criança, garantindo orientações sobre a estimulação necessária para o adequado DNPM.⁴ Esse acompanhamento também permite identificar risco de atraso no desenvolvimento de maneira precoce, considerando o previsto pelos marcos de acordo com a faixa etária da criança.² Essa estratégia, mesmo que apresentasse necessidades de aperfeiçoamento antes da pandemia, é um dos principais instrumentos utilizados no acompanhamento da saúde infantil.¹⁷

A administração e procura por imunobiológicos também decresceu. Os participantes identificaram a diminuição na procura por imunobiológicos e relacionam este achado com a suspensão temporária das imunizações e menor procura espontânea por vacinas e atualização do esquema vacinal. A redução dos níveis de vacinação de crianças durante a pandemia tem sido reportada mundialmente¹⁸⁻¹⁹ e é importante considerar que as falhas no esquema vacinal podem expor as crianças a problemas de saúde imunopreveníveis, acarretando risco maior de adoecimento de doenças preveníveis por vacina.²⁰

Em contrapartida, seis participantes (46,15%) responderam que houve procura por imunizações, conforme o calendário vacinal. Estas diferenças podem estar relacionadas a diferenças sociodemográficas²¹ dos usuários do serviço e conhecimentos prévios das famílias sobre a importância da vacinação.²²

Diante dos desafios impostos pela situação pandêmica, os enfermeiros buscaram estratégias de continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Neste estudo, destaca-se que as estratégias utilizadas se basearam no uso de redes sociais e aplicativos de mensagens, como *WhatsApp* e *Facebook*, que também foram adotados para estimular a busca por imunobiológicos, juntamente com a vacinação domiciliar.

A teleconsulta, que pode ser realizada por enfermeiros,²³ e o uso das redes sociais tem sido adotado como tentativa de compensar a diminuição dos atendimentos presenciais.^{16,24} Contudo, é importante destacar que essa modalidade de atendimento não substitui a avaliação presencial, a qual ainda é necessária para que se possa garantir a

avaliação integral da criança e deve ser realizada sempre que houver alguma suspeita de risco potencial ao processo de crescimento e desenvolvimento ou suspeita de agravo à saúde que necessite de atenção.²⁵

Também cabe ressaltar que o uso exclusivo da teleconsulta pode contribuir para aumentar o abismo social no acesso à saúde, quando considerado que as parcelas mais carentes da população podem não ter acesso à tecnologia e conexão de internet adequada, que permita o acompanhamento de qualidade.²⁶ Dessa maneira, entende-se que, também, é necessário manter o atendimento presencial para que se objetive o princípio da universalidade² da atenção à saúde na APS, preconizado pelo SUS.

Cabe destacar que os achados do presente estudo podem divergir da realidade observada em outras regiões, uma vez que o estudo teve participação de um número reduzido de enfermeiros, consequente do número limitado de indicações e da ausência de retorno por grande parte dos profissionais contatados.

CONCLUSÃO

No contexto de pandemia, ao mesmo tempo em que a APS precisa realizar a manutenção da promoção da saúde e prevenção de doenças, também enfrenta importantes desafios, os quais exigem atendimento a demandas de cuidados imediatos. Assim, a atuação da APS como um todo foi fortemente impactada durante a pandemia, incluindo a atenção à saúde das crianças, com a redução na frequência das consultas de puericultura e a diminuição na busca por imunobiológicos.

Mesmo dentro deste cenário, a atuação dos enfermeiros e o compromisso com o atendimento de qualidade têm-se mostrado presentes nas estratégias elaboradas para tentar superar esses desafios. Entretanto, ainda existem incertezas e é necessário que se conheçam mais realidades para permitir construir estratégias nacionais que fortaleçam as intervenções na saúde da criança.

Cabe ainda destacar que novas pesquisas devem ser conduzidas para conhecer amplamente as percepções desses profissionais sobre os impactos da pandemia da COVID-19 em todos os cenários de atuação da APS, além de investigar e conhecer as percepções dos usuários do serviço sobre os atendimentos vivenciados na pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Farias LAGB, Colares MP, Barreto FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 17];15(42):2455. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 03 out 2017 [acesso em: 28 mar. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

3. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em: 28 mar. 2021]. 243 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/17-0056-Online.pdf>
4. Góes FGB, Silva MA, Paula GK, Oliveira LPM, Mello NC, Silveira SSD, Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em: 17 abr. 2021]; 71(Suppl 6):2808-2817. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416>
5. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. 11 mar. 2020 [acesso em: 17 abr. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
6. Savassi LCM, Dias Bedetti A, Joi de Abreu AB, Costa AC, Perdigão RMC, Ferreira TP. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. J. Manag. Prim. Health Care [Internet]. 2020 [acesso em: 28 mar. 2021];12(e38):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1006>
7. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em: 28 mar. 2021]. 24 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>
8. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6 ed. Rio de Janeiro: Atlas; 2017.
9. Handcock MS, Gile KJ. Comment: On the Concept of Snowball Sampling. Sociol. Methodol. [Internet]. 2011 [acesso em: 08 mai. 2021];41(1):367-371. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9531.2011.01243.x>
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1st ed. Reto LA, Pinheiro A, translator. São Paulo: Edições 70; 2016. 279 p.
11. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde (BR) [Internet]. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 jun. 2013 [acesso em: 08 mai. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Medina MG, Giovanella L, Bousquat AEM, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [acesso em: 11 abr. 2021]; 36(8):e00149720. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
13. Bastos APS, Brito MAR, Ferreira JLR, Ferreira JGOR, Araújo VSC, Val HMC, et al. Equipamentos de proteção individual e a adesão do conhecimento dos profissionais e acadêmicos: revisão integrativa. REAS [Internet]. 27 ago. 2020 [acesso em: 11 mai 2021];(53):e3764. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3764.2020>
14. Leite JS, Feter N, Caputo EL, Doring IR, Cassuriaga J, Reichert FF, et al. Managing noncommunicable diseases during the COVID-19 pandemic in Brazil: findings from the PAMPA cohort. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. mar. 2021 [acesso em: 13 dez 2021];26(3): 987-1000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.39232020>

15. Ortelan N, Ferreira AJF, Leite L, Pescarini JM, Souto AC, Barreto ML et al. Máscaras de tecido em locais públicos: intervenção essencial na prevenção da COVID-19 no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2021 [acesso em: 11 abr. 2021]; 26(2):669-692. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.36702020>
16. Toso BRGO, Viera CS, Furtado MCC, Bonati PCR. Ações de Enfermagem no cuidado à criança na atenção primária durante a pandemia de COVID-19. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. [Internet]. 2020 [acesso em: 28 mar. 2021];20(spe):6-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793202000000122>
17. Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA, Toso BRGO, Reichert APS. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em: 17 abr. 2021]; 27(4):e4890017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004890017>
18. McDonald HI, Tessier E, White JM, Woodruff M, Knowles C, Bates C, et al. Early impact of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and physical distancing measures on routine childhood vaccinations in England, January to April 2020. Euro Surveill [Internet]. 2020 [acesso em: 28 mar. 2021];25(19):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.19.2000848>
19. Middeldorp M, van Lier A, van der Maas N, Veldhuijzen I, Freudentburg W, van Sorge NM, et al. Short term impact of the COVID-19 pandemic on incidence of vaccine preventable diseases and participation in routine infant vaccinations in the Netherlands in the period March-September 2020. Vaccine [Internet]. 2021 [acesso em: 28 mar. 2021];13(7):1039-1043. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.12.080>
20. Beltrão RPL, Mouta AAN, Silva NS, Oliveira JEN, Beltrão IT, Beltrão CMF, et al. Perigo do movimento antivacina: análise epidemió-literária do movimento antivacinação no Brasil. REAS [Internet]. 2020 [acesso em: 28 mar. 2021];12(6):e3088. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3088.2020>
21. Maciel JAP, Silva AC, Campos JS, Correia LL, Rocha HAL, Rocha SGMO, et al. Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2019 [acesso em: 13 abr. 2021]; 14(41):1824. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1824](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1824)
22. Santos LB, Barreto CCM, Silva FLS, Silva KCO. Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. Rev Rene [Internet]. 2011 [acesso em: 14 abr. 2021];12(3):621-626. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976024>
23. Resolução COFEN Nº 634, de 26 de Março de 2020 (BR) [Internet]. Autoriza e normatiza, "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 mar 2020 [acesso em: 11 abr. 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
24. Glazier RH, Green ME, Wu FC, Frymire E, Kopp A, Kiran T. Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. CMAJ [Internet]. 2021 [acesso em: 11 abr. 2021];193(6):E200-E210. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.202303>
25. Danziger CR, Krause I, Scheuerman O, Luder A, Yulevich A, Dalal I, et al. Pediatrician, watch out for corona-phobia. Eur J Pediatr [Internet]. 2021 [acesso em: 11 abr. 2021];180:201–206. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03736-y>

26. Katzow MW, Steinway C, Jan S. Telemedicine and Health Disparities During COVID-19. *Pediatrics* [Internet]. 2020 [acesso em: 18 abr. 2021];146(2):e20201586. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1586>

CAPÍTULO 16

CUIDADOS DE SAÚDE E HIGIENE PARA ADOLESCENTES E JOVENS COM NECESSIDADES ESPECIAIS: RELATO DE EXTENSÃO

Data de submissão: 13/06/2023

Data de aceite: 03/07/2023

Lairany Monteiro dos Santos

Acadêmica do 6º semestre do curso de enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

<http://lattes.cnpq.br/2814209844885234>

Andressa da Silveira

Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade na Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

<http://lattes.cnpq.br/5054903220250339>

Alessandra Padilha Melo

Acadêmica do 3º semestre do curso de enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

<http://lattes.cnpq.br/7661888527158374>

Tamara Probst

Acadêmica do 5º semestre do curso de enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

<https://lattes.cnpq.br/7136450279203115>

João Fernando Rodrigues Luchó

Acadêmico do 3º semestre do curso de enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

<http://lattes.cnpq.br/7181247111231630>.

Brenda Zambenedetti Chini

Acadêmica do 6º semestre do curso de enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

<http://lattes.cnpq.br/8997464094770271>

Juliana Traczinski

Acadêmica do 6º semestre do curso de enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

<http://lattes.cnpq.br/6264620615533649>

Francieli Franco Soster

Enfermeira, mestrandona do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

<http://lattes.cnpq.br/7898239322865202>

Juliana Portela de Oliveira

Enfermeira, mestrandona do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

<http://lattes.cnpq.br/9431717450923962>

Sabrina Matieli Costa

Acadêmica do 1º semestre do curso de enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.
<http://lattes.cnpq.br/7034045420038048>

RESUMO: Objetiva-se relatar a experiência de atividades extensionistas acerca de cuidados de higiene e saúde realizadas para adolescentes e jovens com necessidades especiais em uma escola da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Trata-se de um relato de experiência referente a um Projeto de Extensão com ações realizadas na escola de uma APAE localizada na região noroeste do Sul do Brasil. Participaram da ação estudantes do curso de graduação em enfermagem, a coordenadora do projeto e 12 adolescentes/jovens com necessidades especiais. Utilizou-se ferramentas lúdicas e objetos visuais que pudessem simbolizar os itens de higiene. Os adolescentes e jovens foram receptivos, participaram ativamente da construção do conhecimento. Os métodos lúdicos utilizados possibilitaram maior interação entre o educador e público-alvo, possibilitando a troca de saberes. As atividades de extensão possibilitam o desenvolvimento do conhecimento a partir do conhecimento de diferentes contextos de saúde, possibilitando a adaptação de novas atividades. Por fim, evidencia-se a importância de ações extensionistas com essa clientela, pois possibilita a construção de novos saberes em saúde os quais repercutem positivamente na saúde e em prol da autonomia para o cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Higiene. Educação em Saúde. Adolescente.

HEALTH CARE AND HYGIENE FOR ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS: EXTENSION REPORT

ABSTRACT: The objective is to report the experience of extension activities about hygiene and health care carried out for adolescents and young people with special needs in a school of the Association of Parents and Friends of the Exceptional (APAE). This is an experience report referring to an Extension Project with actions carried out in the school of an APAE located in the northwest region of southern Brazil. Students from the undergraduate nursing course, the project coordinator and 12 adolescents/young people with special needs participated in the action. Playful tools and visual objects that could symbolize hygiene items were used. The adolescents and young people were receptive, actively participating in the construction of knowledge. The playful methods used enabled greater interaction between the educator and the target audience, enabling the exchange of knowledge. Extension activities enable the development of knowledge based on knowledge of different health contexts, enabling the adaptation of new activities. Finally, the importance of extension actions with this clientele is highlighted, as it enables the construction of new knowledge in health, which has a positive impact on health and in favor of autonomy for care.

KEYWORDS: Hygiene. Health Education. Adolescent.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), denominam-se adolescentes indivíduos entre 10 e 19 anos de idade e jovens aqueles entre 15 e 24 anos (WHO, 2010). Este período é reconhecido por ser uma fase de desenvolvimento do indivíduo, influenciado por fatores sociais e fisiológicos. No entanto, sabe-se que aqueles indivíduos acometidos por doenças crônicas e necessidades especiais de saúde, apresentam consequências no desenvolvimento biopsicossocial (PEDRINO; LOURENÇO, 2019).

Nos Estados Unidos (EUA), em 1998, o grupo de crianças e adolescentes com necessidades especiais foi definido como *Children With Special Health Care Needs* (CSHCN) (MCIPHER-SON *et al.*, 1998). Posteriormente, no cenário brasileiro, este termo foi traduzido para *Crianças com Necessidades Especiais de Saúde* (CRIANES), representando aqueles indivíduos que possuem algum tipo de necessidade especial da faixa etária de 0 a 18 anos de idade incompletos (SILVEIRA; NEVES, 2019).

As CRIANES possuem demandas de cuidados de saúde complexos relacionados a cuidados do desenvolvimento, tecnológicos, medicamentosos, cuidados habituais modificados, mistos e/ou clinicamente complexos (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Além disso, apresentam maior dependência dos serviços e demandas de saúde, necessitando de cuidados temporários e/ou permanentes (SULINO *et al.*, 2021).

Em decorrência do avanço técnico-científico e de políticas públicas em prol da assistência, cuidado e saúde de CRIANES, é notório a redução da morbimortalidade destes indivíduos e consequentemente o aumento de sua sobrevida (PAINES, 2023;). No entanto, ressalta-se a maior vulnerabilidade desse grupo populacional frente ao desenvolvimento de condições crônicas de saúde.

Nesse sentido, as ações de educação em saúde impactam diretamente nas condições de vida das CRIANES, visto que por meio delas é possível estimular a autonomia desses indivíduos frente a realização dos cuidados de saúde, em suas decisões pessoais, assim como instrumentaliza-los acerca de seus direitos, a fim de possibilitar melhora na qualidade de vida a esse grupo populacional (CESAR; MARTINS; SILVA, 2019; MINUZZI *et al.*, 2023).

À vista disso, destaca-se a importância do desenvolvimento de ações de educação em saúde em consonância com as necessidades do público-alvo, a fim de possibilitar reflexão crítica, diálogo e a construção compartilhada do conhecimento entre os participantes e consequentemente maior adesão destes nas orientações e atividades propostas (BORGES *et al.*, 2022).

Frente à importância das ações de educação em saúde para o autocuidado de CRIANES, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), surge como um cenário propício para a realização destas, pois, a APAE é uma instituição que objetiva promover atenção e cuidado integral para a pessoa com deficiência e cuidadores/familiares, proporcionando uma assistência qualificada em prol da saúde, proteção, educação e

autonomia, a fim de satisfazer as demandas dos usuários do espaço (SILVEIRA; NEVES, 2019).

Nesse sentido, a APAE objetiva proporcionar e administrar direitos das pessoas com deficiência, melhoria nos aspectos de qualidade de vida dos deficientes, através da inclusão social, priorizando as pessoas com deficiência intelectual e múltipla (CARMINATTI *et al.*, 2021).

As atividades extensionistas visam desenvolver atividades educativas com o público adolescente, o que possibilita maior qualidade de vida e aprimora as práticas na formação acadêmica destes alunos. E para os adolescentes, as práticas de educação em saúde são de relevância na promoção da saúde deste grupo, pois proporcionam discussão de temas importantes para o cuidado cotidiano e articula a adoção de comportamentos que permitam do desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável (CALVACANTE *et al.*, 2019).

A extensão vinculada com a Educação Especial possibilita a redução das disparidades sociais. As práticas pedagógicas de aprendizado centradas nas particularidades de cada população buscam melhoria no contexto pessoal, na autonomia e na independência para o convívio em sociedade (COSTA; RAIOL; ALMEIDA, 2019).

As atividades de educação em saúde possibilitam a garantia da inserção social e a quebra de preconceitos existentes acerca de crianças, adolescentes e jovens com deficiência. Nessa perspectiva, necessita-se de diferentes dispositivos para promover a educação de qualidade. Sendo assim, a extensão universitária, atuando de forma colaborativa com os pedagogos e equipe multidisciplinar das escolas, beneficia a estimulação cognitiva e de aprendizado dos alunos (SANTOS *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2021).

Frente ao exposto, objetiva-se relatar a experiência de atividades extensionistas acerca de cuidados de higiene e saúde realizadas para adolescentes e jovens com necessidades especiais em uma escola da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca de atividades extensionistas desenvolvidas na escola de uma APAE localizada na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, vinculadas ao projeto intitulado “Educação em saúde como possibilidades para o cuidado de crianças e adolescentes com deficiência”.

Com relação ao cenário da extensão, trata-se de uma instituição filantrópica, fundada no ano de 1977, composta por uma Escola de Educação Especial e uma clínica de Centro de Atendimento Especializado (CAE) que atendem, em média, aproximadamente 120 estudantes (CARMINATTI *et al.*, 2021).

A APAE é composta por uma equipe multidisciplinar formada por pedagogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e educadores

físicos e especiais, os quais disponibilizam para crianças, adolescentes, jovens e adultos com algum tipo de necessidade especial de saúde, assim como para seus familiares/cuidadores, atendimentos nas áreas de assistência social, saúde e educação a partir de ações referentes à defesa, direitos, prevenção, orientações, prestação de serviços e apoio à família (CARMINATTI *et al.*, 2021).

Participaram das ações nove discentes do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública federal, sob orientação da docente coordenadora do projeto. Ressalta-se que as atividades extensionistas ocorreram em dois encontros presenciais, no mês de maio de 2023 e contemplou cerca de 12 CRIANES.

As ações extensionistas foram realizadas na escola da APAE, a fim de evitar o deslocamento das CRIANES. Os espaços adotados para a realização da atividade inicial de debates e discussões foram as salas de aula e a casa pedagógica e, posteriormente, os lavabos da escola. Os professores que acompanhavam os alunos foram convidados a participar destes momentos, no qual teve o aceite. Tais ações de extensão foram registradas com o auxílio de recursos fotográficos e diários de campo.

O desenvolvimento das atividades ocorreu em dois momentos, onde o primeiro encontro foi realizado com CRIANES matriculadas na Educação de Jovens e Adultos (EJA) e o segundo encontro com estudantes da turma Ciclo. As temáticas abordadas foram definidas mediante encontros prévios com a direção da escola, a fim de satisfazer as necessidades de saúde dos alunos e consequentemente contribuir com o desenvolvimento e autonomia das CRIANES em seu processo de cuidado.

Para a realização das ações extensionistas, utilizou-se o apoio de um livro lúdico, que apresentava figuras referentes aos cuidados diários de saúde, além de enfatizar aspectos referentes a higiene e escolha de alimentos saudáveis. Além disso, realizou-se a apresentação de objetos de higiene, a fim de discutir as formas de utilizá-los e sua importância no cuidado.

Posterior às apresentações e discussões acerca de cuidados, as CRIANES foram convidadas a participar da demonstração das etapas de higiene correta das mãos. Para este momento, utilizou-se tinta, sabonete líquido e papel toalha, de modo que a tinta foi espalhada nas mãos das CRIANES, com intuito de representar a sujidade. Assim, a lavagem correta das mãos poderia remover a sujeira de modo eficiente. Após, foram orientados a realizar a higiene das mãos conforme os passos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as ações extensionistas as CRIANES foram receptivas, participativas, verbalizaram suas vivências, trouxeram suas dúvidas e contribuíram para a construção do saber coletivo por meio do compartilhamento de seus saberes prévios. Desse modo, além

do comprometimento do público-alvo nas atividades, pontua-se a importância da adaptação das atividades executadas pelos acadêmicos que conduziram esses momentos de acordo com as singularidades dos participantes.

Nesse sentido, é de extrema importância que os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de educação em saúde, compreendam os aspectos subjetivos da população em questão, assim como as necessidades básicas e fatores de risco que os limitam, seja em contexto individual, social ou comunitário, para assim intervirem de maneira efetiva (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020).

As CRIANES com deficiência intelectual apresentam significativo retardo no desenvolvimento no que se refere à comunicação, ao sistema locomotor e competências necessárias para cuidar de si de forma autônoma (LIMA; SOBREIRA, 2019). Para tanto, o estímulo contínuo das habilidades desses mostra-se efetivo frente ao desenvolvimento de diferentes aspectos do cotidiano e sua autonomia (LIMA; SOBREIRA, 2019). Nesse sentido, é de extrema importância a educação em saúde com CRIANES considerando sua necessidade de cuidados cotidianos.

Com ênfase na importância de ações extensionistas com ênfase na educação em saúde para a população de CRIANES. Assim, é necessário o uso de estratégias acolhedoras, integradas e subjetivas através da dinamização das atividades para que ocorra a participação coletiva (SILVA *et al.*, 2020). Nesse sentido, os acadêmicos utilizaram os objetos de higiene pessoal para proporcionarem um momento de discussão acerca de formas, frequência de uso e finalidade desses no cotidiano. Este momento possibilitou a troca entre os educadores e público-alvo, na qual os adolescentes e jovens relataram aspectos do cotidiano, sendo orientados pelos acadêmicos acerca dos questionamentos que surgiam.

As metodologias lúdicas, como os jogos, as atividades interativas ou até mesmo imagens ilustrativas consolidam o interesse e a capacidade de aprendizado das CRIANES. A utilização de objetos observados no cotidiano, atua como suporte visual, sendo mencionadas pela literatura como estímulos pictográficos e gráficos que aumentam a compreensão e o aprendizado em sujeitos que podem apresentar dificuldades de comunicação e aprendizagem (RUTHERFORD *et al.*, 2020).

Ademais, outros métodos, como gestos e expressões faciais, além do uso de recursos visuais e palpáveis intensificam a memorização e possibilita a atenção direcionada, uma vez que a pessoa com deficiência intelectual apresenta maior dificuldade na aprendizagem de novos conhecimentos (SILVA; ALVARENGA; SILVA, 2019).

À vista disso, mediante a utilização de estratégia lúdica e prática, para demonstrar a forma correta da lavagem das mãos, objetivou-se demonstrar visualmente a importância da higienização correta das mãos, de modo que esta fique livre de sujeiras e microrganismos. De acordo com a ANVISA, a higiene das mãos deve ser realizada com água e sabão de forma abrangente a fim de que seja possível a prevenção e redução de transmissão e

contágio por doenças infecciosas (ANVISA, 2009; SANTOS; TRACZINSKI; RUOSO, 2023).

No entanto, alguns dos passos e movimentos acerca da lavagem das mãos, foram adaptados de forma que possibilitasse a execução pelas CRIANES, visto que muitos apresentavam limitações motoras. Em vista disso, o desenvolvimento de educação em saúde com CRIANES não se resume ao preparo teórico da atividade e materiais utilizados, demanda do profissional a capacidade de adaptação das ações propostas frente as limitações presentes nos indivíduos (LIMA; FERREIRA, 2022).

Salienta-se que tais ações de extensão em parceria com a APAE, possibilitaram o desenvolvimento acadêmico com ações direcionadas as CRIANES, uma vez que a implementação dessas atividades promove cuidado diferenciado, equidade e a integralidade da atenção a esse grupo populacional (ASSUNÇÃO *et al.*, 2020).

As ações realizadas nos ambientes de ensino dos adolescentes e jovens com necessidades especiais auxiliam diretamente na minimização das barreiras de acesso destes à informações de saúde. Dessa forma, ao realizar tais ações, é possível identificar as necessidades assim como as potencialidades das CRIANES, visando estimular seu aprendizado e incentivando sua autonomia (ASSUNÇÃO *et al.*, 2020).

Ao que tange o cenário eleito, as ações de extensão aproximam os estudantes da população por meio das atividades planejadas previamente, de modo a facilitar a compreensão da realidade vivida, troca de saberes, aproximação com instituições de saúde e saúde, bem como seus territórios, estimulando aprendizados ampliados para além da sala de aula, adquirindo importante significado para a formação acadêmica e profissional (NUNES *et al.*, 2021).

Desse modo, pontua-se a necessidade do conhecimento científico de acadêmicos da área da saúde para atuar frente a esse público. As tentativas de inclusão e educação em saúde com pessoas que possuem alguma necessidade especial ou condições crônicas de saúde são negligenciadas desde a academia, uma vez que disciplinas de Libras e outros conhecimentos mais aprofundados acerca de condições subjetivas da pessoas que possuem alguma necessidade especial de saúde, muitas vezes, não são disponibilizadas nas grades curriculares (ASSUNÇÃO *et al.*, 2020; MAZZU-NASCIMENTO *et al.*, 2020). Tais aspectos acabam por dificultar a atuação profissional, a possibilidade de interação e a qualidade do cuidado (BORNHOLDT, *et al.*, 2019). Assim, enfatiza-se a importância de profissionais e graduandos das áreas de saúde e educação buscarem o conhecimento científico através da extensão universitária.

Ademais, o profissional da enfermagem atua como importante mediador das atividades de saúde nos âmbitos escolares, uma vez que combina a habilidade prática de cuidador com o conhecimento em educação em saúde. A habilidade observacional e interpretativa do enfermeiro também permite avaliar o nível de adesão do público alvo e se existe algum conhecimento prévio dos participantes sobre o assunto (BANDEIRA *et al.*, 2019).

Frente ao exposto, denota-se que são as atividades extensionistas possibilitam o conhecimento das necessidades de saúde dessa população, permitindo aos acadêmicos e futuros profissionais de enfermagem o aprofundamento de seus conhecimentos com relação as singularidades que abarcam o desenvolvimento da educação em saúde com CRIANES.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A extensão universitária é uma importante estratégia para a produção do conhecimento por meio de atividades lúdicas, conferindo acesso a informações e orientações importantes as CRIANES. As atividades realizadas nos dois encontros com as CRIANES que estudam na APAE também possibilitam a criação de espaços para a troca de saberes, estimulando a capacidade de reflexão, diálogo, explorar suas vivências prévias e sua autonomia para os cuidados de saúde e higiene.

Evidencia-se também, a importância do desenvolvimento de ações de educação em saúde de forma dialógica, permitindo que os participantes sanem suas dúvidas sobre o cuidado, a higiene e a saúde, por meio de informações científicas e, consequentemente, oportunizando a adoção de estilos e hábitos saudáveis de vida.

As ações de extensão presentes neste relato têm a incumbência de disseminar orientações às crianças, adolescentes e jovens. Quando se trata da população de CRIANES a atenção dispensada é ainda maior, considerando suas particularidades, contribuindo para a promoção da saúde e autonomia para o cuidado. Por fim, evidencia-se a importância de ações extensionistas com essa clientela, pois possibilita a construção de novos saberes em saúde os quais repercutem positivamente na saúde e em prol da autonomia para o cuidado.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mão**s.

Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaudade/manuais/paciente_hig_maos Acesso em: 24 mai. 2023.

ASSUNÇÃO, Marilia Laiane de Brito et al. **Atendimento em Saúde à Pessoa com Deficiência e a Formação Inicial do Profissional de Saúde: o que há entre nós?**. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 26, n. 2, p. 327-342, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0181> Acesso em: 29 mai. 2023.

BANDEIRA, Carmem Layana Jadischke et al. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE**. Varia Scientia-Ciências da Saúde, v. 5, n. 1, 2019. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/22503> Acesso em: 30 mai. 2023.

BORGES, Daniely Casagrande et al. **Círculo de Cultura como estratégia de promoção da saúde: encontros entre educação popular e interdisciplinaridade**. Saúde em Debate, v. 46, spe. 6, p. 228-238, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E620>. Acesso em: 28 mai. 2023.

BORNHOLDT, Larissa *et al.* **Cuidados de enfermagem a indivíduos com surdez e/ou mudez em instituição hospitalar.** Revista Enfermagem Atual in derme, v. 89, n. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.422>. Acesso em: 30 mai. 2023.

CAVALCANTE, Francisco Marcelo Leandro *et al.* **Atividades de extensão universitária: um olhar para a promoção da saúde do adolescente.** Revista Saúde em Redes, v. 4, n. 2, 2019. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2426>. Acesso em 02 jun. 2023.

CARMINATTI, Alan Johnny *et al.* Cotidiano do trabalho no Eixo Educação Interdisciplinar Em Saúde-Pet-Saúde/Interprofissionalidade da UFSM Palmeira das Missões-RS e ações durante a pandemia de Sars-Cov-2. Série Vivências em Educação na Saúde, p. 25. Disponível em: DOI 10.18310/9786587180441 Acesso em: 30 mai, 2023.

CESAR, Denise Jovê; MARTINS, Fernanda Andrade; SILVA, Rafaela Ester Galisteu da (Org). **Saúde da Criança e do Adolescente: políticas públicas e educação em saúde.** Políticas Públicas e Educação em Saúde. Rio Branco: Stricto Sensu, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.35170/ss.ed.9786580261116>. Acesso em: 27 mai. 2023.

CONCEIÇÃO, Dannicia Silva *et al.* **Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social.** Brazilian Journal of Development, v.6, n.8, p. 59412-59416, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-383>. Acesso em: 28 mai. 2023.

COSTA, Edith Gonçalves; RAIOL, Kássia Cristina da Silva; ALMEIDA, Ana Cristina Pimentel Carneiro de. **Os jogos educativos no atendimento educacional especializado à pessoa com deficiência intelectual.** VI Congresso Nacional de Educação CONEDU. Editora Realize: 2019. Disponível em http://www.editorarealize.com.br/editora/ebooks/conedu/2019/ebook2/PROPOSTA_EV127_MD4_ID12470_30082019232138.pdf. Acesso em 25 mai. 2023.

LIMA, André Henrique; FERREIRA, Vânia da Silva. **Formação docente na apae: desenvolvimento de materiais pedagógicos sobre vida diária.** Revista Nova Paideia - Revista Interdisciplinar Em Educação E Pesquisa, v. 4, n. 3, p. 258 – 269, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36732/riep.vi.160>. Acesso em: 25 mai. 2023.

LIMA, Maria de Fátima Teixeira; SOBREIRA, Mariza Danielli Pereira. **Dificuldades de Aprendizagem da Criança com Deficiência Intelectual.** Id on Line Rev. Mult. Psic., v. 13, n. 48, Supl. 1, p. 294-311, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v13i48.2286> Acesso em: 28 mai. 2023.

MAZZU-NASCIMENTO, Thiago *et al.* Fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais: reflexo na atenção à saúde dos surdos. *Audiology - Communication Research*, v. 25, e2361, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2361>. Acesso em: 30 mai. 2023.

MCPHERSON, Merle *et al.* **A new definition of children with special health care needs.** Pediatrics, v. 102, n. 1, p. 137–140, 1988. Disponível em <https://doi.org/10.1542/peds.102.1.137> Acesso em: 25 mai. 2023.

MINUZZI, Rejane Bonadimann *et al.* **A contribuição da educação física adaptada para pessoas com deficiência intelectual e/ou múltipla: a percepção dos gestores de APAES.** Perspectivas em Diálogo: Revista de Educação e Sociedade, v. 10, n. 22, p. 182-202, 2023. Disponível em: <https://trilhasdahistoria.ufms.br/index.php/persdia/article/view/15454> Acesso em: 25 mai. 2023.

NUNES, Sabrina Freitas Nunes *et al.* **Competências para promoção da saúde na formação em enfermagem: contribuições da extensão universitária.** Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 96, n. 37, 2021. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1216/1214>. Acesso em 02 jun. 2023.

OLIVEIRA, Juliana Portela de *et al.* **Cuidados de enfermagem a crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde hospitalizadas em unidade pediátrica.** Research, Society and Development, v. 10, n. 3, e15010313054, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13054/11840/172967>. Acesso em: 25 maio. 2023.

PAINES, Luana Pinto *et al.* **Perfil de crianças e adolescentes dependentes de tecnologias em saúde numa unidade de terapia intensiva pediátrica.** Revista de Enfermagem Referência, v. 6, n. 2, supl. 1, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/30372>. Acesso em: 25 mai. 2023.

PEDRINO, Mariana Cristina; LOURENÇO, Gerusa Ferreira. **Atendimento educacional de crianças e adolescentes em condições complexas de saúde: uma revisão sistemática.** Revista Educação Especial, v. 32, p. 1-28, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X37493>. Acesso em: 27 mai. 2023.

PEREIRA, Marina Almeida *et al.* **Promoção de Qualidade de Vida para Pessoas com Deficiência: contribuições de um Projeto de Extensão em tempos de pandemia.** Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão, v. 5, n. 9, p. 86-100, 2021. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/conecte-se/article/view/24607> Acesso em 30 de maio de 2023.

RUTHERFORD, Marrion *et al.* **Visual supports at home and in the community for individuals with autism spectrum disorders: A scoping review.** Autism., n. 24, v. 2, p. 447-469, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1362361319871756>. Acesso em: 28 mai. 2023.

SANTOS, Cecilia Viana *et al.* **A inclusão escolar para pacientes com deficiência intelectual ou atraso cognitivo.** Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 9, p. 62931-62946, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-165> Acesso em 30 de maio de 2023.

SANTOS, Lairany Monteiro dos; TRACZINSKI, Juliana; RUOSO, Terimar. **Educação em saúde nas escolas durante a pandemia de COVID-19: A importância da prática da higienização das mãos.** Revista Brasileira de Extensão Universitária, v. 14, n. 1, p. 25-32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2023v14n1.13024>. Acesso em: 02 jun. 2023.

SILVA, Claudemir João da; ALVARENGA, Hugo Horta Tanizaka; SILVA, Rosa Maria Frugoli da. **Práticas interventivas facilitadoras do desenvolvimento cognitivo do deficiente intelectual.** Revista da Universidade Ibirapuera, n. 17, p. 64-72, 2019. Disponível em: <https://www.ibirapuera.br/seer/index.php/rev/article/view/181/163> Acesso em: 27 mai. 2023.

SILVA, Rubênia Paulo da *et al.* **Avaliação das estratégias de educação em saúde com adolescentes.** Revista de APS, v. 22, n. 2, p. 384-404, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16344>. Acesso em: 28 mai. 2023.

SILVEIRA, Andressa da; NEVES, Eliane Tatsch. **Cotidiano de cuidado de adolescentes com necessidades especiais de atenção à saúde.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 32, n. 3, p. 327-333, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900045>. Acesso em: 25 mai. 2023.

SULINO, Mariane Caetano *et al.* **Children and youth with special healthcare needs: (dis) continuity of care.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 30, e20190363, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0363> Acesso em: 30 mai. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child and adolescent health and development: progress report 2009: highlights.** France: 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44314>. Acesso em: 23 mai. 2023.

CAPÍTULO 17

DESAFIOS E REFLEXÃO A CERCA DA POBREZA MENSTRUAL DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Data de aceite: 03/07/2023

Luzia Jóice Sales Tolentino

Centro Universitário de Patos UNIFIP.
Itaporanga PB, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0072-5944>

Angéla Carolina Medeiros Alves Simões

Centro Universitário de Patos UNIFIP.
Patos PB
<https://orcid.org/0000-0002-5659-6718>

Isabela Glauciana Andrade Nascimento

Centro Universitário de Patos UNIFIP.
Jericó PB, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7509-1734>

Letícia Figueirêdo Medeiros

Centro Universitário de Patos UNIFIP.
Várzea, PB, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7944-5886>

RESUMO **Introdução:** O termo “moradores de rua” é designado para aqueles aos quais fazem da rua seu ambiente de morada. Em particular, a mulher moradora de rua, além das dificuldades relacionadas à moradia, precisa enfrentar os desafios vinculados à questão de gênero. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão literária cujo dados foram coletados através de artigos científicos pela plataforma Google Acadêmico e

Scientific Electronic Library (SciELO), no período de maio do ano de 2021. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos em qualquer língua, publicados nos últimos cinco anos, e que foram coerentes com o objetivo apresentado. E como critérios de exclusão: artigos publicados antes de 2015, e quem fugiam da temática. **Resultados e Discussão:** Por meio do levantamento desses estudos, é notório os obstáculos enfrentados pelas mulheres em situação de rua relacionados ao ciclo menstrual, onde dentre todos os artigos usados para a construção desse texto o mais relatado foi a falta de produtos como absorventes e tampões. **Conclusão:** Diante as informações apresentadas torna-se necessário conhecer a fundo as dificuldades apresentadas para a contribuição na implementação de políticas que venham a atender as necessidades e que a Política pública voltada para essa população seja atendida de forma efetiva.

PALAVRAS-CHAVE: menstruação; pessoas em situação de rua; saúde.

INTRODUÇÃO

O termo “moradores de rua” é designado para aqueles aos quais fazem da rua seu ambiente de morada.

(Faria, Margareth R. G. V. de et al. 2019). Em 23 de dezembro de 2009 o Ministério do Desenvolvimento Humano (MDH) intitulou esse público de “população em situação de rua” (PSR) através do Decreto nº 7.503, Parágrafo único, elaborando a Política Nacional Para População em Situação de Rua (PNPR) política essa, voltada para tal população que objetiva auxílio das três esferas governamentais (Federal, estadual e municipal) visando promover a garantia dos direitos e dignidade a essa população¹. Esses indivíduos que fazem parte da PSR estão a todo momento, sujeitos a uma vulnerabilidade heterogênea, apresentando diversas dificuldades e necessidades para o gerenciamento da vida.

Conhecer as dificuldades enfrentadas pela PSR é essencial para a colaboração na construção e implementação de políticas públicas que venham a atender as necessidades dessa população². Em particular, a mulher moradora de rua, além das dificuldades relacionadas à moradia, precisa enfrentar os desafios vinculados à questão de gênero, ou corpo a exemplo da menstruação. E apesar de pesquisas apontarem um público formado em sua maioria por homens, possuir características fisiológicas designadas femininas, pois é importante lembrar que nem toda mulher menstrua e nem toda pessoa que menstrua é mulher, já que há um grande número de transexuais nas ruas¹³, pode ser um desafio maior, tanto para questões de vulnerabilidade física quanto sócio-históricas⁵.

Pesquisas apontam que mulheres moradoras de rua tendem a ter mais problemas ginecológicos do que as que não são, e que em sua maioria foram decorrentes da menstruação¹³. Em consequência do má cuidado e falta de higienização, podendo haver uma diminuição da imunidade acarretando outra doenças ou facilitando a contração de outras principalmente em época de pandemia³. Correlacionando a COVID19 surge outra problemática, devido a pandemia a pobreza menstrual aumentou devido a paralização de projetos voltados para suprir necessidades de jovens vulneráveis, através da doação de recursos como absorventes, calcinhas⁶. Sendo assim essa pobreza menstrual não se limita apenas a falta de recursos para a obtenção de produtos para a higiene menstrual adequados, ela engloba um problema mundial de dificuldade ao acesso á água, saneamento básico e desigualdade social⁸.

Em 2014 a ONU reconheceu os direitos das mulheres à uma boa higiene menstrual, entrando na questão de saúde pública¹², entretanto os poucos estudos que analisam essa temática destacam principalmente a dificuldade ao acesso a produtos menstruais⁷, estigma menstrual¹⁰, capacidade de manter a higiene pessoal⁴ e desafios ginecológicos¹³. E um fato a ser destacado é que o absorvente é um item dado como luxo aqui no Brasil, e isso é visto através dos impostos que em média 25% do preço do produto sendo uma das maiores taxas do mundo, o tornando inacessível para grande parte das mulheres⁸, por conta disso o governo negligência a sua importância, já que é um produto indispensável pois é algo natural no corpo de quem possui o útero, isso é deixado claro em 2013 quando o governo concedeu a isenção de impostos para alguns produtos de higiene da cesta básica, como por exemplo, sabonete e pasta de dente, porém não de absorventes⁸.

Esse estudo tem o objetivo de analisar os desafios encontrados pela questão da pobreza menstrual em mulheres em situação de rua.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literária cujo dados foram coletados através de artigos científicos pela plataforma Google Acadêmico e Scientific Electronic Library (SciELO), no período de maio do ano de 2021. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos em qualquer língua, publicados nos últimos cinco anos, e que foram coerentes com o objetivo apresentado. E como critérios de exclusão: artigos publicados antes de 2015, e que fugiam da temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio do levantamento desses estudos, é notório os obstáculos enfrentados pelas mulheres em situação de rua relacionados ao ciclo menstrual, onde dentre todos os artigos usados para a construção desse texto o mais relatado foi a falta de produtos como absorventes e tampões¹¹. No Brasil estima-se que 23% das meninas entre 15 a 17 anos não tem condições financeiras para adquirir produtos seguros para usar durante seu ciclo menstrual⁸. Além dessa, outras dificuldades foram apresentadas em comum, como o acesso incerto ou o não acesso a lugares seguros, limpos e privados, dificuldades para ter higiene por conta da falta de banhos e locais para fazer a higienização das roupas íntimas, assim como um local para a troca de absorventes e dormir ao ar livre¹¹. O que acarreta na proliferação de fungos ou bactérias.

O uso de materiais não indicados, como papel, miolos de pão, plástico, ou até mesmo a reutilização do absorvente descartável também são fatores que ajudam nesse risco de infecção vaginal e urinária⁸.

Um fator presente nas mulheres de modo geral é o estigma menstrual, já que historicamente se tem uma imagem da mulher não condizente a realidade de muitas e tratando a menstruação como algo ruim ou nojento. Outro fato é a falta de informação e apoio do governo para com essas mulheres, que apesar de existir uma política específica com diretrizes, a teoria não é concretizada deixando a desejar em muitos aspectos afetando não só o físico como também o psíquico. Em geral a falta de apoio e informação por meio das esferas governamentais e até a própria sociedade afetam diretamente a saúde e bem-estar aumentando sua vulnerabilidade¹¹ às doenças, dessas mulheres que afinal também possuem direitos de cidadãs.

CONCLUSÃO

Diante as informações apresentadas torna-se necessário conhecer a fundo as dificuldades apresentadas para a implementação de políticas que venham a atender as necessidades e que a Política pública voltada para essa população seja atendida de forma efetiva, como também a realização de projetos que visam quebrar o tabu instalado na sociedade a cerca desse tema, e influenciar a nova geração a ter um novo olhar. É imprescindível que se torne uma questão de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília-DF: MS. p 16. doi: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
2. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de Vulnerabilidade e seus sentidos para as politicas publicas de saúde e assistência social. Cad. Saúde Pública. 2018;34(3):1-14 doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
3. Chavez D. Agua **Pública y Coronavirus Nubes Negras y Nuevas Oportunidades**. Publicado por: Municipal Services Project (Kingston), Transnational Institute (**Ámsterdam**) y Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Buenos Aires) 2020 Disponível em: <https://www.tni.org/es/agua-p%C3%BAblica-y-covid-19>
4. Durfor SL.. Personal Hygien Self-Management of Chronically Unsheltered Homeless Women. 2015. Disponível em: <https://dc.uwm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1875&context=etd&httpsredir=1&referer=>
5. Faria MRGV, Mendonça MRS, Frazão MRGV. Fatores Psicossociais de Mulheres em Situação de Rua. 2019. anais do i e do ii seminário de produção científica do curso de psicologia da unievangélica. doi: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/8139>
6. Furlaneto Audrey. Pandemia provocou aumento da pobreza menstrual no país. Jornal Extra, 2021. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/pandemia-provocou-aumento-da-pobreza-menstrual-no-pais-25019884.html>
7. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(7):1497-1504.doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>
8. Korui. Pobreza menstrual o que é e como combate-la? <https://korui.com.br/o-que-e-pobreza-menstrual-e-como-combater/> Disponível em: https://www.alwaysbrasil.com.br/pt-br/meninaajudamenina?gclid=EA1aIQobChMIq67YgprU8AlVioeRCh3nQw40EAAYASAAEgl8s_D_BwE
9. Kuhlmann S.A., et al., 2019. Unmet menstrual hygiene needs among low-income women. *Obstet. Gynecol.* 133 (2), 238–244. doi: 10.1097/AOG.0000000000003060
10. Mitchell et al., 2018 M.K. Mitchell, L.R. Ramsey, S. Nelson. 'The Body Image of Women at a Homeless Service Group', *Gender Issues*, Springer US (2018), pp. 38-51,

11. Redação Hypeness. O que é pobreza menstrual e como ela afeta mulheres em situação vulnerável 2021. Disponível em: <https://www.hypeness.com.br/2021/04/o-que-e-pobreza-menstrual-e-como-ela-afeta-mulheres-em-situacao-vulneravel/>

12. Sommer, Marni. Menstruation and homelessness: Challenges faced living in shelters and on the street in New York City. 2020-11. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPLACE.2020.102431>. Journal Title: Health & Place

13. Wenzel et al., 2019 'Homeless women ' s gynecological symptoms and use of medical care' J. Health Care Poor Underserved, 12 (3) (2019), pp. 323-341

CAPÍTULO 18

MANEJO DA ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Data de aceite: 03/07/2023

Neemias Leite Dos Santos

Colegiado do Curso de Enfermagem
Coordenação de TCC
Trabalho de Conclusão de Curso

Denis Albuquerque Silva Dias

Orientador: Prof. Me. Colegiado do Curso
de Enfermagem
Coordenação de TCC
Trabalho de Conclusão de Curso

Marlúcia Mendes Rocha

Co-orientador: Prof. Dr^a. Colegiado do
Curso de Enfermagem
Coordenação de TCC
Trabalho de Conclusão de Curso

RESUMO: O tema abordado vai tratar de um dos maiores problemas a nível cardiológico, tanto no Brasil quanto no mundo, dada a sua complexidade, muitos dos quadros evoluem para Unidade e Terapia Intensiva, demandando da equipe de enfermagem um cuidado maior, cuidados esses nas intervenções prestadas juntamente com as prescrições realizadas pelo profissional enfermeiro, dessa forma o artigo busca a reunião das intervenções bem como prescrições da enfermagem no qual são mais utilizados. **Materiais e Métodos:**

para construção do artigo, foram utilizados sites de referência cardiológica a nível nacional bem como revista eletrônicas, embasado pelo (NIC - Nursing Interventions Classification) e NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020, utilizando como metodologia a revisão literária de artigos de forma sistemática, respeitando um período de publicação de 5 anos ou menos, e em casos de literaturas publicadas de fora desse período, foi levada em consideração a atualização ou edições de ordem mais recentes. **Resultados:** a observação tabulada, mostra uma maior intervenção do profissional enfermeiro, mostrando uma demanda maior nas questões que envolvem assistência direta.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; cuidados; intervenções; ICC; UTI.

NURSING MANAGEMENT OF THE PATIENT WITH CONGESTIVE HEART FAILURE IN AN INTENSIVE CARE UNIT (ICU)

ABSTRACT: The subject is easily one of the biggest problems at the cardiological level, both in Brazil and in the world, given its complexity, many of the conditions evolve

to the Intensive Care Unit, requiring greater care from the nursing team, care that is provided in the interventions provided together with the prescriptions carried out by the professional nurse, in this way the article seeks to bring together the interventions as well as the nursing prescriptions in which they are most used. Materials and Methods: for the construction of the article, national cardiology reference sites were used, as well as an electronic journal, based on the (NIC - Nursing Interventions Classification) and NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020. using as a methodology the literary review of articles in a systematic way, respecting a publication period of 5 years or less, and in cases of literature published outside this period, the most recent update or editions were taken into account Results: the observation tabulated, shows greater intervention by professional nurses, showing a greater demand for issues involving direct assistance.

KEYWORDS: Nursing; care; interventions, CHF; ICU

1 | INTRODUÇÃO

Mesmo diante de um mundo com uma gama de informações à disposição, a área da saúde nos traz dados principalmente referentes aos processos de cuidados ainda muito dispersos, isso porque muitos casos demandam intervenções muitas das vezes específicas.

Neste contexto, a Insuficiência Cardíaca Congestiva - ICC traz consigo uma complexidade de intervenções que deverá ser realizada pelo enfermeiro, dessa forma se faz necessário uma reunião de cuidados a serem prestados a esses portadores, pois isso contribuirá não só para melhoria do cuidado, mas também para melhor realocar esse paciente para sua vida cotidiana.

Os cuidados prestados a pacientes portadores de (ICC), em unidade de terapia intensiva (UTI), são diversos, uma vez que esses pacientes se tornam dependentes de uma equipe multiprofissional para manutenção da sua saúde, compondo essa equipe, se faz presente o profissional enfermeiro, responsável direto por prestação de cuidados de forma mais incisiva.

Por se tratar de uma doença crônica, o seu agravo leva a consequências muitas das vezes irreversíveis, o tratamento dessa patologia, à medida que se agrava, traz altos custos no seu cuidado, sendo assim, a maior disponibilidade de informações que venham contribuir de forma significativa ao profissional na melhoria de sua assistência, torna-se importante não só para reabilitar esse paciente mas também nos custos de possíveis reinternações futuras, uma vez que o Sistema Único de Saúde - SUS é o responsável pela maioria dos atendimentos.

Nesse contexto, o objetivo geral visa a realização de uma investigação visando a identificação dos cuidados, intervenções e prescrições do profissional enfermeiro diante de pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva na unidade de terapia intensiva (UTI), por meio de análises sistemáticas da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem e Classificação das Intervenções de Enfermagem. Diante disso, o presente

artigo traz como objetivos específicos: Levantar dados dos cuidados da enfermagem prestados a portadores de ICC, em (UTI); Apontar as prescrições de enfermagem mais utilizadas pelos enfermeiros no âmbito da terapia intensiva e identificar as intervenções da enfermagem realizadas pelo enfermeiro a pacientes portadores de ICC em UTI.

Em um cenário onde a saúde do Brasil, em sua maioria esmagadora, é financiada por recursos públicos, compreendida como dever do estado pelo artigo 169 da Constituição Federal de 1988, a disponibilização de informações que visam melhorar o atendimento dos enfermeiros diante da temática proposta, se faz importante, isso porque cuidados, intervenções e prescrições realizadas de forma eficaz maximizam o atendimento, minimizam os erros e diminuem gastos públicos com paciente, uma vez que a terapêutica bem aplicada, reduz tempo de internações e aumenta o bem-estar dos pacientes em um contexto de alta hospitalar .

No referente às questões epidemiológicas, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, são notórias as grandes taxas de portadores de ICC, fazendo com que se torne um dos maiores problemas de saúde, tanto em países ricos quantos emergentes, no qual o Brasil está classificado.

Insuficiência cardíaca (IC) é uma das principais causas de mortalidade e morbidade no mundo, e está associada ao alto uso de recursos e custos com saúde. No Brasil, a prevalência de IC é de aproximadamente 2 milhões de pacientes, e sua incidência é de aproximadamente 240.000 novos casos por ano. (CESTAR, VIRNA et al 2022).

Uma vez que se trata de um problema que afeta a vida de muitos cidadãos em diversos aspectos da sociedade, é observável junto a isso as altas taxas de mortalidade e morbidade.

Esse artigo tem como metodologia a revisão bibliográfica, de caráter qualitativo, usando como fonte artigos Nanda e Nic, Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem e Classificação das Intervenções de Enfermagem.

2 I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A UTI é um setor especializado de um hospital, no qual é dedicado aos cuidados de pacientes em estado grave. Esses pacientes frequentemente apresentam condições médicas complexas e instáveis, exigindo assim, monitoramento contínuo, suporte vital avançado e intervenções rápidas, nesse caso, o enfermeiro desempenha um papel fundamental nesse ambiente, trabalhando em equipe com médicos, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde.

O trabalho em Unidade de Tratamento Intensivo (U.T.I) é complexo e intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento, atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil. Desta forma, pode-se supor que o enfermeiro

desempenha importante papel no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva.
(VARGAS; BRAGA [s.l: s.n.])

Existe uma complexidade associada a uma intensidade do trabalho em uma (UTI) que destaca a importância do enfermeiro nesse ambiente. Na UTI, o enfermeiro precisa estar preparado para atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, ou seja, modificações no fluxo sanguíneo e na circulação do corpo, que requerem conhecimento específico e habilidade para tomar decisões rápidas e implementá-las de forma eficiente.

O enfermeiro da UTI deve ter um conhecimento aprofundado sobre processos fisiológico, farmacologia, procedimentos que envolvam tecnologias específicas da área da área da saúde bem como habilidades de avaliação clínica e tomada de decisão.

Pode-se dizer que o conhecimento necessário para um enfermeiro de UTI vai desde a administração e efeito das drogas até o funcionamento e adequação de aparelhos, atividades estas que integram as atividades rotineiras de um enfermeiro desta unidade e deve ser por ele dominado. (VARGAS; BRAGA [s.l: s.n.])

Além disso, o enfermeiro da UTI precisa ser capaz de lidar com situações de emergência, como paradas cardiorrespiratórias, hemorragias ou insuficiência respiratória aguda. Ele deve ser ágil, resiliente e capaz de trabalhar sob pressão, pois a vida dos pacientes pode depender de suas habilidades e ações rápidas.

Em resumo, o trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensivo é desafiador, exigindo do profissional um conhecimento especializado, habilidades técnicas científicas avançadas e capacidade de tomada de decisões rápidas. Sua presença e atuação desempenham um papel crucial na equipe multidisciplinar, visando a melhor assistência possível na recuperação dos pacientes em estado que se encontram em estado crítico.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, a prescrição de enfermagem é o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

A prescrição de enfermagem é uma atividade de vital importância na prática clínica da enfermagem, envolvendo o estabelecimento de planos de cuidados individuais para o paciente, com base na clínica apresentada e nas necessidades específicas de cuidados. A prescrição de enfermagem é uma responsabilidade legal do profissional enfermeiro, e é uma parte fundamental do papel do enfermeiro como membro da equipe de saúde.

A prescrição de enfermagem é uma responsabilidade legal e ética atribuída aos enfermeiros, que possuem competência e conhecimento para realizar essa atividade. É importante destacar que a prescrição de enfermagem não se refere à prescrição de medicamentos, mas sim às intervenções e procedimentos de enfermagem necessários para atender às necessidades do paciente.

De acordo com o COFEN, a prescrição de enfermagem é definida como o conjunto de

medidas decididas pelo enfermeiro, com o objetivo de direcionar e coordenar a assistência de enfermagem de forma individualizada e contínua ao paciente. Essa prática tem como finalidade a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde do indivíduo.

A prescrição de enfermagem é uma responsabilidade atribuída ao enfermeiro, respaldada por sua competência técnica, científica e ética. Ao realizar a prescrição, o enfermeiro avalia as necessidades do paciente, considerando fatores como seu estado de saúde, diagnósticos de enfermagem, histórico clínico, características individuais e preferências.

Abrange uma ampla gama de intervenções que visam atender às necessidades específicas do paciente. Isso pode incluir cuidados diretos, como administração de medicamentos, curativos, monitoramento de sinais vitais, mobilização, orientação ao paciente e sua família, educação em saúde, manejo da dor, entre outros.

Cada paciente é único, com necessidades e circunstâncias específicas, e o enfermeiro considera esses aspectos ao estabelecer um plano de cuidados personalizado. A prescrição é considerar às características e preferências apresentadas pelos pacientes, bem como ao seu contexto sociocultural e emocional.

Além disso, a prescrição de enfermagem é contínua, o que significa que é regularmente revisada e atualizada à medida que a condição do paciente é agravada.

O profissional monitora os resultados das intervenções que foram prescritas, avaliando a eficácia das ações implementadas fazendo assim ajustes necessários para garantir a efetividade e segurança do cuidado prestado.

O paciente deve participar ativamente de seus cuidados, questionando e interagindo com a equipe, acerca do seu histórico médico. Além disso, estar em um ambiente em que paciente e familiares sejam ativos na busca de segurança e promoção de saúde, gera motivação e bem estar com o cuidado prestado. (VIGILÂNCIA SANITÁRIA, [s.l: s.n.].)

A prescrição de enfermagem desempenha um papel vital na promoção da saúde dos pacientes. Ela contribui para a prevenção de complicações, a recuperação mais rápida e eficiente. É importante destacar que a prescrição vai ocorrer em um contexto de trabalho em equipe, com o profissional enfermeiro colaborando com outros profissionais de saúde. A comunicação efetiva e assertiva coordenada entre os membros da equipe são essenciais para garantia da integração dos cuidados prestados e a obtenção da melhora do paciente.

Em resumo, a prescrição de enfermagem é um conjunto de medidas tomadas pelo enfermeiro, com o objetivo principal de direcionar a assistência de enfermagem de forma individualizada e constante. Abrangendo assim, intervenções que visam prevenir, promover, proteger o indivíduo. A prescrição de enfermagem é uma responsabilidade legal do profissional enfermeiro que desempenha um papel crucial na promoção da qualidade e segurança prestada.

Diagnóstico de Enfermagem: é uma etapa essencial do processo de enfermagem, em que o enfermeiro analisa os dados coletados durante o histórico e exame físico do paciente. Essa análise permite identificar os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do indivíduo, bem como fazer um julgamento clínico sobre as respostas do paciente, sua família e comunidade aos problemas e processos de vida vigentes ou potenciais.

Após a coleta dos dados, o enfermeiro utiliza seu conhecimento direcionado a habilidades clínicas para interpretar as informações e compreender a situação do paciente de forma geral com o objetivo de identificar as respostas individuais do paciente às alterações em sua saúde, bem como as influências do ambiente físico, psicossocial e cultural.

Os problemas de enfermagem encontrados no diagnóstico podem estar relacionados, muitas das vezes, a necessidades básicas que foram afetadas tais como alimentação, eliminação, repouso, mobilidade, segurança, entre outras. Também é avaliado o grau de dependência do paciente em relação a essas necessidades, considerando seu nível de autonomia e capacidade de autocuidado, trazendo uma noção do quadro e podendo nortear suas intervenções.

Além disso, o profissional avalia as respostas do paciente, histórico familiar. Isso inclui analisar as estratégias de enfrentamento adotadas, os recursos disponíveis. Essa análise permite ao enfermeiro entender o impacto dos problemas de saúde na vida do paciente e planejar intervenções de enfermagem adequadas.

O diagnóstico de enfermagem é de fundamental importância em taxonomias reconhecidas, tais como a Taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I), que fornece uma linguagem padronizada para descrever da melhor forma possível os problemas de enfermagem. Essa padronização facilita a comunicação entre os profissionais de saúde, minimiza erros, e promove a compreensão mútua e o planejamento assertivo dos cuidados.

É importante ressaltar que o diagnóstico de enfermagem não é um diagnóstico médico, mas sim uma análise às alterações do quadro do paciente. Ele complementa o diagnóstico médico contribuindo assim para uma abordagem abrangente integrando os cuidados pesados

Em resumo, o diagnóstico do enfermeiro é uma etapa crítica do processo de enfermagem, em que o enfermeiro analisa os dados até então coletados, identifica problemas que caibam à enfermagem, como necessidades básicas que afetam em determinado grau a dependência do paciente. Esse processo envolve um julgamento clínico contribui de forma significativa para um planejamento de cuidados individualizados e eficazes, visando a promoção da saúde e o bem-estar do paciente.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

O artigo tem caráter qualitativo, abordando prescrições e intervenções, usando como instrumento de pesquisa *google* acadêmico, restrinindo a dados atualizados, bem como arquivos digitais como Nanda e Nic, Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem e Classificação das Intervenções de Enfermagem,

A população adulta foi escolhida como público alvo, uma vez que existe uma alta taxa de portadores de insuficiência cardíaca que acabam evoluindo para quadros que dependem de suporte da UTI.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da proposta desse artigo, e por meio do levantamento de dados, foram identificados os mais comuns diagnósticos de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que melhor atende portadores de insuficiência cardíaca (ICC).

Sendo assim, para uma melhor compreensão, foi montada uma tabela (Diagnóstico de Enfermagem), onde conta com a prescrição de enfermagem propriamente dita, justificativa do uso desse tipo de intervenção para melhor embasamento técnico científico.

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM | JUSTIFICATIVA | LITERATURA |
|---|---|---|
| <i>Déficit</i> no autocuidado caracterizado por capacidade prejudicada manuseio do cuidado relacionado a desconforto, dor e fadiga. | Incapacidade causada pela patologia | NANDA NANDA International. (2018). Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020 |
| Síndrome do idoso frágil caracterizado por débito cardíaco diminuído relacionado intolerância à atividade e mobilidade prejudicada. | diminuição da tolerância atividades causadas por letargia. | NANDA NANDA International. (2018). Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020. |
| Volume de líquidos excessivo caracterizado por anasarca relacionado a eliminações prejudicadas. | Em quadros graves pacientes apresentam anasarca por comprometimento hepático/renal. | NANDA/NIC NANDA International. (2018). Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020. (NIC - Nursing Interventions Classification) Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Troca de gases prejudicada caracterizada por dificuldade ventilatória relacionado desequilíbrio na relação ventilação-perfusão | Uma evolução das evoluções em casos graves é edema pulmonar | NANDA NANDA International. (2018). Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020. (NIC - Nursing Interventions Classification) Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |

| | | |
|---|---|--|
| Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico relacionado à sobrecarga patológica | Comprometimento circulatório. | NANDA/NIC NANDA International. (2018). Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020. (NIC - Nursing Interventions Classification) Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora. |
| Risco de função hepática prejudicada relacionado a congestão hepática | Um dos agravos da ICC é congestionamento de órgão | NANDA/NIC NANDA International. (2018). Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020. (NIC - Nursing Interventions Classification) Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Fadiga caracterizado por letargia relacionado a falta de condicionamento físico, estressores. | Comprometimento cardíaco diminui oxigenação causando fadiga | NANDA NANDA International. (2018). Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020. |
| Débito cardíaco diminuído caracterizado por alterações hemodinâmica relacionado a Fração de ejeção diminuída e Índice de volume sistólico (IVS) diminuído | Condição primária a ICC | NANDA NANDA International. (2018). Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020. |
| Padrão respiratório ineficaz caracterizado por diminuição da capacidade expiratória | Mudança no padrão respiratório causada por agravos pulmonares | NANDA NANDA International. (2018). Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020. |

TABELA 01 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Com base na tabela 01, podemos observar diferentes problemas de saúde e condições que afetam os pacientes portadores de ICC, demandando assim maiores cuidados e consequentemente maior atenção do enfermeiro.

Os diagnósticos listados mostram um grau de dependência grande do paciente na UTI, isso se dá pelo fato de que o quadro de saúde desses pacientes encontra-se em estado delicado, principalmente por estar em constante instabilidade hemodinâmica.

A instabilidade hemodinâmica gera uma atenção maior e consequentemente a construção de diagnósticos de enfermagem mais precisos, de forma geral gerando diagnósticos mais comuns nesses quadros.

Quando um paciente apresenta esse tipo de instabilidade, é crucial que a equipe de enfermagem esteja atenta e pronta para fornecer cuidados intensivos e contínuos. Nesse contexto, a construção de diagnósticos de enfermagem mais precisos é essencial para direcionar a assistência de forma adequada e individualizada.

Outra ferramenta de trabalho do profissional enfermeiro é o (Nic) Nursing Interventions Classification, que irá nortear de forma sistemática as intervenções de enfermagem, uma

vez que tal ferramenta traz consigo as intervenções essencial para cada caso. No caso estudado, foram tabeladas as de uso principais em casos de ICC em Unidades de Terapia Intensiva, como mostra a tabela 02 – Intervenções de Enfermagem.

| INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | JUISTIFICATIVA | LITERATURA |
|---|--|---|
| Assistência no autocuidado/banho e higiene | A insuficiência pode levar a um quadro clínico delicado fazendo com que dependa de uma atenção maior da equipe de enfermagem em atividades consideradas simples no dia a dia | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Cuidados com pele | | |
| Prevenção de úlcera por pressão | | |
| Solicitação de avaliação fisioterapêuticas mediante protocolo da unidade. | Contribuição na mobilidade e prevalência de tônus muscular | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Controle hídrico | Propensão a desequilíbrio metabólico gera atenção maior a controle hídrico e nutricional | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Controle nutricional | | |
| Pesar diariamente e monitorar tendências. | Controle de eliminações fisiológicas. | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Manter registro preciso da ingestão e eliminação. | Controle de líquidos uma vez que o paciente pode evoluir com anasarca | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Monitorar o estado de hidratação. | Em quadros onde o paciente receba muito líquido pode levar a anasarca | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Monitorar resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos | Controle de valores dentro da referência | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Monitorar a condição hemodinâmica | Paciente suscetível a desequilíbrio hemodinâmico | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Monitorar a reação do paciente à terapia eletrolítica prescrita | Susceptível a anasarca | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |

| | | |
|--|---|---|
| Monitoração de sinais vitais | Instabilidade hemodinâmica requer controle constante de sinais vitais. | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Assistência ventilatória | Evolução de caso no qual necessite de intubação | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Posicionar o paciente visando minimizar esforços respiratórios | Em casos de edema de pulmão, posicionar | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Monitorar a ocorrência de fadiga dos músculos respiratórios | Casos de evolução de edema pulmonar | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Sondagem vesical | Portadores de ICC na UTI podem evoluir para quadros comatosos, podendo necessitar de SVD. | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |
| Aspiração de vias aéreas | Em casos de uso de TOT | NIC Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2018). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Artmed Editora |

TABELA 02 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Com base na tabela 02, podemos concluir que as intervenções vão desde a mais simples até as mais invasivas, um exemplo é o autocuidado adequado, especialmente em relação ao banho e higiene, levado a um quadro clínico delicado por conta de sua patologia, exigindo maior atenção da equipe de enfermagem. Mesmo atividades consideradas simples no dia a dia podem se tornar desafiadoras para pacientes com insuficiência e dependência.

Outro ponto observado é o controle rigoroso dos feitos pelos enfermeiros por meio das intervenções, isso se dá pelo delicado quadro que muitos pacientes se encontram.

No caso de pacientes que necessitam de assistência mais invasiva, o profissional enfermeiro também se faz presente, laçando mão das principais intervenções descritas no Nursing Interventions Classification, e tabelas nesse artigo.

Pode se concluir nas intervenções a importância da assistência de enfermagem especializada e contínua para garantindo a segurança e o bem-estar dos pacientes, principalmente nas condições clínicas consideradas mais complexas.

5 | CONCLUSÃO

Podemos finalizar afirmando que o profissional enfermeiro é uma peça fundamental tanto no cuidado quanto na parte burocrática como a documentação adequada dos cuidados até então prestados, registrando informações relevantes e gerando coordenação da equipe de enfermagem sendo responsáveis por garantir que todos os aspectos do cuidado sejam devidamente registrados e comunicados aos outros membros da equipe de saúde, ao paciente em específico na Unidade de Terapia Intensiva que demanda além de cuidados à saúde o cuidado na andamento do processo de internação.

A equipe de enfermagem de forma geral desempenha muitos papéis vitais, porém em âmbito da UTI, ressalta-se os cuidados diretos, como a monitorização, prevenção e intervenção em complicações potenciais, visando proporcionar cuidados individualizados e de qualidade aos pacientes.

Os enfermeiros são responsáveis pela monitorização contínua dos pacientes, estando atentos a qualquer alteração em seu estado de saúde e tomando medidas rápidas prevenindo assim complicações. Também desempenham um papel essencial, no manejo de equipamentos médicos e no suporte necessário ao paciente

Portanto, podemos concluir que o profissional enfermeiro é uma peça fundamental na equipe de saúde, desempenhando um papel crucial na assistência aos pacientes, especialmente na UTI. Sua participação ativa nos cuidados, proporciona um atendimento individualizado e de alta qualidade aos pacientes em estado crítico.

REFERÊNCIAS

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, **RESOLUÇÃO COFEN-272/2002 – Revogada pela Resolução cofen no 358/2009**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-272/2002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-358/2009_4309.html#~:text=Prescri%C3%A7%C3%A3o%20de%20Enfermagem%3A%20%C3%89%20o>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL, Vigilância Sanitária **Segurança do Paciente** <<https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-sanitaria/seguranca-do-paciente/>> Acesso em: 20 mar. 2023.

BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K., DOCHTERMAN, J.M., & WAGNER, C. (2018). (NIC - Nursing Interventions Classification): **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Artmed Editora.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa; GARCES, Thiago Santos; SOUSA, George Jó Bezerra; et al. Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2021. Disponível em: <[https://www.scielo.br/j/abc/a/xWDCdBYMxQRMVfLYdcB4gGq/abstract/?format=html&lang=pt#:~:text=Insufici%C3%A3o%20card%C3%A3o%20\(1C\)%20%C3%A9%20uma,240.000%20novos%20casos%20por%20ano.](https://www.scielo.br/j/abc/a/xWDCdBYMxQRMVfLYdcB4gGq/abstract/?format=html&lang=pt#:~:text=Insufici%C3%A3o%20card%C3%A3o%20(1C)%20%C3%A9%20uma,240.000%20novos%20casos%20por%20ano.)>. Acesso em: 20 abr. 2023.

VARGAS, D.; BRAGA, A. **O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo:** Refletindo sobre seu Papel. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

DIMAVE Débito cardíaco: entenda como é feita a mensuração! Disponível em: <<https://dimave.com.br/debito-cardiaco/>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

NANDA International. (2021). **Nursing Diagnoses:** Definitions and Classification 2021-2023. Oxford, UK: Wiley Blackwell.

CAPÍTULO 19

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

Data de submissão: 15/06/2023

Data de aceite: 03/07/2023

Dandara Novakowski Spigolon

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0000-0002-9615-4420>

Lara Novakowski Spigolon

Centro Universitário Ingá
Maringá – PR

<https://orcid.org/0009-0003-6131-8215>

Ginaldo Carlos Balbo Filho

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0009-0009-9843-9436>

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0000-0001-9469-4872>

Vinícius Luís da Silva

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0000-0001-6228-8124>

Heloá Costa Borim Christinelli

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0000-0003-0772-4194>

Edilaine Maran Garcia

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0000-0001-6085-2692>

Eduardo Rocha Covre

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0000-0001-7338-121X>

Rebeca Rosa de Souza

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0000-0001-6501-3249>

Maria Luiza Costa Borim

Universidade Estadual de Maringá
Maringá – PR

<https://orcid.org/0000-0002-9523-4218>

Maria Antonia Ramos Costa

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0000-0001-6906-5396>

Elen Ferraz Teston

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

<https://orcid.org/0000-0001-6835-0574>

Kely Paviani Stevanato

Universidade Estadual do Paraná
Paranavaí – PR

<https://orcid.org/0000-0003-1872-8246>

RESUMO: Este estudo teve como objetivo elaborar um instrumento que contempla um plano de cuidados de enfermagem aos pacientes em hemodiálise. Trata-se de um estudo do tipo metodológico pautado no processo de enfermagem. A partir dos 17 diagnósticos de enfermagem pré-estabelecidos, foram estruturados 100 resultados esperados/alcançados e 34 intervenções baseadas na classificação dos resultados de enfermagem e na classificação das intervenções de enfermagem respectivamente. Foi elaborado um instrumento para o plano de cuidados aos portadores de doença renal crônica em hemodiálise, com elementos direcionados a modificação de comportamento e estilo de vida, educação em saúde, conhecimento sobre a doença, regime de tratamento, e redução dos riscos e complicações. Conclui-se que este instrumento é uma ferramenta de gestão de cuidado que favorece a prática da enfermagem menos intuitiva, direcionada em evidências científicas para a promoção e restabelecimento da saúde de pacientes em hemodiálise.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de Enfermagem. Diálise Renal. Planejamento de Assistência ao Paciente. Processos de Enfermagem.

NURSING CARE PLAN FOR PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDER HEMODIALYSIS

ABSTRACT: This study aimed to develop an instrument that includes a nursing care plan for patients on hemodialysis. This is a methodological study based on the nursing process. Based on the 17 pre-established nursing diagnoses, 100 expected/achieved results and 34 interventions were structured based on the classification of nursing outcomes and the classification of nursing interventions, respectively. An instrument was developed for the care plan for patients with chronic kidney disease on hemodialysis, with elements aimed at modifying behavior and lifestyle, health education, knowledge about the disease, treatment regimen, and reduction of risks and complications. It is concluded that this instrument is a care management tool that favors the less intuitive nursing practice, guided by scientific evidence for the promotion and restoration of the health of patients on hemodialysis.

KEYWORDS: Nursing Diagnosis. Renal Dialysis. Patient Care Planning. Nursing Processes.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se por lesão ou perda progressiva e irreversível da função dos rins. Os produtos metabólicos que deveriam ser excretados do organismo passam a se acumular na circulação sanguínea, provocando um desequilíbrio bioquímico que altera o funcionamento de diversos sistemas corpóreos (DAUGIRDAS; BLAKE, 2013).

A perda da função renal pode ser causada principalmente por complicações da diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e fatores genéticos. Quando o tratamento conservador não é suficiente para manter o padrão de saúde adequado para a vida do indivíduo e a doença progride para uma taxa de filtração glomerular <15 mL/min/1,73m² (estágio 5 dialítico) inicia-se o tratamento com a terapia de substituição renal (TSR). Entre os principais métodos de TSR estão o transplante renal, diálise peritoneal e

a hemodiálise (HD), sendo este o método mais utilizado no Brasil (SESSO et al., 2016; INKER et al., 2014).

A HD caracteriza-se por fazer o processo de depuração no sangue através de aparelhos com um filtro artificial, por meio de um acesso vascular temporário ou permanente que direciona o sangue do paciente até a máquina para a realização da dialise (DAUGIRDAS; BLAKE, 2013). O tratamento hemodialítico envolve aspectos que interferem na rotina e nos cuidados de saúde do indivíduo, e por isso informações que venham a agregar benefícios e eficiência do cuidado e do tratamento fornecido pela equipe de enfermagem são necessárias, pois sua atuação é constante no acompanhamento destes indivíduos (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2015).

No decorrer do tratamento de indivíduos em HD, a mudança nos hábitos alimentares é comum e isso pode ocasionar alterações emocionais, sociais, clínicas e físicas, resultantes da própria doença e de seu tratamento (SPIGOLON et al., 2016). Desse modo, é fundamental que a enfermagem identifique as necessidades humanas básicas, os problemas reais e potenciais, a fim de prestar assistência individualizada, facilitar o manejo da doença e melhorar os resultados de saúde do portador de DRC.

Para a assistência individualizada e humanizada ao paciente, é essencial que a enfermagem implemente a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de modo deliberado na resolução dos problemas. Neste sentido, o Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta que auxilia na implementação da SAE, pois é considerado um instrumento metodológico que direciona de forma organizada o cuidado e a documentação da prática profissional, por meio do raciocínio crítico e científico dos enfermeiros (ALFARO-LEFEVRE, 2014; BRASIL, 2009; CHEEVER; HINKLE, 2017).

A prática baseada em evidências é um requisito essencial para o exercício de enfermagem, e para mensurar e identificar as alterações no estado de saúde, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados é preciso um raciocínio lógico e científico. Para isto, existe como suporte teórico uma linguagem padronizada e comum no planejamento dos cuidados, como por exemplo, NANDA Internacional (NANDA-I) (NANDA INTERNATIONAL; 2015), NIC *Nursing Interventions Classification* (NIC) (BULECHEK et al., 2016) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (MOORHEAD et al., 2016), esta combinação é complementar e conectada entre si.

A NANDA – I é a classificação dos diagnósticos de enfermagem (DE) que por meio da interpretação de dados e julgamento clínico, se baseiam nos padrões de respostas humanas diante a fatores potenciais de riscos associados ou real problema de saúde, direcionando o planejamento de cuidados de enfermagem (NANDA INTERNATIONAL; 2015). Já a NIC é uma classificação das intervenções de enfermagem útil para o planejamento do cuidado, definido como qualquer tratamento, com base no julgamento e no conhecimento clínico, realizado por enfermeiros para melhorar os resultados do paciente (BULECHEK et al., 2016). Por sua vez, a NOC fornece uma linguagem para identificação de resultados e

etapas de avaliação do PE, é definido como um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, da família ou comunidade, que é medido ao longo de um *continuum* na resposta a uma intervenção de enfermagem. Ao mensurar previamente o resultado selecionado é estabelecido um escore basal, e a partir disso, é possível classificar o resultado obtido após a intervenção de enfermagem bem como acompanhar as alterações e manutenção do estado de saúde do indivíduo (MOORHEAD et al., 2016).

Embora as etapas do PE possam ser colocadas de diversas maneiras pelos diferentes autores, o importante é que o PE seja sistematizado e baseado num suporte teórico que requer considerações éticas e um pensamento crítico que oriente a assistência de enfermagem (CHEEVER; HINKLE, 2017; BULECHEK et al., 2016; TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Atinente a isto, o planejamento de enfermagem ao portador de DRC em tratamento HD, poderá ser estruturado com ações direcionadas as respostas humanas destes indivíduos, que poderão ser implementadas e darão suporte científico ao plano de cuidados de enfermagem e melhores resultados de saúde a esta população. A partir disso, este estudo objetiva elaborar um instrumento que contempla um plano de cuidados de enfermagem aos pacientes em HD.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo metodológico (TOBAR; YALOUR, 2001), pautado no PE (BRASIL, 2009). O objeto do estudo em questão é a elaboração de um instrumento para o planejamento de enfermagem nos cuidados de pacientes em HD, com esta perspectiva utilizou-se como referencial teórico o PE (BRASIL, 2009).

O desenvolvimento da primeira e da segunda etapa do PE (BRASIL, 2009), ou seja, do Histórico e Diagnóstico de Enfermagem (DE) foram elaborados e divulgados em estudo anterior (SPIGOLON et al., 2018). Assim, a partir dos 17 DE definidos, foram identificados os possíveis resultados esperados/alcançados de enfermagem por meio da NOC que representa a Classificação dos Resultados de Enfermagem (MOORHEAD et al., 2016), e as possíveis intervenções de enfermagem por meio da NIC (BULECHEK et al., 2016), que representa as Classificações das Intervenções de Enfermagem.

A seleção dos resultados esperados/alcançados e intervenções necessárias para a fase do Planejamento na terceira etapa do PE, se deram por meio do cruzamento dos dados de cada literatura com os DE já estabelecidos. Para os resultados esperados e as intervenções de enfermagem repetidas, foram priorizados de acordo com os DE relevantes com maior porcentual na definição final, e para os critérios de desempate considerou-se as características definidoras e seus fatores relacionados/riscos.

Vale ressaltar que abordagem analítica foi embasada nas literaturas complementares nacionais e internacionais, que caracterizavam os resultados esperados/alcançados e as

intervenções de enfermagem direcionados às pessoas que fazem HD.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, sob o parecer número 1.624.927 no ano de 2016.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi elaborado e estruturado um instrumento de plano de cuidados de enfermagem (APÊNDICE A), que poderá ser utilizado como um referencial metodológico e/ou de auxílio à coleta de dados dos enfermeiros, e assim subsidiá-los nas tomadas de decisões durante os cuidados de enfermagem prestados aos portadores de DRC em HD.

A partir dos 17 DE e por meio das características definidoras e seus fatores relacionados/risco selecionados (SPIGOLON et al., 2018), foi possível levantar 100 possíveis resultados esperados/alcançados e 34 intervenções de enfermagem.

Os DE foram organizados em ordem alfabética para facilitar a utilização do plano de cuidados, e assim os DE foram dispostos na primeira coluna do instrumento, os resultados esperados/alcançados de enfermagem na segunda e as intervenções de enfermagem na terceira respectivamente, de forma que ficassem posicionados de acordo com o raciocínio dos cuidados de enfermagem planejados para cada DE.

Os resultados esperados/alcançados, podem ser utilizados de acordo com os indicadores dispostos no NOC (MOORHEAD et al., 2016), tendo em vista que os resultados refletem em estados, comportamentos ou percepções, são necessários caracterizar diferentes escalas de mensuração (grau de comprometimento, extensão do desvio de uma norma ou padrão, grau de suficiência em quantidade ou qualidade para atingir um estado, número de ocorrências, variação na qual uma entidade se estende, frequência ou característica de uma percepção afirmativa ou de aceitação, grau de intensidade, frequência de esclarecimento por meio de relato ou comportamento, extensão de uma resposta ou estado negativo ou adverso, e grau de informação cognitiva que é entendida) para que se encaixem no foco do resultado desejado (MOORHEAD et al., 2016), e assim mensura-se os valores de 1 a 5, e/ou não aplicável (NA) (o índice “1” na escala de 5 pontos é “menos desejável” e o índice “5” é o mais desejável na condição do paciente) conforme a característica já estabelecida na literatura. O instrumento elaborado permite que os valores esperados deverão ser sejam incluídos, e após as intervenções de enfermagem deve-se inserir os valores alcançados dentro das metas (em dias) estabelecidas para o cuidado desejado, assim proporcionando avaliação reflexiva dos resultados de saúde do indivíduo.

Para as intervenções de enfermagem, foi estruturado verbos optativos, que referenciam a ação requerida pelos enfermeiros, como: Avaliar, Monitorar, Orientar, Realizar e Subsidiar, para facilitar o processo, com as respectivas siglas iniciais para seleção. Logo, os termos relacionados permitem que o instrumento elaborado possa auxiliar a decisão dos enfermeiros na assistência prestada a estes indivíduos.

Quanto aos elementos relacionados aos cuidados de enfermagem contidos no instrumento, observou-se neste estudo que os dados analisados estão relacionados aos comportamentos de saúde do renal crônico, estilo de vida, conhecimento sobre a doença crônica, regime terapêutico e condições clínicas.

Estudo realizado em uma clínica de terapia renal substitutiva no Brasil, abordou a compreensão sobre o modo de vida e regime de tratamento dos renais crônicos em HD, que requer uma observação reflexiva pelo enfermeiro sobre os comportamentos, enfrentamentos e adaptação destes indivíduos, para minimizar dificuldades e fragilidades que possam existir na abordagem profissional do enfermeiro, obtendo intervenções mais precisas no cuidado de enfermagem (TORCHI et al., 2014).

Outro estudo desenvolvido no Brasil com o objetivo de conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, revelou que são necessários esforços para administrar e regular o impacto emocional da doença. Destarte, é importante que o enfermeiro ofereça apoio adequado, auxilie os indivíduos nas suas experiências de vida e criem estratégias em face da doença, no intuito de prevenir atitudes negativas que possam interferir nos resultados de saúde (SILVA et al., 2016).

Na perspectiva da prática de enfermagem baseada em evidências, a elaboração de um plano de cuidados às pessoas em HD, pode favorecer intervenções voltadas ao comportamento de saúde e estilo de vida, como ações direcionadas a manutenção ou recuperação do estado nutricional para prevenção ou redução da toxicidade urêmica. Apesar da disposição de nutrição melhorada ser um DE prevalente neste estudo outra pesquisa (NERBASS et al., 2017) mostrou preocupação em relação ao quadro nutricional, pois isso porque os pacientes em HD tiveram dificuldades no controle da ingestão dietética, hidrática e dos marcadores séricos. Esses dados reforçam a necessidade de educação contínua e de intervenções comportamentais para melhorar a adesão dos pacientes aos hábitos alimentares adequados, e ao controle dos parâmetros clínicos que influenciam sua qualidade de vida (NERBASS et al., 2017).

Ainda relacionado as intervenções voltadas ao comportamento de saúde, a atividade física, também é um fator comportamental determinante no estilo de vida, e aponta-se como fator benéfico quando implementada apresenta a melhora da tolerância da atividade destes indivíduos para melhor qualidade de vida (KIRCHNER et al., 2011).

Para que ocorram mudanças positivas no comportamento e estilo de vida dos pacientes é importante considerar a educação em saúde no processo de cuidado. A educação em saúde contribui na capacidade dos indivíduos e de suas famílias se adaptarem à condição crônica, ao tratamento, e ao conhecimento adequado durante a trajetória da HD. Um estudo (ARAÚJO et al., 2016) verificou que estes pacientes possuem uma diversidade de atribuições, conceitos, e adjetivos prévios com determinado grau de entendimento ou nenhum sobre DRC, e por isso que a educação em saúde atrelada a

outras estratégias de cuidado promove mudança de comportamento e manejo eficaz da doença (ARAÚJO et al., 2016).

No presente estudo, destacou-se que os itens elencados no plano de cuidados referente à promoção da saúde e prevenções de riscos e complicações foram norteados pela condição clínica e de vida destes indivíduos, haja vista, que uma boa parte dos DE estão voltados aos riscos potenciais relacionados a condição clínica. Resultados análogos foram observados em estudo que apresenta a necessidade de um plano de cuidados para prevenção das complicações da doença renal, compreendendo que os pacientes pertencem a um grupo de risco vulnerável e que necessitam de avaliação constante para o controle e tratamento terapêutico (TORCHI et al., 2014).

No sentido de assistir um grupo de indivíduos vulneráveis em HD, os autores deste estudo pactuam em recomendar o cuidado de enfermagem de modo sistematizado, e voltado para as necessidades específicas da condição de saúde do paciente renal crônico, isso porque a assistência estruturada associada ao dinamismo do trabalho dos profissionais de saúde poderá harmonizar uma linguagem comum entre a equipe de enfermagem, e estará em consonância com o cuidado menos empírico e mais científico.

Estudos nacionais sobre elaboração e validação de um plano de cuidados de enfermagem são incipientes, com destaques para três estudos em áreas que diferem da DRC (NETO et al., 2017; SILVA et al., 2017; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016). Percebeu-se nos referidos estudos, a valorização da criação destes instrumentos para sistematização do cuidado da enfermagem. Vale ressaltar que instrumentos que contemplam plano de cuidados, DE, resultados e intervenções de enfermagem de forma integrada na área de renais crônicos, não foi encontrado.

Além da carência de estudos nacionais e internacionais, um estudo (FAEDA; PERROCA, 2017) afirmou que na percepção da maioria dos enfermeiros, não há conformidade da prescrição de enfermagem com as necessidades de cuidados dos pacientes. Portanto, recomenda-se a implementação de estratégias para aprimorar a qualidade das prescrições, bem como o desenvolvimento de programas de qualificação contínua e a utilização sistemática de instrumentos para o cuidado de enfermagem.

Por fim, a elaboração e utilização de planos de cuidados estruturados implica no gerenciamento da assistência de enfermagem de forma individualizada e integral, além de dar subsídios e auxílio nas tomadas de decisões dos enfermeiros.

4 | CONCLUSÃO

A elaboração de um instrumento de plano de cuidados de enfermagem para portadores de DRC em HD, com elementos fundamentados em classificações reconhecidas internacionalmente, proporciona a prática do enfermeiro menos intuitiva, direcionada em evidências científicas. Este instrumento orientado para o atendimento às necessidades

individuais do paciente incrementa a gestão do cuidado, com medidas modificadoras do comportamento de saúde, do estilo de vida, da educação em saúde, do conhecimento sobre a doença, do regime de tratamento, da redução de riscos e de complicações.

Este estudo teve como limitações a coleta das fases iniciais ter ocorrido em um único centro de diálise, o que pode sofrer influências das características peculiares da região. Além disso, uma outra limitação está relacionada a não validação do instrumento de plano de cuidados de enfermagem por peritos externos, o que permite a continuidade para estudos futuros.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico. 8^a ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2014.

ARAÚJO, J. B.; SOUZA NETO, V. L.; ANJOS, E. U.; SILVA, B. C. O.; RODRIGUES, I. D. C. V.; COSTA, C. S. Cotidiano de pacientes renais crônicos submetidos à hemodialise: expectativas, modificações e relações sociais. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental**, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 4996-5001, 2016. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4404>. Acesso em: 10 de jan. de 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Brasília: **Conselho Federal de Enfermagem**, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 04 de mai. de 2017.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M.; WAGNER, C. M. NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6^a ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2016.

CHEEVER, K. H.; HINKLE, J. L. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13^a ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2017.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. Manual de diálise. 5^a ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2013.

FAEDA, M. S.; PERROCA, M. G. Conformidade da prescrição de enfermagem às necessidades de cuidados: concepção de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.]. v. 70, n. 2, p. 400-406, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3ZfMLnvTSh4thwRnL7sHsQR/?lang=en>. Acesso em: 20 de jan. de 2021.

INKER, L. A.; ASTOR, B. C.; FOX, C. H.; ISAKOVA, T.; LASH, J. P.; PERALTA, C. A. KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. **American Journal pf Kidney Diseases**, [s.l.], v. 63, n. 5, p. 713-735, 2014. Disponível em: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(14\)00491-0/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(14)00491-0/fulltext). Acesso em: 12 de mar. de 2020.

KIRCHNER, R. M.; MACHADO, R. F.; LÖBLER, L. STUMM, E. M. F. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 415-421, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/analise_estilo_vida_renais_cronicos_hemodialise.pdf. Acesso em: 30 de dez. de 2020.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. L.; SWANSON, E. NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem. 5^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. *American Journal pf Kidney Diseases*, [s.l.], v. 66, n. 5, p. 884-930, 2015. Disponível em: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(15\)01019-7/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(15)01019-7/fulltext). Acesso em: 04 de abr. de 2020.

NERBASS, F. B.; CORREA, D.; SANTOS, R. G.; KRUGER, T. S.; SCZIP, A. C.; VIEIRA, M. A.; MORAIS, J. G. Percepções de pacientes em hemodiálise sobre as restrições alimentares. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, [s.l.], v. 39, n. 2, p. 154-161, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/bNyXDhTKQXDrCvXgThvDnmP/?lang=en>. Acesso em: 10 de dez. de 2020.

NETO, V. L. S.; SILVA, R. A. R.; SILVA, C. C.; NEGREIROS, R. V.; ROCHA, C. C. T.; NÓBREGA, M. M. L. Proposta de plano de cuidados de enfermagem para pessoas internadas com Aids*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [s.l.], v. 51, [s.n.], p. e03204, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pgQKyGW4q6HMgYhZWrrwNCS/>. Acesso em: 12 de jan. de 2021.

SANTOS, C. T.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão: validação de conteúdo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 24, [s.n.], p. e2693, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TY9bbHzZkyqw4cwZFdk9Pdk/>. Acesso em: 18 de jan. de 2021.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; MARTINS, C. T. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2014. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, [s.l.], v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/3dvbbSHZ6xpPFfnFPwLXBsP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 de ago. de 2019.

SILVA, R. A. R.; SOUZA, V. L.; OLIVEIRA, G. J. N.; SILVA, B. C. O.; ROCHA, C. C. T.; HOLANDA, J. R. R. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Escola Anna Nery*, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 147-154, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/m3sSdZx9nzZLyK9jNkmKxBw/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 21 de nov. de 2020.

SILVA, R. R.; PEREIRA, A.; NÓBREGA, M. M. L.; MUSSI, F. C. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 25, [s.n.], p. e2914, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YxFT5bFd66LgLTN97MRsDM/?lang=en>. Acesso em: 15 de jan. de 2021.

SPIGOLON, D. N.; SOUZA, J. P.; SILVA, C. A.; ZOLLNER, S. D. L.; MODESTO, A. P. Perception on health and disease, patient in treatment on hemodialysis - can feeling healthy be enough?. *Annals of Nursing Research & Practice*, [s.l.], v. 3, n. 6, p. 1063, 2016. Disponível em: <https://www.jscimedcentral.com/Nursing/nursing-3-1063.pdf>. Acesso em: 10 de out. de 2019.

SPIGOLON, D. N.; TESTON, E. F.; SOUZA, F. O.; SANTOS, B.; SOUZA, R. R.; MOREIRA NETO, A. Diagnósticos de enfermagem de portadores de doença renal em hemodiálise: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 71, n. 4, p. 2014-2020, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nzD96qDccgWhqHxqsHmqnVf>. Acesso em: 02 de mai. de 2020.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. Sistematização da assistência de Enfermagem: guia prático. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir tese e informes de pesquisas. 1^a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TORCHI, T. S.; ARAÚJO, S. T. C.; MOREIRA, A. G. M.; KOEPPE, G. B. O.; SANTOS, B. T. U. Clinical conditions and health care demand behavior of chronic renal patients. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 27, n. 6, p. 585-590, 2014. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/condicoes-clinicas-e-comportamento-de-procura-de-cuidados-de-saude-pelo-paciente-renal-cronico/>. Acesso em: 13 de out. de 2020.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: NANDA-I | RESULTADOS ESPERADOS/ALCANÇADOS: NOC | | | | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM*: NIC |
|--|---|-------------------------|------------|---|---|
| | Resultado avaliado | Escala (1 – 5 ou NA) | | Legenda*: | |
| • Disposição para nutrição melhorada | • Comportamento de adesão: dieta saudável | Anterior: | Atual: | Avaliar [A] Monitorar [M] Orientar [O] Realizar [R] Subsidiar [S] | <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento nutricional[] • Educação em saúde[] • Ensino: dieta prescrita[] • Melhora da autoeficácia[] • Melhora da disposição para aprender[] |
| | | Meta: | _____ dias | | |
| | • Comportamento de ganho de peso | Anterior: | Atual: | | |
| | | Meta: | _____ dias | | |
| | • Comportamento de perda de peso | Anterior: | Atual: | | |
| | | Meta: | _____ dias | | |
| | • Comportamento de manutenção do peso | Anterior: | Atual: | | |
| | | Meta: | _____ dias | | |
| | • Conhecimento: controle do peso | Anterior: | Atual: | | |
| | | Meta: | _____ dias | | |
| | • Conhecimento: dieta saudável | Anterior: | Atual: | | |
| | | Meta: | _____ dias | | |
| | • Estado nutricional | Anterior: | Atual: | | |
| | | Meta: | _____ dias | | |
| | • Motivação | Anterior: | Atual: | | |
| | | Meta: | _____ dias | | |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------|------------|--|
| • Dor crônica | • Conhecimento: controle da dor | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Controle da dor | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Estado de conforto | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Nível de dor | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Nível de fadiga | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Sono | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| • Eliminação urinária prejudicada | • Autocontrole da doença renal | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Eliminação urinária | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| • Estilo de vida sedentário | • Aptidão Física | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Autocuidado: atividades da vida diária | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Comportamento de aceitação: atividade prescrita | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Conhecimento: atividade prescrita | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Equilíbrio de estilo de vida | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Participação em programa de exercício físico | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Participação no lazer | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |

| | | | | |
|--|---|-----------|-------------|--|
| • Proteção ineficaz | • Comportamento de adesão | Anterior: | Atual: | <ul style="list-style-type: none"> • Assistência no autocuidado[] • Controle de distúrbios alimentares[] • Controle de energia[] • Controle de imunização/ vacinação[] • Controle de infecção[] |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Comportamento de controle pessoal da saúde | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Conhecimento: comportamento de saúde | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Comportamento de imunização | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| • Risco de desequilíbrio eletrolítico | • Controle de riscos | Anterior: | Atual: | <ul style="list-style-type: none"> • Controle hipervolemia[] • Controle hipovolemia[] • Controle de eletrólitos[] • Controle de medicamentos[] • Controle hídrico[] • Monitoração de eletrólitos[] |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Controle dos sintomas | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Nível de estresse | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| • Risco de função cardiovascular prejudicada | • Detecção do risco | Anterior: | Atual: | <ul style="list-style-type: none"> • Assistência para parar de fumar[] • Controle da hiperglicemias[] • Controle da hipoglicemias[] • Controle da pressão[] • Cuidados cardíacos[] • Ensino: medicamentos prescritos[] |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Equilíbrio eletrolítico | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Equilíbrio hídrico | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Estado nutricional: indicadores bioquímicos | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Função renal | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Conhecimento: controle da hipertensão | Anterior: | Atual: | <ul style="list-style-type: none"> • Assistência para parar de fumar[] • Controle da hiperglicemias[] • Controle da hipoglicemias[] • Controle da pressão[] • Cuidados cardíacos[] • Ensino: medicamentos prescritos[] |
| | | Meta: | _____ dias. | |
| | • Conhecimento: estilo de vida saudável | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Conhecimento: regime de tratamento | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Controle de risco: doença cardiovascular | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Controle de riscos: uso de tabaco | Anterior: | Atual: | <ul style="list-style-type: none"> • Assistência para parar de fumar[] • Controle da hiperglicemias[] • Controle da hipoglicemias[] • Controle da pressão[] • Cuidados cardíacos[] • Ensino: medicamentos prescritos[] |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Estado circulatório | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Nível de glicose no sangue | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |

| | | | | |
|---|---|-----------|-------------|--|
| • Risco de infecção | • Acesso para hemodiálise | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Conhecimento: controle da infecção | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Consequências da imobilidade: fisiológicas | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Controle de riscos: processo infecioso | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| • Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional | • Estado imunológico | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Estado nutricional | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Integridade tissular: pele e mucosas | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Conhecimento: controle do estresse | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| • Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz | • Eliminação intestinal | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Nível de ansiedade | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Conhecimento: controle da doença crônica | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Conhecimento: controle do diabetes | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Conhecimento: controle da doença arterial coronariana | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias. | |
| | • Envelhecimento físico | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Função gastrointestinal | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |
| | • Perfusão tissular: órgãos abdominais | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: | _____ dias | |

| | | | | |
|---|--|------------------|--------|---|
| • Risco de perfusão renal ineficaz | • Autocontrole do diabetes | Anterior: | Atual: | <ul style="list-style-type: none"> Meta: _____ dias • Controle acidobásico[] • Terapia por hemodiálise[] • Monitoração acidobásica[] • Redução do sangramento [] • Precauções contra embolia[] • Regulação hemodinâmica [] • Prevenção do choque[] • Ensino: procedimento/tratamento[] |
| | • Autocontrole da hipertensão | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Conhecimento: controle da doença renal | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Equilíbrio eletrolítico e ácido-base | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Estado cardiopulmonar | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| • Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída | • Gravidade da infecção | Anterior: | Atual: | <ul style="list-style-type: none"> Meta: _____ dias • Promoção do exercício[] • Precauções circulatórias[] • Precauções cirúrgicas[] • Prescrição: tratamento não farmacológico[] • Reposição volêmica[] • Facilitação da aprendizagem[] |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Perfusão tissular | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Conhecimento: controle da doença cardíaca | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Conhecimento: controle do uso de substâncias | Anterior: | Atual: | |
| • Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz | | Meta: _____ dias | | |
| | • Conhecimento: medicamento | Anterior: | Atual: | <ul style="list-style-type: none"> Meta: _____ dias • Monitorização neurológica [] • Prescrição de medicamentos[] • Promoção da perfusão cerebral[] |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Controle de riscos: distúrbio lipídico | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Perfusão tissular cardíaca | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Controle de risco familiar: obesidade | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Perfusão tissular: cerebral | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Comportamento de cessação do abuso de álcool | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Comportamento de cessação do tabagismo. | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Conhecimento: controle do distúrbio lipídico | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Conhecimento: prevenção de trombo | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |
| | • Controle de riscos: trombo | Anterior: | Atual: | |
| | | Meta: _____ dias | | |

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|
| • Risco de perfusão tissular periférica ineficaz | • Perfusion tissular periférica | Anterior: _____ Meta: _____ dias | • Cuidados na embolia: periférica[] • Precauções circulatórias[] • Supervisão da pele[] • Ensino: cuidado com os pés[] • Prescrição de medicamentos[] • Modificação do comportamento[] |
| | • Conhecimento: processo da doença | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| • Risco de quedas | • Ambiente de cuidado a saúde seguro | Anterior: _____ Meta: _____ dias | • Restrição de área[] • Promoção da mecânica corporal[] • Controle do ambiente: segurança[] • Terapia com exercício: equilíbrio[] • Prevenção contra queda[] • Posicionamento: cadeira de rodas[] • Assistência no autocuidado: transferência [] • Transferência[] • Estimulação cognitiva[] • Melhoria da comunicação: déficit auditivo/ déficit visual[] |
| | • Conhecimento de prevenção de quedas | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Comportamento de prevenção de quedas | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Deslocamento seguro | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Equilíbrio | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Fadiga: efeitos deletérios | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Função esquelética | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Função sensorial | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Locomoção: cadeira de rodas | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Locomoção: Caminhar | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Movimento coordenado | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Ocorrência de quedas | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| • Risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo | • Autocontrole da doença crônica | Anterior: _____ Meta: _____ dias | • Controle de alergias[] • Controle de medicamentos [] • Ensino: procedimento/ tratamento[] |
| | • Gravidade dos sintomas | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Hidratação | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Resposta imune de hipersensibilidade | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |
| | • Resposta ao medicamento | Anterior: _____ Meta: _____ dias | |

| | | | | |
|----------------------------|---|-----------|--------|---|
| • Risco de trauma vascular | • Acesso para hemodiálise | Anterior: | Atual: | <ul style="list-style-type: none"> • Controle de dispositivos de acesso venoso central[] • Manutenção de acesso para diálise[] • Punção endovenosa (EV)[] • Terapia endovenosa (EV)[] • Monitoração hemodinâmica invasiva[] |
| | • Autocuidado: medicamento parenteral | Anterior: | Atual: | |
| | • Conhecimento: procedimentos de tratamento | Anterior: | Atual: | |

CAPÍTULO 20

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORRESPIRATORIA E SEUS REFLEXOS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Data de submissão: 08/05/2023

Data de aceite: 03/07/2023

Helena Pereira Karpinski

Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade DAMA, Canoinhas – SC.

<http://lattes.cnpq.br/7153978140377514>

Leandro Nogath Dobrychtop

Acadêmico do curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade DAMA, Canoinhas – SC

<http://lattes.cnpq.br/9155307246604262>

Andreia da Silva

Professora orientadora, enfermeira, especialista em UTI e Urgência e Emergência, Faculdade DAMA, Canoinhas – SC

<http://lattes.cnpq.br/4998785965269887>

Os estudos demonstraram um déficit de conhecimento do profissional enfermeiro em relação as técnicas de RCP, tendo como dificuldades, a liderança frente a RCP, a falta de recursos, a instabilidade emocional e a falta de fornecimento de educação continuada, assim, interferindo na qualidade da assistência prestada pela equipe. As conclusões dos estudos levam a inferir que a atuação do enfermeiro frente a assistência ao paciente em PCR interfere diretamente e indiretamente na assistência prestada pela equipe e no prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: enfermeiro; PCR; equipe.

RESUMO: A PCR é a principal causa de morbimortalidade, e para evitar maiores danos ao paciente, é importante que as manobras de RCP sejam de qualidade. Este estudo tem como objetivo identificar o papel do Enfermeiro frente a PCR e seus reflexos na equipe de enfermagem, através de uma revisão bibliográfica e de artigos coletados nas bases de dados LATINDEX, Google Scholar e SCIELO, literaturas físicas e publicações periódicas.

THE ROLE OF THE NURSE IN CARDIO RESPIRATORY ARREST AND ITS REFLECTIONS ON THE NURSING TEAM

ABSTRACT: CRA is the main cause of morbidity and mortality, and to avoid further damage to the patient, it is important that the CPR maneuvers are of good quality. This study aims to identify the Nurse's role in the face of CRP and its effects on the nursing team, through a bibliographic review

and articles collected in the LATINDEX, Google Scholar and SCIELO databases, physical literature and periodical publications. The studies demonstrated a lack of knowledge of professional nurses in relation to CPR techniques, with difficulties such as leadership in face of CPR, lack of resources, emotional instability and lack of provision of continuing education, thus interfering with the quality of care. assistance provided by the team. The conclusions of the studies lead to the inference that the role of the nurse in relation to patient care in CRA directly and indirectly interferes with the care provided by the team and the patient's prognosis

KEYWORDS: Nurse; PCR; Team.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), PCR consiste em um evento que acomete cerca de 200.000 vítimas por ano tanto no meio extra quanto no intra-hospitalar, dados estes que se referem somente aos casos no Brasil. Ainda, a PCR caracteriza-se como a ausência das funções pulmonares e cardíacas.

Vieira (2009 *apud* Lima, 2014), enfatiza que a equipe de enfermagem possui papel de extrema importância no atendimento a PCR, pois, são estes profissionais que acionam a equipe, iniciam as manobras de RCP e prestam assistência de maneira continua ao paciente.

O enfermeiro deve ter formação técnica para enfrentar eventos inesperados, também, deve estar capacitado e atualizado para realizar intervenção e diagnóstico precoce. É de responsabilidade do enfermeiro atualizar-se e estar preparado para capacitar e direcionar a sua equipe frente a uma PCR, proporcionando um atendimento eficaz e de qualidade (SILVA e MACHADO, 2013).

Sabendo-se da importância da assistência de Enfermagem de qualidade ao paciente em PCR, foi levantado o seguinte problema para elaboração da pesquisa: “Quais as dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro para atuar frente a parada cardiorrespiratória em adultos e como isso reflete na equipe de enfermagem?”

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Fisiopatologia da PCR

De acordo com Zago *et al* (2021), a PCR consiste em uma condição de emergência, na qual o indivíduo apresenta interrupção súbita e inesperada do pulso arterial e da respiração, condições vitais ao ser humano

Para Marques *et al* (2019), pode-se definir PCR como a interrupção da circulação sanguínea, que ocorre como uma consequência da interrupção súbita ou ineficiente dos batimentos cardíacos e contração ventricular para executar sua função de bombear o sangue.

Após a interrupção abrupta da circulação sanguínea e da oxigenação, os danos celulares podem tornar-se irreversíveis em pouco tempo, seguidos de danos cerebrais graves, que não poderão ser reparados após cinco minutos à ocorrência da PCR, constituindo-se de uma grave ameaça à vida do paciente, principalmente daqueles em que se encontram em estado crítico (Mascarenhas e Costa, 2014).

2.2 Causas da PCR

Segundo Ribeiro Júnior *et al* (2007 *apud* VALE, 2016) as causas da PCR são divididas em primárias e secundárias, sendo que a conduta poderá ser definida somente após a causa ser identificada. Nas causas da PCR primária, encontram-se os problemas que afetam o coração, sendo as isquemias cardíacas a causa mais comum, que, consequentemente irá causar arritmias cardíacas. Já as causas secundárias, são comumente causadas pela oxigenação deficiente, condição esta que em sua maior parte afeta vítimas de traumatismos e crianças devido a obstrução de vias aéreas, também, acomete pacientes com doenças pulmonares, intoxicação por monóxido de carbono, além de fatores externos como drogas e descargas elétricas.

Em relação aos sinais e sintomas, os principais que antecedem uma PCR são a dor torácica, sudorese, palpitações precordiais, tontura, escurecimento visual, perda de consciência, alterações neurológicas, sinais de baixo débito cardíaco e parada de sangramento prévio (ROCHA, 2012).

2.2.1 Tipos de ritmo

Tallo *et al* (2012), descrevem que a PCR pode ocorrer com 4 tipos de ritmos diferentes, sendo eles: Fibrilação Ventricular sem pulso (FV), Taquicardia Ventricular sem pulso (TV), assistolia e AESP, que estão especificadas abaixo:

A FV se identifica pela atividade elétrica desorganizada, sendo os complexos distribuídos desordenadamente em várias amplitudes, tal quadro proporciona a contração desordenada e ineficaz do miocárdio, fazendo com que o coração não mantenha a ejeção sanguínea adequada. A TV sem pulso se caracteriza por uma sequência rápida de batimentos ectópicos ventriculares que superam cem batimentos por minuto, podendo haver ausência de pulso arterial palpável ocasionados pela deterioração hemodinâmica.

A assistolia é a modalidade mais presente na PCRIH e está relacionada com a ausência de atividade elétrica e ventricular contrátil em no mínimo duas derivações. A AESP é a ausência de pulso na presença de atividade elétrica organizada, que dificulta o diagnóstico, pois o ECG poderá apresentar vários ritmos

2.2.2 Causas reversíveis da PCR - 5H/5T

Segundo Martins *et al* (2016 *apud* Lodi *et al* 2018), o 5H/5T é um método que

consiste na divisão dos dez mecanismos da parada com atividade elétrica sem pulso (AESP). Abaixo segue tabela com descrição das causas e dos tratamentos:

| Causa | Tratamento |
|----------------------------------|--|
| Hipovolemia. | Reposição volêmica, hemoderivados e medidas de resgate para contenção de sangramentos |
| Hipóxia | Assegurar permeabilidade da via aérea, administrar oxigênio, tratar pneumotórax, se existente. |
| Hipo/Hiperpotassemia | Hiperpotassemia é mais frequente: tratar com bicarbonato de sódio e cálcio. |
| H+ (acidose metabólica) | Bicarbonato de sódio. |
| Hipotermia | Reaquecimento com reanimação cardiopulmonar extracorpórea; se não disponível, reaquecimento interno e externo. |
| Tamponamento cardíaco | Pericardiocentese. |
| Tromboembolismo pulmonar | Considerar fibrinolítico, trombectomia percutânea ou cirúrgica. |
| Trombose coronariana | Reanimação cardiopulmonar com extracorpórea e intervenção coronariana percutânea |
| Tórax (Pneumotórax hipertensivo) | Punção de alívio seguida de drenagem de tórax. |
| Tóxicos | Antagonista específico |

Tabela 1 5H/5T: Causa e Tratamentos

Fonte: LODI *et al* (2018 *apud* Martins *et al* 2016).

2.3 Assistência de enfermagem ao paciente em PCR no ambiente intra-hospitalar

Santana *et al* (2020), afirma que a equipe de enfermagem precisa estar preparada de forma eficaz para atender um paciente em PCR, sendo de extrema importância que a equipe saiba reconhecer os sinais de uma PCR, para que as manobras de RCP sejam iniciadas o quanto antes, assim, fazendo com que as chances de sobrevida do paciente e de um bom prognóstico aumentem consideravelmente.

A equipe de enfermagem é quem segue mais tempo junto ao paciente e que geralmente é quem identifica que o paciente encontra-se em PCR, o enfermeiro ao se deparar com o paciente em PCR, deve saber a correta sequência de atendimento, dominando as manobras de ventilação que competem a si, saber reconhecer os instrumentos essenciais para sua equipe, realizar o atendimento com agilidade e domínio teórico/prático permanecendo calmo, e mantendo também sua equipe calma e organizada ao se deparar com essa situação de emergência (Guedes *et al*, 2021).

De acordo com Reis (2020), toda a assistência de enfermagem necessita de

formação e legislação específica para que as funções do profissional de enfermagem sejam realizadas de forma adequada. Com relação a equipe de enfermagem, é importante que a mesma tenha total conhecimento sobre suas funções e papéis no atendimento a PCR, assim, fazendo com que o atendimento seja ágil e eficaz.

2.3.1 Importância da identificação precoce da vítima em PCR

Conforme ANDRADE *et al* (2021), durante a PCR o tempo é um fator de extrema importância, já que 10% de probabilidade de vida sejam perdidos a cada minuto de PCR, sendo assim, o paciente necessita de um atendimento rápido e eficaz, desempenhando a ação com habilidade técnica e conhecimento científico

Diante de um episódio de PCR, conforme previsto nas recomendações da American Heart Association (AHA), por tratar-se de um evento inesperado necessita dos profissionais de saúde, ações ágeis e também que promovam a circulação do sangue oxigenado para os órgãos vitais, até que seja reestabelecida o Retorno da Circulação Espontânea (RCE), sendo de suma importância para a minimização de sequelas e alívio do sofrimento e preservação da vida sendo assim que as chances de sobrevivência do paciente podem duplicar e até mesmo triplicar, quando essas manobras de reanimação cardiopulmonar são bem executadas. Conforme a sequência de ações para avaliar inicialmente os sinais de parada cardíaca, são a ausência de resposta do paciente ou rebaixamento total do nível de consciência, ausência de respiração espontânea, ausência de pulso ou qualquer outro sinal de circulação, respiração com expansão torácica eficaz, tosse e movimentação do paciente (Reis, 2020).

2.3.2 Aplicação das compressões torácicas

De acordo com Guedes *et al* (2021) as manobras de consistem na aplicação de massagem cardíaca e na oxigenação do paciente, sendo que o principal fator é a detecção precoce. Sendo assim a RCP tem por função garantir a circulação e oxigenação na corrente sanguínea, com ênfase no coração e cérebro.

Para que uma RCP seja de alta qualidade faz-se necessário a compressão com força, com pelo menos cinco centímetros de profundidade e de cem a cento e vinte compressões por minuto, lembrando que deve-se sempre respeitar o retorno total do tórax a cada compressão, sendo de suma importância minimizar as interrupções durante as compressões torácicas, evitar a ventilação excessiva e que o profissional que realiza as compressões deve ser alternado a cada dois minutos, ou antes, se o mesmo estiver cansado. Se o paciente não possuir via aérea avançada as manobras devem ser realizadas com trinta compressões para duas ventilações (AHA, 2020).

Braga *et al* (2018), descrevem que no momento da aplicação das compressões as mãos devem ser colocadas no centro do tórax, sobre a metade inferior do esterno, apoiando-se com a região das eminências tenar e hipotenar de uma das mãos, colocando uma mão sobre a outra, evitando encostar os dedos no tórax, os braços do reanimador

devem ser mantidos estendidos, com ângulo de 90°, mantendo uma pressão perpendicular sobre o tórax do paciente, atentando-se para minimizar o tempo de interrupção entre as compressões.

2.3.3 Abertura de via aérea

Segundo as diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), as compressões torácicas não devem ser atrasadas e a abertura de vias aéreas devem ser realizada após as primeiras 30 comoressões torácicas para duas ventilações. É necessário enfatizar que a hiperventilação não é recomendada, pois, pode ocasionar em aumento da pressão intra – torácica, diminuição do débito cardíaco e de sobrevida do paciente, ainda, podendo aumentar as chances de insuflação gástrica, regurgitação e consequentemente, broncoaspitação.

As diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedad Brasileira de Cardiologia (2013), traz orientações sobre as formas e técnicas de ventilações, que no meio intra-hospitalar englobam:

Ventilação com bolsa-válvula-máscara (ambú): A ventilação com a bolsa-válvula-máscara deve ser utilizada com dois profissionais na assistência ao paciente em PCR, um sendo responsável pela aplicação das compressões, e outro, por aplicar as ventilações, sendo necessário realizar a letra “C” com uma das mãos, com os dedos polegar e indicador e posicionar acima da máscara, e fazer pressão contra a face da vítima incluindo boca e nariz, a fim de vedar a máscara e facilitar a passagem do ar, sendo necessário manter os outros três dedos na mandíbula do paciente formando a letra “E”, para abrir a via aérea e estabilizar a mesma (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Cânula orofaríngea: utilizada para facilitar a realização de ventilações com a bolsa-válvula-máscara (ambu), com o objetivo de impedir a obstrução da via aérea pela queda da língua, frisando que o tamanho da cânula deve ser escolhido de acordo com a estatura do paciente. A seguir, executa-se um movimento de rotação de 180° sobre ela mesma, posicionando-a sobre a língua (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Ventilação com via aérea avançada: Quando o paciente possuir via aérea avançada, por exemplo, intubação endotraqueal, combitube ou máscara laríngea, o profissional irá aplicar uma ventilação a cada seis a oito segundos, cerca de oito a dez ventilações por minuto, em vítimas de qualquer idade. A interrupção da realização das compressões torácicas por motivo da intubação orotraqueal deverá ser minimizada ao extremo, e a intubação deverá ser realizada somente em momento oportuno, não devendo interferir nas outras manobras de ressuscitação, sendo aceitável a interrupção das compressões por até 10 segundos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

2.4 Ética e bioética durante e após a PCR

Rangel e oliveira (2010 *apud* Reis 2020), abordam que a assistência prestada durante a RCP deve ocorrer em um ambiente tranquilo, sem tumulto, de uma forma que todos consigam ouvir o comando do líder com clareza, assim, prestando a assistência segura e clara. Ainda, a postura ética e moral e o seguimento das leis do exercício profissional devem permanecer durante todas as ações de enfermagem ao atendimento de emergência.

As ações na atenção do profissional da saúde devem ser humanizadas e indissociáveis daquilo que se denomina âmbito da “sensibilidade” que é mais profundo que a esfera do pensamento e da ação, se justificando pela medida em que cuidar de uma pessoa enferma tem por finalidade existencial a questão de que o cuidador ver-se ou sentir-se “afetado visceralmente” pela situação, que o próprio contato proporciona, que, por sua vez, se relaciona ao paciente em seu corpo e sua carne vulnerável e ferida. Com isso, a sensibilidade domina toda ação do cuidador, por que está vinculada ao seu contato com a pessoa enferma enquanto está possuir um corpo, e seu corpo e como tal é sua carne (PESSINI, BERTACHINI e BARCHIFONTAINE, 2014).

3 I MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura caracterizada como descritiva, quanti-qualitativa, que se embasou em análise de dados expostos em artigos disponíveis em bases científicas on-line como: LATINDEX, Google Scholar e SCIELO, literaturas físicas e publicações periódicas, sendo os mesmos pesquisados entre março e junho do ano de 2022, não possuindo envolvimento com seres humanos em nenhuma etapa da construção do mesmo, não necessitando assim, aprovação do comitê de Ética em Pesquisa.

Para se dar início a pesquisa foram definidos critérios de inclusão e exclusão de pesquisas bibliográficas, estando entre critérios de inclusão: todos em língua portuguesa, artigos científicos originais, revisões bibliográficas, livros, dissertações e teses, cujo o tema tem relação direta com o tema proposto. Esta pesquisa teve como critérios de exclusão: folhetos, notícias, artigos com data de publicação acima de 10 anos, publicações fora do assunto proposto ou publicações com taxas.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo foram encontrados 36 publicações nas bases de dados, sendo em seguida realizado a leitura para devida seleção, destes somente 20 artigos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão para realização da pesquisa, e, posteriormente os mesmos foram agrupados em quatro categorias: Gênero e idade dos profissionais de enfermagem mais atuam frente a assistência ao paciente em PCR, nível de conhecimento e periodicidade

das capacitações/treinamentos realizados pelos profissionais enfermeiros do meio intra-hospitalar para prestar assistência ao paciente em PCR, principais dificuldades encontradas pelos profissionais enfermagem na assistência prestada ao paciente em PCR e a importância do enfermeiro no gerenciamento e liderança da PCR e como isso reflete em sua equipe.

Gênero e idade dos profissionais de enfermagem que mais atuam frente a assistência ao paciente em PCR

Realizou-se um levantamento do gênero e sua predominância frente a assistência ao paciente em PCR, e, no estudo de Guskuma *et al* (2019), observou-se que o gênero feminino compôs 74,6% dos profissionais de enfermagem entrevistados e que 25,4% dos profissionais são do gênero masculino, sendo a idade média destes profissionais, de 36,4 anos. Corroborando com o assunto Assis *et al* (2021), traz em seu estudo que 66% dos profissionais de enfermagem entrevistados era do gênero feminino e 33% dos profissionais do gênero masculino, onde a média da idade destes profissionais foi de 32,78 anos.

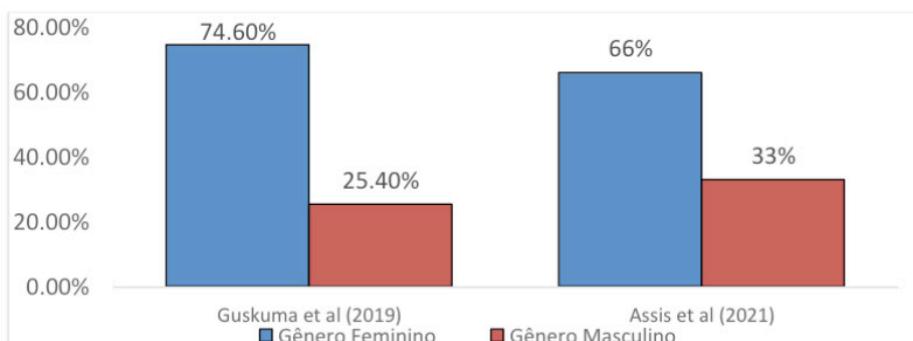


Figura 1: Gênero e sua predominância frente a assistência ao paciente em PCR.

Fonte: Os autores, 2022.

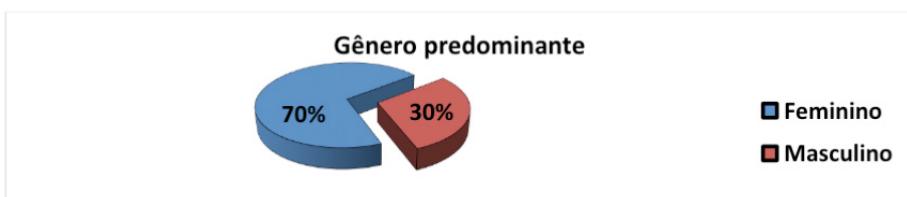


Figura 2: Média do gênero predominante frente a assistência ao paciente em PCR segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022.

Através da observação dos dados supracitados demonstra-se que a enfermagem é uma profissão composta majoritariamente pelo gênero feminino e se mostrando uma classe com um grande número de profissionais relativamente jovens a frente da assistência

ao paciente em PCR.

Nível de conhecimento e periodicidade das capacitações/treinamentos realizados pelos profissionais enfermeiros do meio intra-hospitalar para prestar assistência ao paciente em PCR

Sobre o conhecimento dos profissionais em relação algoritmo do SBV de atendimento a PCR, no estudo realizado por Carneiro *et al* (2018), 52,1% dos profissionais enfermeiros responderam a sequência correta de atendimento. Já no estudo de Oliveira *et al* (2018), 55,88% apontaram corretamente a sequência. Em contrapartida, no estudo de Aguiar e Andrade (2018), apenas 25% dos enfermeiros afirmaram a sequência correta.

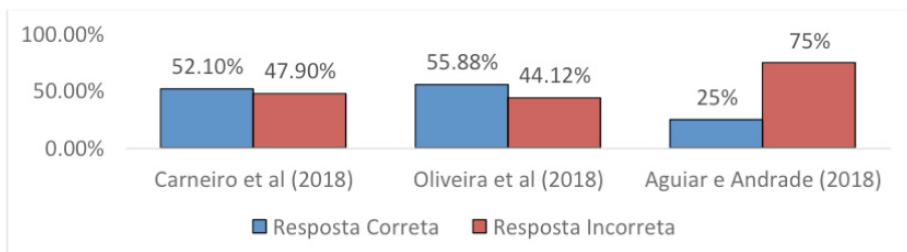


Figura 3: Conhecimento dos profissionais em relação algoritmo do SBV de atendimento a PCR

Fonte: Os autores, 2022.

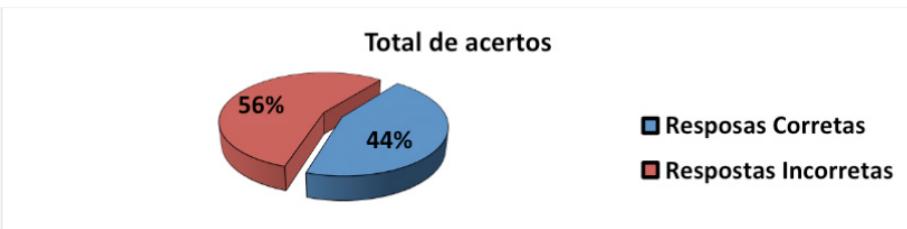


Figura 4: Média do conhecimento dos profissionais em relação algoritmo do SBV de atendimento a PCR segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022

Observa-se que menos da metade dos enfermeiros entrevistados sabem a sequência correta de atendimento sobre o algoritmo do SBV no que preconiza as novas diretrizes de atendimento da AHA, onde o “C” corresponde a Compressão, o “A” Abertura das vias aéreas, o “B” Boa ventilação e o “D” Desfibrilação.

Em relação ao nível de conhecimento dos profissionais enfermeiros atuantes no meio intra-hospitalar sobre a avaliação dos sinais clínicos/detecção da PCR, no estudo de Oliveira *et al* (2018), 45,59% dos profissionais responderam corretamente quando questionados sobre tema. No estudo realizado por Carneiro *et al* (2018), a taxa de acerto por estes profissionais sobre o tema em questão de 21,7%. Já no estudo de Lopes e

Nogueira (2021), onde os autores também aplicaram questionários aos enfermeiros do meio intra-hospitalar, nenhum profissional respondeu corretamente o tema questionado.

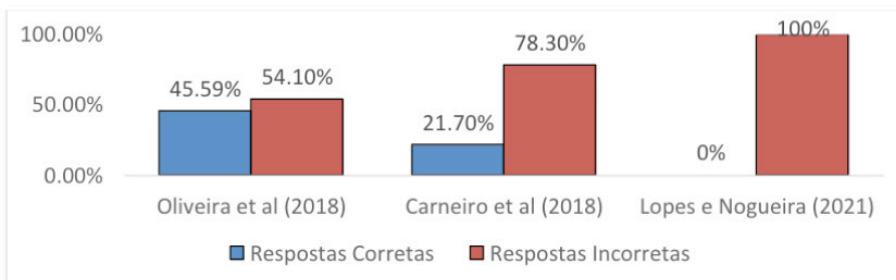


Figura 5: Conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a avaliação dos sinais clínicos/detecção da PCR.

Fonte: Os autores, 2022.

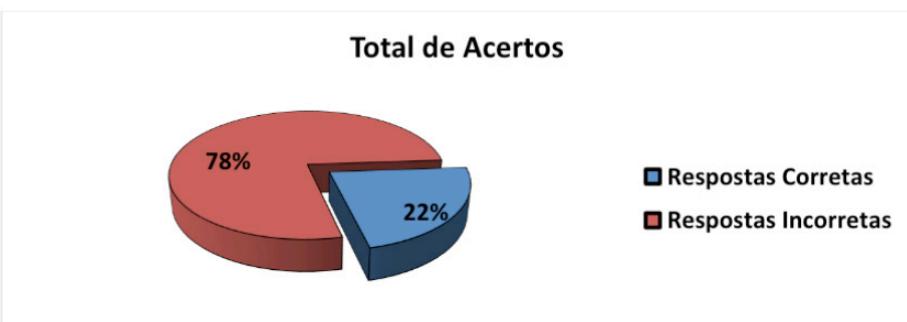


Figura 6: Média do conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a avaliação dos sinais clínicos/detecção da PCR segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022

Observa-se que grande parte dos profissionais não souberam avaliar corretamente os sinais clínicos/detecção de um paciente em PCR, sendo fundamental o conhecimento dos profissionais acerca dos mesmos.

Sobre o conhecimento dos profissionais enfermeiros em relação as compressões torácicas sem via aérea avançada no questionário realizado por Oliveira *et al* (2018), 52,94% dos profissionais responderam corretamente quando questionados sobre o assunto. Já no estudo realizado por Carneiro *et al* (2018), 65,2% dos profissionais enfermeiros souberam responder a conduta correta a se realizar sobre o tema em questão. Corroborando com o tema em questão no estudo de Lopes e Nogueira (2021), 53,33% dos profissionais enfermeiros responderam corretamente a conduta correta a se realizar sobre o tema em questão.

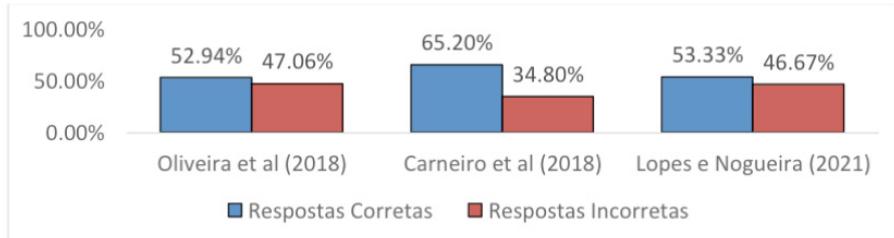


Figura 7: Conhecimento dos profissionais enfermeiros em relação as compressões torácicas sem via aérea avançada.

Fonte: Os autores, 2022.

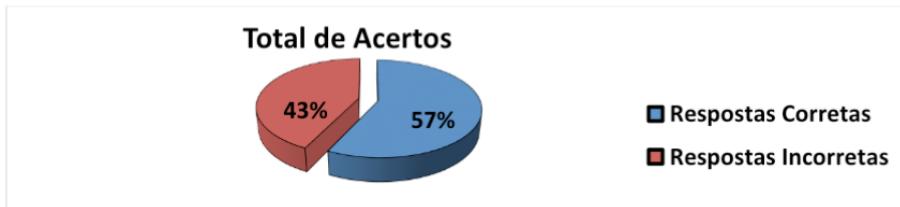


Figura 8: Média do conhecimento dos profissionais enfermeiros em relação as compressões torácicas sem via aérea avançada segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022.

Em relação a frequência das compressões torácicas no estudo de Oliveira *et al* (2018), 45,59% responderam sobre o tema em questão. Já no estudo realizado por Carneiro *et al* (2018), somente 26% dos profissionais enfermeiros responderam corretamente quando questionados sobre o assunto. No estudo de Lopes e Nogueira (2021), somente 26,67% dos profissionais responderam corretamente quando questionados sobre a frequência das compressões.

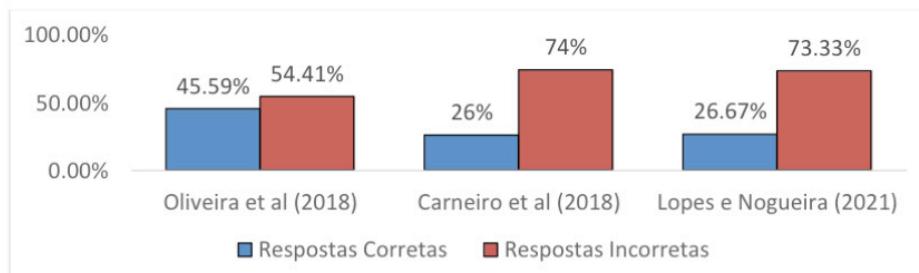


Figura 9: Conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a frequência das compressões torácicas.

Fonte: Os autores, 2022.

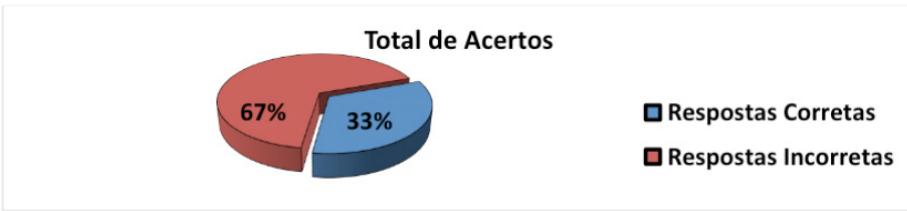


Figura 10: Média do conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a frequência das compressões torácicas segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022.

Sobre a profundidade das compressões torácicas, no estudo de Oliveira *et al* (2018), 66,18% responderam corretamente quando questionados sobre o assunto. No estudo de Carneiro *et al* (2018), 30,40% responderam corretamente. Já no estudo de Lopes e Nogueira (2021), somente 13,33% dos profissionais responderam corretamente quando questionados sobre o tema em questão.

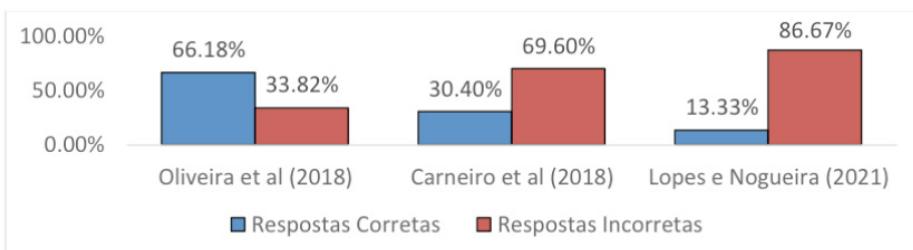


Figura 11: Conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a profundidade das compressões torácicas.

Fonte: Os autores, 2022.

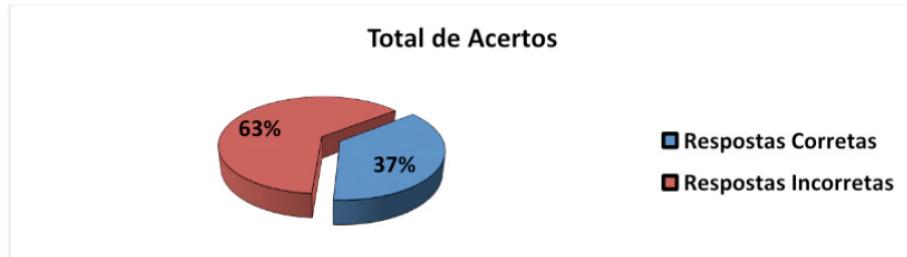


Figura 12: Média do conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a profundidade das compressões torácicas segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022.

Observa-se com os estudos supracitados que mais da metade dos profissionais enfermeiros souberam responder qual conduta realizar nas compressões sem via aérea

avançada, mas em contrapartida houve uma baixa taxa de acertos sobre a frequência e profundidade das compressões torácicas.

Em relação ao conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre os ritmos chocáveis FV e TV, no estudo realizado por Lopes e Nogueira (2021), 10% responderam corretamente quando questionados sobre o tema. Já no estudo de Silva e Machado (2013), somente 17% responderam corretamente quando questionados sobre os ritmos passíveis de desfibrilação.

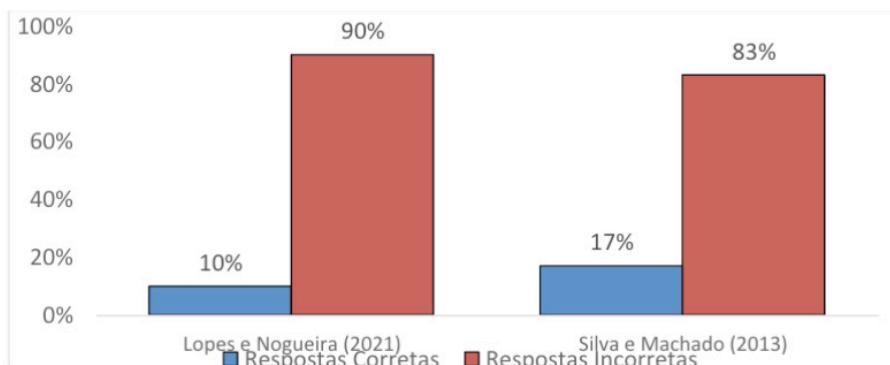


Figura 13: Conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre os ritmos chocáveis FV e TV.

Fonte: Os autores, 2022.

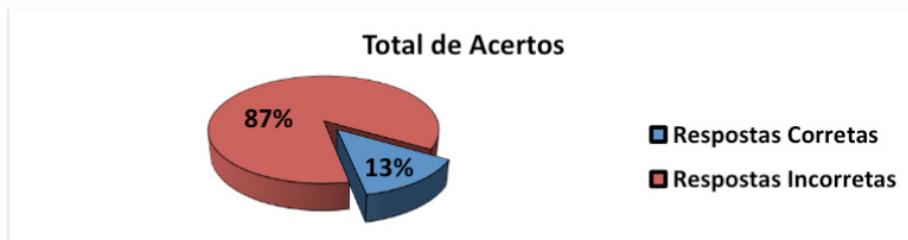


Figura 14: Média do conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre os ritmos chocáveis FV e TV segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022.

A resolução do COFEN, nº 704/2022, normatiza a utilização do equipamento de desfibrilação pelo enfermeiro no cuidado ao indivíduo em PCR, desde que o mesmo esteja capacitado para tal, uma vez que há uma redução de 7 a 10% na sobrevida do paciente a cada minuto em que não se é realizado a desfibrilação. Neste sentido, os enfermeiros poderão fazer uso do aparelho manual multiparamétrico.

Em quesito ao conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a frequência correta das ventilações com via aérea avançada, no estudo realizado por Oliveira *et al* (2021), 33,82% dos profissionais responderam corretamente sobre o tema em questão.

No estudo realizado por Carneiro *et al* (2018), 43,4% dos enfermeiros responderam corretamente quando questionados sobre o assunto. Já no estudo de Lopes e Nogueira (2021), 50% dos profissionais responderam corretamente sobre o tema em questão.

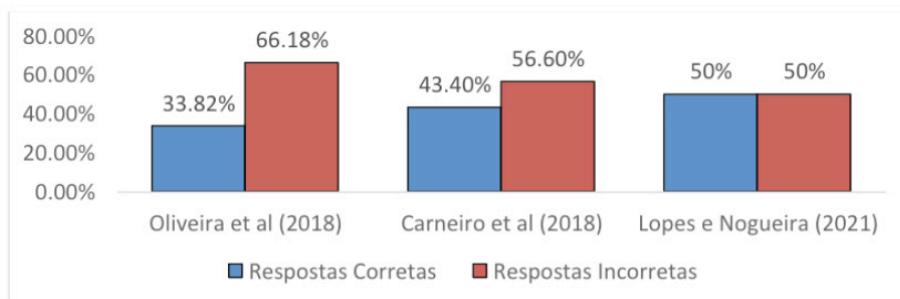


Figura 15: Conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a frequência correta das ventilações com via aérea avançada.

Fonte: Os autores, 2022.



Figura 16: Média do conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre a frequência correta das ventilações com via aérea avançada segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022.

Com isso, observa-se com os dados acima que menos da metade dos profissionais enfermeiros responderam corretamente sobre o assunto. No periódico da AHA (2015), traz que as ventilações devem ser administradas no paciente com via aérea avançada, uma ventilação a cada seis segundos, promovendo dez ventilações por minuto.

Sobre o conhecimento dos profissionais enfermeiros em relação as vias de administração dos fármacos durante a PCR, no estudo realizado por Assis *et al* (2021), 64,29% dos enfermeiros responderam corretamente quando questionados sobre o tema. Já no estudo de Silva e Machado (2013), 78% dos profissionais enfermeiros responderam corretamente em relação ao assunto em questão.

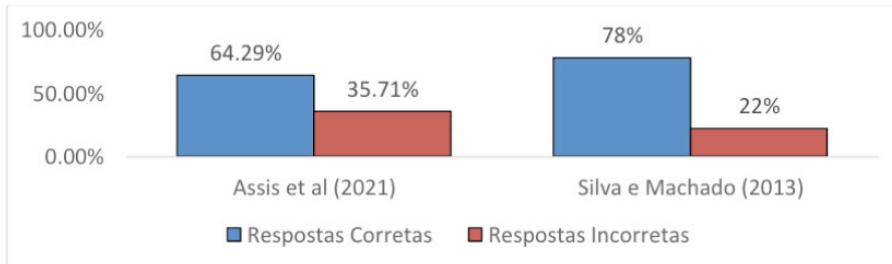


Figura 17: Conhecimento dos profissionais enfermeiros em relação as vias de administração dos fármacos durante a PCR.

Fonte: Os autores, 2022.

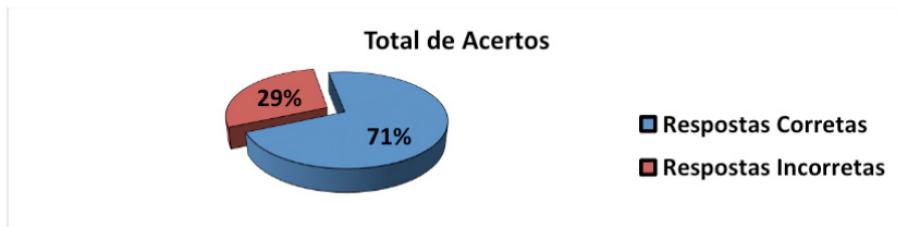


Figura 18: Média do conhecimento dos profissionais enfermeiros em relação as vias de administração dos fármacos durante a PCR segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022.

Nesta esteira, observa-se uma quantidade satisfatória de acertos dos profissionais enfermeiros em relação as vias de administração de fármacos durante a PCR.

No estudo realizado por Lopes e Nogueira (2021), ao questionarem os profissionais enfermeiros atuantes no meio intra-hospitalar se realizaram algum curso teórico/prático com o conteúdo de ACLS, após a conclusão da graduação de enfermagem, 66.67% responderam que sim. Já em relação as respostas dos profissionais quanto ao curso de atualização em ACLS específico da AHA, a maioria dos profissionais enfermeiros, 83.33%, responderam que não realizaram cursos de atualizações nos últimos dois anos e somente 16.67% fizeram algum curso de atualização nos últimos dois anos. Então os autores questionaram os profissionais enfermeiros se o hospital onde trabalhavam oferecia educação continuada/permanente sobre o tema PCR e ACLS aos profissionais de enfermagem e 93,33% dos profissionais afirmaram que nunca houve a oferta do mesmo pela instituição e somente 6,67% afirmaram que houve a oferta do mesmo.

Já no estudo realizado por Carneiro *et al* (2018), onde o mesmo abordou os profissionais enfermeiros de uma instituição pública sobre a realização de cursos/atualizações em PCR, revelando que 47,8% dos profissionais enfermeiros já realizaram um curso em RCP mais não realizaram nenhum curso de atualização sobre o tema, e, somente 13% dos profissionais enfermeiros entrevistados realizaram cursos e atualizações

em PCR, e que 39,1% profissionais enfermeiros nunca realizaram cursos de capacitação em SBV ou RCP.

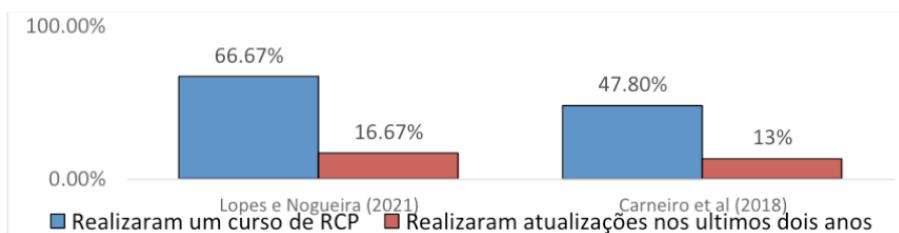


Figura 19: Realização de cursos/atualizações em PCR pelos profissionais enfermeiros segundo estudos levantados.

Fonte: Os autores, 2022.

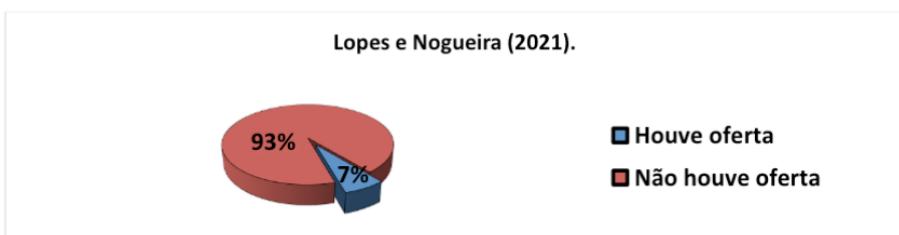


Figura 20: Oferta de cursos/atualizações pela instituição hospitalar.

Fonte: Os autores, 2022.

Com os dados supracitados observa-se baixa realização de cursos/atualizações pelos profissionais de enfermagem e grande deficiência na oferta de cursos/atualizações sobre PCR aos profissionais pelas instituições hospitalares, tendo em vista que, o fornecimento da educação continuada em PCR aos profissionais de enfermagem é de suma importância, e os periódicos são atualizados constantemente podendo então haver diminuição do conhecimento destes profissionais com o tempo.

Principais dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem na assistência prestada ao paciente em PCR no meio intra-hospitalar

No estudo realizado por Menezes e Rocha (2013), onde os mesmos questionaram os profissionais da equipe de enfermagem em relação as principais dificuldades que enfrentam no atendimento à vítima de PCR, onde foi relatado por estes profissionais a falta de capacitação e treinamento da equipe; falta de incentivo da instituição para o desenvolvimento de cursos teóricos e práticos; insegurança e falta de habilidades na aplicação do protocolo de atendimento à PCR; falta de liderança no momento da intervenção da RCP; insuficiência de recursos materiais e instabilidade emocional da equipe.

Com isso, Reis (2020), revela fatores que dificultam a ação do enfermeiro durante a

RCP, estando entre estes: falta de capacitação do profissional, falta de incentivo institucional no desenvolvimento de capacitações teórico/práticas, insegurança do profissional, falta de capacidade de aplicar a RCP de acordo com protocolo, falta de recursos materiais, instabilidade emocional da equipe, entre outros menos frequentes.

É importante salientar que tanto o enfermeiro quanto a equipe de enfermagem se encontram insatisfeitos e com dificuldades em relação aos recursos humanos e materiais ofertados pela instituição em que trabalham, sendo muitas vezes esses fatores determinantes do atendimento estressante, afetando diretamente na qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem e muitas vezes resultando em insucessos no tratamento.

Sabendo-se da importância de o enfermeiro possuir o domínio teórico/prático da RCP, sendo fundamental o seu papel de liderança no momento da PCR, e também seu *feedback* a equipe após a PCR, é de extrema importância destacar que é de competência do enfermeiro também capacitar ou viabilizar junto a instituição a capacitação de sua equipe se o mesmo constatar a necessidade e também cobrar da instituição o fornecimento de recursos humanos e materiais suficientes para a realização da RCP.

Importância do enfermeiro no gerenciamento e liderança da PCR e como isso reflete em sua equipe

Guilherme *et al* (2013), afirma que dentro da assistência incumbida ao enfermeiro encontra-se principalmente a organização dos ambientes durante e após a PCR, organização/solicitação dos materiais utilizados na RCP, definição de condutas de reanimação, sendo primordial que o mesmo saiba acionar, direcionar e orientar a equipe de enfermagem, realizando também o acompanhamento contínuo desse paciente após a PCR, caso haja o retorno da circulação espontânea.

É de suma importância o enfermeiro estar sempre atualizado para prestar a assistência ao paciente em PCR, sendo que essa assistência que define a situação futura de saúde do paciente, podendo gerar danos recorrentes ao mesmo caso, as condutas não sejam antecipadas e realizadas de forma correta e eficaz para reverter o quadro. Ressalta-se também a importância do enfermeiro e a equipe se manterem sempre atualizados para prestar o atendimento rápido, organizado e de qualidade a esse paciente, sendo o enfermeiro responsável por buscar atualizações e verificar a assistência da equipe e se necessário buscar atualizá-los também (SANTOS *et al*, 2016).

Com isso, vale ressaltar que a atuação do enfermeiro é de extrema importância para uma RCP de qualidade, visto que é primordial que o mesmo se mantenha atualizado nas diretrizes de RCP para que execute seu papel de líder, coordenando e prestando *feedback* a equipe após a PCR, entretanto, sabe-se que é essencial que o enfermeiro solicite a instituição recursos humanos e materiais suficientes para estes atendimentos, viabilizar junto a instituição a promoção da educação continuada para que seja prestado uma assistência de enfermagem adequada e de qualidade, evitando assim fatores estressantes

durante e após a assistência ao paciente vítima de PCR, proporcionando ao mesmo um prognóstico satisfatório.

5 | CONCLUSÃO

Este trabalho teve por objetivo principal identificar o papel do enfermeiro frente a PCR e seus reflexos na equipe de enfermagem, pela justificativa de que há uma deficiência na qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro durante uma PCR e que tal deficiência reflete diretamente na equipe de enfermagem e na qualidade da assistência prestada ao paciente, sendo o mesmo realizado a partir de uma pesquisa de revisão da literatura caracterizada como descritiva, quanti-qualitativa.

Com a hipótese do trabalho de que, a fundamentação teórica e prática do enfermeiro sobre PCR, durante a academia é superficial e o fornecimento de capacitação para esse profissional ainda é deficiente em muitas instituições hospitalares, e que, a falta de conhecimento e capacitação desse profissional reflete diretamente na assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente em PCR, então, ficou evidenciado com o estudo de que há um déficit de conhecimento teórico/prático do enfermeiro frente a assistência ao paciente em PCR de acordo com os protocolos, e que muitos enfermeiros ainda possuem dificuldades em prestar a assistência que lhe é incumbida, interferindo diretamente na equipe de enfermagem de forma que os mesmos muitas vezes ficam desassistidos de um líder durante a PCR, atuam com deficiência de recursos materiais e humanos necessários para se prestar uma RCP de qualidade e com falta de capacitações e atualizações sobre o assunto, tais fatores muitas vezes sendo responsáveis por uma assistência conturbada e desarmoniosa entre os membros da equipe, viabilizando então a hipótese da pesquisa.

Com a realização da pesquisa fica evidente a necessidade do fornecimento de capacitações e atualizações a toda a equipe de enfermagem, visto que é fundamental a realização de *feedback* após a RCP pelo enfermeiro a sua equipe, e, se necessário capacitar ou cobrar da instituição a realização de capacitações teórico/práticas a todos os profissionais, proporcionando assim uma melhoria na qualidade da assistência prestada durante a RCP.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. B. N.; ANDRADE, E. G. S. **Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo de ressuscitação cardiorrespiratória no setor de emergência.** Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 1. Goiás. 2018. Disponível em:< <https://revistasfacesa.senaiaires.com.br/>>. Acesso em: 24 ago. 2022.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das diretrizes de RCP e ACE.** American Heart Association. 2020. [s. l.]. Disponível em:< <https://iceu.com.br/>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques da American Heart Association, 2015 atualização das diretrizes de RCP e ACE. 2015. [s. l.]. Disponível em:< <https://www.academia.edu>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

ANDRADE, L. S.; ANDRADE, A. F. M. S.; TORRES, R. C.; TELES, W. S.; SILVA, M. C.; SILVA, M. H. S.; BARROS, A. M. M. S.; SILVA, R. N.; JUNIOR, P. C. C. S. **Perfil do enfermeiro frente a uma parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar.** Brazilian Journal of Health Review. Curitiba/PR. 2021. Disponível em:< <https://www.researchgate.net>>. Acesso em: 25 abr. 2022.

ASSIS, T.; STEFFENS, A. P.; LIMA, M. F. S.; DE OLIVEIRA, V. B.; AMARAL, J. M. **Conhecimento da equipe de enfermagem que atua em unidade de terapia intensiva sobre ressuscitação cardiopulmonar.** Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 95, n. 33. [s. l.]. 2021. Disponível em: <<http://www.revistaenfermagematual.com.br>>. Acesso em: 23/07/2022

BRAGA, R. M. N.; FONSECA, A. L. E. A.; RAMOSC, D. C. L.; GONÇALVES, R. P. F.; DIASE, O. V. **Atuação da equipe de enfermagem no atendimento à vítima de parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar.** Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul. MG. 2018. Disponível em: <<https://www.seer.uscs.edu.br>>. Acesso em: 06 mai. 2022.

CARNEIRO, L. L. N. B.; BALDOINO, L. S.; BALDOINO, L. S.; VIRGÍNEO, M. S. **Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as técnicas de reanimação cardiopulmonar.** R. Interd. v. 11, n. 3. [s.l.]. 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es>>. Acesso em: 31 jul 2022.

CITOLINO FILHO, C. M; SANTOS, E. S; SILVA, R. D. C. G; NOGUEIRA, L. D. S. **Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo - SP. 2015. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 19 set 2022.

COFEN. Enfermeiros podem fazer uso de equipamento de desfibrilação. Ascon – Cofen. BR. 2022. Disponível em:< <http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

GUEDES, A. R.; AMARO, A. Y. G.; SOUZA, N. P.; SILVA, M. S. L.; NASCIMENTO, A. C. B.; NEVES, F. L. A. **A importância da capacitação dos profissionais de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória em adultos.** JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL. TOCANTINS. 2021. Disponível em: <<http://revistas.faculdadefacit.edu.br>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

GUILHERME, M. I. S.; OLIVEIRA, C. E. F. V.; SILVA, A. R. M.; COSTA, M. F. R.; VASCONCELOS, R. B. **O atendimento de enfermagem em casos de parada cardiorrespiratória (pcr).** Accelerating the world's research. [s. l.]. 2013. Disponível em: <<https://d1wqxts1xzle7.cloudfront.net>>. Acesso em: 28 abr. 2022.

GUSKUMA, E.M. LOPES, M.C.B.T. PIACEZZI, L.H.V. OKUNO. M.F.P. BATISTA, R.E.A. CAMPANHARO, C.R.V. **Conhecimento da equipe de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar.** Rev. Eletr. Enferm. SP. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v21.52253>>. Acesso em: 30 jul. 2022.

LIMA, V. B. **Capacitação da equipe de enfermagem sobre o atendimento da parada cardiorrespiratória em um hospital secundário de fortaleza-ce.** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Florianópolis - SC. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

LODI, L.O.; SOLDATELLI, M.D.; GERHARDT, S.; FERRARI, A. D. L. **Parada cardiorrespiratória.** 2018. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref>>. Acesso em: 02 abr. 2022.

LOPES, A. P. O; NOGUEIRA, G. B. **O conhecimento do enfermeiro e sua atuação no atendimento intra-hospitalar à vítima de parada cardiorrespiratória.** Revista Eletrônica Acervo Saúde.2021. Disponível em:<<https://18.231.186.255/index.php/saude/article/view/7520>>. Acesso em: 29 ago. 2022.

LUCENA, V.; SILVA, F. **Assistência de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória: Um desafio permanente para o enfermeiro.** Revista científica FacMais, Goiânia. 2017. Disponível em: <<https://revistacientifica.facmais.com.br>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

MARQUES, S.C.; DIAS, D.F.; ARAGÃO, I.P.B. **Prevalência do conhecimento e aplicação das Técnicas de Ressuscitação Cardiopulmonar.** 2019. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/>>. Acesso em: 16 mar. 2022.

MASCARENHAS, M.L.S.; COSTA, R.L.L. **A atuação da equipe de enfermagem na parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica.** 2014. Disponível em: <<https://bibliotecaatualiza.com.br>>. Acesso em: 02 abr. 2022.

OLIVEIRA, S. F. G., MOREIRA, S. M. B. P., VIEIRA, L. L., GARDENSKI, G. **Conhecimento de parada cardiorrespiratória dos profissionais de saúde em um hospital público: estudo transversal.** Revista Pesquisa em Fisioterapia. Salvador. 2018. Disponível em:<www.journals.bahiana.edu.br>. Acesso em: 30 ago. 2022.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Bioética, cuidado e humanização: Humanização e cuidados de saúde e tributos de gratidão.** Volume 3. Edições Loyola, Centro Universitário São Camilo. SP. 2014.

REIS, C. M. B. **Atuação e dificuldades do profissional enfermeiro frente a uma parada cardiorrespiratória: uma revisão narrativa.** CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. DF. 2020. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

ROCHA, F.A.S.; OLIVEIRA, M.C.L.; CAVALCANTE, R. B.; SILVA, P.C.; RATES, H.F. **Atuação da equipe de enfermagem frente a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar.** R. Enferm. Cent. O. Min. [s. l.]. 2012. Disponível em:<<http://www.seer.ufsj.edu.br>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SANTANA, G. H.; ALBUQUERQUE, R. R. O.; MIRANDA, B. Z.; SILVA, R. P. L. **Conhecimento da equipe de enfermagem quanto às manobras de reanimação cardiopulmonar em hospitais no brasil: revisão integrativa.** Revista eletrônica, Estácio Recife. RECIFE. 2020. Disponível em: <<https://reer.emnuvens.com.br>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SILVA, W. M. et al. **Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: uma revisão integrativa.** Research, Society and Development, v. 9, n. 10, p. e2159108388-e2159108388, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

SILVA A.B.; MACHADO R.C. **Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória para enfermeiros.** 2013. Rio Grande do Norte: Rev Rene. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia. [s.l.]. 2013. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

TALLO, F.S.; JUNIOR, R.M.; GUIMARAES, H.P.; LOPES, R.D.; LOPES, A.C. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

VALE, M. M. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem da clinica medica e pronto socorro frente a parada cardiorrespiratória. FACENE. MOSSORÓ/RN. 2016.

ZAGO, M.G.C.; LIMA, M.F.; FERREIRA, J.C.; COIMBRA, J.A.H.; LIMA, L.V.; FERNANDES, C.A.M. Conhecimento teórico de graduandos sobre parada cardiorrespiratória no suporte básico de vida. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br>>. Acesso em: 02 abr. 2022.

CAPÍTULO 21

CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERAPIA

Data de aceite: 03/07/2023

Suzana Grings de Oliveira da Silva

Mariana de Oliveira Cardoso

Yanka Eslabão Garcia

Maryana Schwartzhaupt de Matos

Ana Maria Vieira Lorenzoni

Bibiana Fernandes Trevisan

Carla Patrícia Michelotti Pereira

Ana Paula Wunder Fernandes

Vanessa Belo Reyes

Marina Araujo da Cruz Moraes

complicações, condutas recomendadas na literatura, cuidados preventivos e manejo do extravasamento. Método: Estudo qualitativo, de revisão narrativa da literatura, próprio para a discussão do estado da arte sobre condutas no extravasamento de quimioterapia. Desenvolvimento: Os medicamentos são classificados de acordo com a fase em que agem no ciclo celular e seu potencial para causar lesão de pele. A via de administração endovenosa desses medicamentos pode ser periférica ou central, sendo a via mais utilizada para administração destes medicamentos. Os cateteres serão escolhidos de acordo com a terapêutica abordada e as condições dos pacientes, e essa escolha deve levar em consideração a segurança e prevenção do extravasamento medicamentoso. No manejo pós extravasamento de quimioterapia vesicante, não há consenso na literatura sobre a utilização de medicamentos chamados antídotos. Porém algumas medidas são incontestáveis face a um extravasamento, entre elas estão cessar a infusão e o uso de compressas. A Fotobiomodulação é o ato de aplicar luz a um sistema biológico, que tem o intuito de aumentar

RESUMO: A quimioterapia é um tratamento amplamente indicado contra o câncer, e apresenta toxicidades distintas relacionadas à sua classificação medicamentosa, entre elas hematológica, gastrointestinal e cutânea. Com relação ao potencial de dano aos tecidos, classificam-se em irritantes, vesicantes e não vesicantes. O enfermeiro que administra essa terapêutica, deve ter conhecimento acerca das principais

o metabolismo celular, e, consequentemente, produzir efeitos analgésicos, regenerando tecidos e cicatrizando lesões. Conclusão: O extravasamento de quimioterapia é uma emergência oncológica que requer pronta avaliação e intervenção por parte do enfermeiro responsável pela a infusão.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem oncológica. Antineoplásicos. Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A quimioterapia é o nome dado ao tratamento com medicamentos que tem por finalidade matar as células de rápida multiplicação que formam o tumor, agindo pelo corpo todo. A administração pode ser por via oral, endovenosa, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal (INCA, 2023).

Apesar de ser uma terapêutica amplamente indicada para o tratamento do câncer, a quimioterapia apresenta muitos efeitos adversos nos pacientes, que afetam várias estruturas do organismo, apresentando toxicidades gastrointestinais, cutâneas, hematológicas e neuro-musculares, por exemplo. Além dos efeitos adversos que estas drogas podem acarretar, algumas podem apresentar complicações na sua administração, principalmente se endovenosas. Algumas classes de medicamentos são propensas a flebites químicas, dor durante a infusão, até mesmo reações inflamatórias de estruturas adjacentes da pele em caso de infiltração do medicamento nos tecidos e lesão em casos de extravasamento de medicamentos vesicantes (BONASSA; GATO, 2022) Se faz necessário realizar uma conceituação a respeito dos termos utilizados nos casos em que o medicamento quimioterápico, de infusão intravenosa, atinge outros tecidos, e para tal, a classificação do medicamento quimioterápico será a precursora desta diferenciação conceitual (FREITAS, 2021).

Em quimioterapia, os medicamentos podem ser classificados de 3 formas quanto o potencial de dano aos tecidos: irritantes, não-vesicantes e vesicantes. (FREITAS, 2021). Os medicamentos classificados como irritantes e não vesicantes, quando administrados fora da rede venosa, chamamos de infiltração. Os medicamentos classificados como irritantes, podem ainda causar reações inflamatórias como, vermelhidão, flebite, sensação de queimação/ardor e dor local, mesmo quando o medicamento está adequadamente na rede venosa (SANTOS, 2020).

Já os medicamentos vesicantes, tem potencial de causar um dano maior ao tecido, incluindo necrose. Quando um quimioterápico pertencente a essa classe de medicamentos é administrado fora da rede venosa (escape), este incidente é conceituado como extravasamento (SANTOS, 2020).

A administração de quimioterapia é uma atividade privativa do enfermeiro, portanto, é imprescindível que este profissional tenha conhecimento acerca das principais complicações, condutas recomendadas na literatura, prevenção de complicações,

identificação precoce e manejo adequado para os casos de flebites, infiltração e extravasamento destes medicamentos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, de revisão narrativa da literatura, próprio para a discussão do estado da arte sobre condutas no extravasamento de quimioterapia. Os artigos e livros utilizados como base para o estudo, foram avaliados no período de abril à maio de 2023, tendo como intervalo de referência os últimos 7 anos.

Para realização da análise e produção científica, não foram utilizadas técnicas qualitativas e/ou quantitativas específicas, tendo sido feita a análise dos textos para produção e tratamento de dados.

DESENVOLVIMENTO

A divisão por classes ou grupos farmacológicos dos quimioterápicos se dá pela sua ação no ciclo celular (quer seja na fase de divisão ou repouso, dito como ciclo celular específico ou inespecífico) e quanto a sua estrutura química e função celular. As de atuação ciclo celular inespecíficas terão ação nas células em divisão ou se preparando para tal, sejam elas malignas ou saudáveis. Já no ciclo celular específico, são destruídas apenas células que se encontram nessa determinada fase (BONASSA; GATO, 2022).

Quanto à estrutura química e função em nível celular, os medicamentos quimioterápicos são divididos em agentes alquilantes (que formam derivados com DNA e subdivide-se em: mostardas nitrogenadas, Etileniminas, Alquilsulfonatos, Nitrossoureias e Triazenos), Complexos de coordenação de platina, agentes antimetabólicos (subdivide-se em: análogos do ácido fólico, análogos da pirimidinas, análogo das purinas e hipometilantes), antibióticos antineoplásicos, inibidores mitóticos, inibidores da topoisomerase e agentes diversos (BONASSA; GATO, 2022)

A classificação das drogas quimioterápicas de acordo com seu potencial para causar lesão de pele pode ser visualizada no quadro que abaixo

| VESICANTES | IRRITANTES | NÃO VESICANTES |
|---|--|---|
| Ligantes ao DNA | Gencitabina | |
| ANTRACICLINAS Doxorubicina Daunorrubicina Epirubicina Idarrubicina | AGENTES ALQUILANTES Carmustina Ifosfamida Dacarbazina Melfalano | Asparaginase Bleomicina Bortezomibe Cladribina Citarabina Decitabina Fludarabina Methotrexate Ciclofosfamida Pemetrexede |
| ANTIBIÓTICOS ANTITUMORAIS Dactinomicina Mitomicina C Mitoxantrona* | ANTRACICLINAS Daunorrubicina Liposomal Doxorubicina Lipossomal | ANTICORPOS MONOCLONAIOS Cetuximabe Bevacizumabe Pertuzumabe Rituximabe Trastuzumabe |
| Não ligantes ao DNA | INIBIDORES DA TOPOISOMERASE II Etoposideo | |
| ALCALÓIDES DA VINCA Vincristina Vimblastina Vindesina Vinorelbina | ANTIMETABOLITOS Fluoruracil | |
| TAXANOS Docetaxel Paclitaxel | DERIVADOS DA PLATINA Carboplatina Oxaliplatina Cisplatina | |
| | INIBIDORES DA TOPOISOMERASE I Irinotecano Topotecano | |

Fonte: (FREITAS, 2021).

ACESSO SEGURO EM QUIMIOTERAPIA

Dentre os tipos de catéteres venosos, para administração da quimioterapia, são utilizados os periféricos, como o jelco e centrais (CVC), entre eles, o cateter venoso totalmente implantado (CVTI) e Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) (LIMA *et al.*, 2020).

Os acessos venosos periféricos (AVP) têm como vantagens o baixo custo, baixa taxa de infecção, facilidade de acesso e brevidade para início do tratamento. As desvantagens são flebites, extravasamentos, dor local e esgotamento da rede venosa prévia. Os acessos centrais, destacam-se pela segurança da infusão, durabilidade do acesso, conforto e mobilidade do paciente. Apresentam como desvantagem o risco de infecção, trombose, alto custo e manutenção do cateter. (LIMA *et al.* 2020)

A administração endovenosa dos quimioterápicos pode ser feita em infusão contínua ou push/bolus. A técnica de infusão por push/bolus é realizada com medicamentos que são administrados em até 15 minutos, podendo ser utilizadas seringas ou bags para a infusão. A fim de reduzir o tempo de exposição do vaso aos medicamentos vesicantes, essa técnica é preferencialmente empregada para esta classe de medicamentos. Já a administração sob infusão contínua requer uma inspeção cuidadosa do vaso a ser utilizado para a infusão, preferencialmente utilizar bomba de infusão para a administração do quimioterápico visando maior segurança na administração e não utilizar acesso periférico para infusões contínuas de medicamentos vesicantes - preferencialmente utilizar cateter central (BONASSA; GATO, 2022).

A utilização de cateteres em oncologia é muito comum, e o sucesso do tratamento por vezes pode estar ligada a escolha adequada do tipo de cateter para cada paciente, bem como o cuidado pela equipe com este dispositivo, como higiene das mãos e conexões antes e após a manipulação (RODRIGUES *et al.*, 2015).

O índice de lesões por extravasamento de um centro de oncologia clínica, é o principal indicador de qualidade da assistência, de forma que centros de excelência possuem indicadores de lesão quase zero (BONASSA; GATO, 2022).

MANEJO PÓS EXTRAVASAMENTO

Ao realizar a administração de um medicamento vesicante, a verificação de refluxo sanguíneo é um fator importante para determinar a localização correta do acesso venoso. Outros sinais como edema, diminuição do fluxo de gotejamento da medicação e dor local podem ou não estar presentes, ou ainda serem leves, o que retarda a identificação do extravasamento (FREITAS, 2021).

No manejo pós extravasamento de quimioterapia vesicante, não há consenso na literatura sobre a utilização de medicamentos chamados antídotos. Porém algumas medidas

são incontestáveis face à um extravasamento, como: parar a infusão, manter o cateter na posição e realizar aspiração do conteúdo extravasado com uma seringa vazia, remover o acesso e manter o membro elevado, uso de compressas frias (exceto para extravasamento de alcalóides da vinca, em que se usa compressa quente), evitar a pressão manual do local afetado, fotografar a área para monitoramento, notificar o médico e estabelecer um plano de acompanhamento e cuidados (BONASSA; GATO, 2022).

A compressa morna deve ser utilizada 4x ao dia por 20 minutos durante no máximo 2 dias. Atentar que seu uso é recomendado apenas para alcalóides da vinca. O objetivo do uso da compressa morna é realizar vasodilatação do local do extravasamento, aumentando a dispersão e absorção citostática (FREITAS, 2021).

A compressa fria, utilizada no extravasamento das demais classes de medicamentos vesicantes, tem por objetivo diminuir a velocidade da absorção e neutralização da droga extravasada. Seu uso é similar ao da compressa morna: 4 vezes ao dia por 20 minutos durante 1 a 2 dias (FREITAS, 2021).

Os cateteres centrais têm preferência para a administração de medicamentos vesicantes, porém é importante lembrar que apesar de mais seguros, estes tipos de cateteres, não são isentos de complicações como extravasamento (RODRIGUES *et al*, 2015).

Segundo Bonassa (2022) a recomendação da utilização de antídotos é empírica e baseada em estudos experimentais em modelos animais, sendo em sua maioria avaliados como pouco eficazes na redução da toxicidade local causada pelos agentes vesicantes.

A seguir, um quadro com os principais antídotos disponíveis para uso em caso de extravasamento de medicamentos vesicantes:

| Antídoto | Objetivo | Diluição | Aplicação | Indicação |
|---------------------|------------------------------------|---|---|----------------------------------|
| Hialorunidase | Aumento permeabilidade celular | 150U hialorunidase em 1ml de diluente + 1 a 3ml de SF 0,9% 1 ml para cada ml extravasado | Através do cateter por onde extravasou ou SC ao redor | Alcalóides da vinca e Paclitaxel |
| Tiosulfato de sódio | Aumenta pH/ neutraliza medicamento | Não disponível no Brasil. Solução a 10% 4ml + 6ml de água destilada. 2ml para cada mg extravasado | Através do cateter por onde extravasou, intradérmico ou SC ao redor | Dactinomicina |
| Dexrazoxano | Agente quelante intracelular | - | Endovenosa | Antraciclinas |

Pontos a salientar sobre os antídotos: o emprego de corticosteróides não é mais indicado, devido a estudos recentes que indicam aumento da toxicidade cutânea. O Dimetilsulfóxido (DMSO) apresenta, em estudos, benefícios não confirmados, para utilização tópica de 1,5ml de solução de DMSO a 50% sobre a área, sem cobrir o local afetado em extravasamentos de doxorrbicina (BONASSA; GATO, 2022).

FOTOBIMODULAÇÃO

É o nome dado ao ato de aplicar luz a um sistema biológico, que tem o intuito de aumentar o metabolismo celular, estimulando as mitocôndrias a produção de adenosina trifosfato (ATP), e consequentemente produzir efeitos analgésicos, regenerando tecidos e cicatrizando lesões. (FERRARESI et al, 2014). A Fotobiomodulação (FBM) é realizada utilizando um aparelho de Amplificação da Luz por Emissão Estimulada de Radiação (LASER) de baixa intensidade, no qual pode ser utilizado 2 comprimentos de onda (vermelho e infravermelho) para estimular seu efeito local. A radiação emitida é não ionizante, portanto não faz alterações celulares a nível de DNA, e pode ter ação inibitória ou estimulada, dependendo da dose em joules administrada e do objetivo a ser alcançado (ARGENTA et al, 2022).

Quando ocorre o extravasamento, as mitocôndrias diminuem a produção de ATP, iniciando o estresse oxidativo, inibindo o processo inflamatório fisiológico e estabilizando a lesão, não ocorrendo o reparo. A utilização da FBM diminui o estresse oxidativo, aumenta a produção de ATP aumentando a proliferação celular e estimulando o reparo da lesão (FREITAS, 2021).

A recomendação de uso da FBM em extravasamento está descrita na tabela a seguir:

| Comprimento de onda | Posologia |
|---|---------------------------------------|
| Infravermelho (edema do extravasamento) | 4-6 joules pontual (seguir avaliação) |
| Vermelho (lesão extravasamento) | 1-3 joules (seguir avaliação) |

Fonte: FREITAS, 2021.

Importante salientar que o enfermeiro deve ser capacitado para realização da FBM, e que não há uma dose fechada para uso no extravasamento, ou tempo de reaplicação, pois a avaliação do dano e lesão é realizada singularmente (FREITAS, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O extravasamento de quimioterapia é uma emergência oncológica que requer pronta avaliação e intervenção por parte do enfermeiro responsável pela infusão. Mesmo que não haja consenso quanto à utilização de antídotos no manejo do extravasamento, é importante levar em consideração os estudos disponíveis e as indicações.

Em específico para uso da FBM, o maior entrave seria a capacitação do profissional para utilização do aparelho, porém, é um investimento importante a ser considerado no atendimento aos pacientes, visto que os estudos apontam uma potente ação positiva na lesão pela sua utilização.

Manter-se atualizado sobre o tema, confere uma maior segurança no atendimento ao paciente em tratamento quimioterápico, e em se tratando de oncologia, a atualização deve ser constante, devido a velocidade com que os estudos são realizados e as informações são atualizadas.

REFERÊNCIAS

- ARGENTA, Peter A; BALLMAN, Karla V; GELLER, Melissa A; *et al.* The effect of photobiomodulation on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A randomized, sham-controlled clinical trial. v. 144, n. 1, p. 159–166, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27887804/>>. Acesso em: 6 jun. 2023.
- FERRARESI, Cleber; *et al.* Low-level Laser (Light) Therapy Increases Mitochondrial Membrane Potential and ATP Synthesis in C2C12 Myotubes with a Peak Response at 3-6 h. v. 91, n. 2, p. 411–416, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25443662/>>. Acesso em: 6 jun. 2023.
- FREITAS, Karina Alexandra Batista da Silva. **Manual de extravasamento de antineoplásicos** / Karina Alexandra Batista da Silva Freitas, Regina Célia Popim. – 2. ed. rev. e ampl. – Botu- catu: FMB/HC, 2021
- Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Quimioterapia**. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/quimioterapia>>. Acesso em: 6 jun. 2023.
- LIMA, Antônio Fernandes Costa; SABA, Amanda; NEVES FILHO, Abílio Gonçalves das; *et al.* Acesso venoso periférico utilizando dispositivos sobre agulha com e sem extensão: custos e desfechos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/CG6v67TLf9rJ6fhHBwTHNjH/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 19 jun. 2022.
- SANTOS, Larissa; MEDEIROS, Larissa; MOREIRA, Lilian; *et al.* Papel do enfermeiro no cuidado de extravasamento de quimioterápico vesicante. 2020. Disponível em: <<http://www.revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/503>>. Acesso em: 6 jun. 2023.

CAPÍTULO 22

PRÁTICAS EM ENFERMAGEM: USO DA LASERTERAPIA NO TRATAMENTO DE FERIDAS

Data de aceite: 03/07/2023

Márcio Josué Träsel

Adriana Maria Alexandre Henriques

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Telma da Silva Machado

Simone Thais Vizini

Letícia Toss

Elisiane de Oliveira Machado

Rosaura Soares Paczek

Zenaide Paulo da Silveira

RESUMO: A laserterapia é um tratamento voltado para tratar de lesões que acomete principalmente a pele. Os lasers podem ser utilizados nas lesões na forma de alta potência e baixa potência, ambas objetivando o tratamento e recuperação das lesões de pele. Por meio dessa produção, objetiva-se compreender a laserterapia no tratamento de feridas como sendo uma nova prática em enfermagem na assistência aos pacientes portadores de feridas agudas e crônicas. O artigo está baseado em uma revisão bibliográfica, cuja

finalidade é sintetizar todos os resultados colhidos mediante o tema da laserterapia no tratamento de feridas, de maneira ordenada, sistemática e abrangente. Nesse contexto, o processo cicatricial é geralmente dividido em três importantes fases: inflamatória, proliferação e de maturação. Disfunções no processo fisiológico de cicatrização ocorrem por fatores locais, seja advindo de corpos estranhos presentes na ferida, macerações, infecções ou isquemias, como também fatores sistêmicos que tendem a causar o retardamento do processo cicatricial como a má nutrição, insuficiência renal, medicamentos ou idade avançada e o diabetes mellitus. Diante dessa explanação do processo fisiológico de cicatrização, faz-se necessário compreender como funciona o tratamento com laserterapia no contexto da cicatrização de feridas. Conclui-se que a cicatrização de feridas é um processo bastante complexo e que envolve diversos mecanismos que são de suma importância para a reconstrução tecidual. A laserterapia é uma importante ferramenta de uso dos profissionais de enfermagem visando o tratamento de feridas consideradas crônicas como lesões por pressão ou outras lesões que possuem seu processo de cicatrização fisiológica defasada.

PALAVRAS-CHAVE: Laserterapia; Feridas; Enfermagem.

ABSTRACT: Lasertherapy is a treatment aimed at treating injuries that mainly affect the skin. Lasers can be used on lesions in the form of high power and low power, both aiming at the treatment and recovery of skin lesions. Through this production, the objective is to understand laser therapy in the treatment of wounds as a new practice in nursing in the care of patients with acute and chronic wounds. The article is based on a literature review, whose purpose is to synthesize all the results collected on the topic of laser therapy in the treatment of wounds, in an orderly, systematic and comprehensive manner. In this context, the healing process is generally divided into three important phases: inflammatory, proliferation and maturation. Dysfunctions in the physiological healing process occur due to local factors, whether from foreign bodies present in the wound, macerations, infections or ischemia, as well as systemic factors that tend to delay the healing process such as poor nutrition, renal failure, medications or age, advanced disease and diabetes mellitus. Given this explanation of the physiological healing process, it is necessary to understand how laser therapy treatment works in the context of wound healing. It is concluded that wound healing is a very complex process that involves several mechanisms that are of paramount importance for tissue reconstruction. Laser therapy is an important tool for use by nursing professionals aiming at the treatment of wounds considered chronic, such as pressure injuries or other injuries whose physiological healing process is delayed.

KEYWORDS: Lasertherapy; wounds; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A pele humana é considerada como sendo o maior órgão do corpo humano, devido a isso não são raras as lesões que acometem esse órgão, vista a sua grande proporção de tamanho. Dito isso, para iniciar essa produção é necessário dizer, que a pele humana é composta por três importantes camadas, a primeira delas denomina-se de epiderme, ou seja, é aquela camada visível ou externa da pele, em segundo lugar tem-se a derme, camada localizada logo abaixo da epiderme, responsável pela sustentação dos vasos sanguíneos e tecidos nervosos, por fim, encontra-se também a camada hipoderme, isto é, formada primordialmente por tecidos adiposos, camada essa também que se denomina como tecido subcutâneo (MENEGUZZO; BAVARESCO; LUCENA; 2017). Perante a isso, as feridas ou lesões de pele são definidas basicamente como uma espécie de interrupção no que tange a integralidade da pele cutânea, sendo decorrente de diversos desequilíbrios que são considerados importantes agravos à saúde dos indivíduos que as possuem. Essas lesões podem ser advindas de diversos fatores, entre os principais deles aquelas lesões derivadas de traumas, além dessa, não se pode deixar de mencionar as lesões advindas de alterações circulatórias, falhas congênitas ou mesmo de processos degenerativos. Dessa maneira, as feridas possuem sua classificação como agudas e crônicas, sendo as agudas provenientes de lesões recentes, como traumas em que, existe uma ruptura de forma abrupta desse tecido, ocorrendo certa interrupção no que tange ao fluxo de sangue

e início do processo chamado de hemostasia. Já as feridas crônicas são derivadas de múltiplos fatores em associação, principalmente derivadas do meio biopsicossocial em que o indivíduo se encontra inserido (SANTOS et al., 2017).

Desde o ano de 1960, quando então iniciou-se o processo de estudo terapêutico da laserterapia sobre lesões, o físico Theodore Maiman, iniciou seus primeiros experimentos com o uso de um laser em ratos com feridas no ano de 1983 demonstrando sua efetividade quanto a sua finalidade esperada, assim, a laserterapia vem ano após ano passando por mais e mais testes buscando demonstrar sua efetividade sob o tratamento de feridas. Nesse prisma, a laserterapia é um tratamento incorporado como instrumento terapêutico voltado ao tratamento de lesões, nisso, os lasers podem ser utilizados nas lesões na forma de alta potência, ou seja, com seu potencial de ação mais destrutivo e também podem ser usados na forma de baixa potência, que nada mais é, a aplicação de laser sem potencial destrutivo, ambas objetivando o fim terapêutico desejado que é o tratamento e recuperação das lesões de pele, destarte, a potência no uso do laser depende da necessidade do paciente (ANDRADE; CLARK; FERREIRA; 2014). Frente a isso, o principal efeito funcional dos lasers sobre feridas concerne a fototermólise seletiva, ou seja, significa dizer que a luz que irradia do laser é seletivamente absorvida pela ferida cutânea indesejada, proporcionando o aquecimento dessa lesão, a danificação e a eliminação, contudo, sem afetar o redor dessa ferida, impedindo maiores comprometimentos em tecidos saudáveis (PEREIRA et al., 2018).

O profissional de enfermagem só pode iniciar o uso de laserterapia no tratamento de feridas mediante a especialização ou curso reconhecido pelo MEC, dado que o uso dessa ferramenta tecnológica exige do enfermeiro certo conhecimento quanto a física, interação do laser, biofotônica, dosimetria, como também conhecimentos aprofundados em fisiologia da pele e sua reabilitação. Para tanto, o enfermeiro dentro da equipe de enfermagem é o principal responsável pelo uso da laserterapia sendo privativo de sua profissão, claro que inserido dentro da equipe de enfermagem, visto que, esse mesmo profissional tem a possibilidade de atender aos seus pacientes tanto em unidades hospitalares quanto em home care (SCHMIDT; PEREIRA, 2016).

As lesões por pressão (LPP), são uma das principais feridas tratadas com o uso da laserterapia, estas tendem a acometer cerca de 9% dos indivíduos em situação de internação hospitalar e 23% quando se refere a pacientes domiciliados. Todavia, a grande incidência de LPP estão inseridos naqueles pacientes internados em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), perpassando marcas de 50% dos pacientes acamados, vista a sua falta de mobilidade, sedação e ausência de sensibilidade, o que tende a favorecer ainda mais o surgimento de LPP. Estudos e pesquisas realizadas desde a década de 90, comprovam a efetividade da laserterapia no tratamento de feridas envoltas na busca por melhora na cicatrização, sendo em maior efetividade o uso de lasers em baixa frequência, contudo, ainda existem nos dias hodiernos diversos autores que discordam da eficácia

desse tratamento sobre feridas. Em uma pesquisa realizada comprovou-se, que o uso de lasers em uma frequência baixa reduziu incríveis 71% da área das lesões por pressão, levando a uma melhora de cerca de 47% em relação ao tratamento feito em um período de um mês (BERNARDES; JURADO; 2018). Portanto, através dessa revisão integrativa, objetiva-se compreender a laserterapia no tratamento de feridas como sendo uma nova prática em enfermagem essencial na assistência aos pacientes portadores de feridas agudas e crônicas, sendo este o objetivo geral desta produção. Por outro lado, no que tange aos objetivos específicos, o primeiro deles diz respeito em conhecer a indicação e a importância do uso da laserterapia no tratamento de feridas, assim como entender o mecanismo de ação voltado ao uso de laserterapia em feridas demasiadas crônicas. Por fim, objetiva-se também avaliar o papel da enfermagem no uso de laserterapia na modalidade home care. Visando justificar a temática escolhida para a presente revisão integrativa, essa revisão busca evidenciar a laserterapia como uma nova prática em enfermagem voltada ao tratamento de feridas sejam elas feridas agudas ou mesmo crônicas, uma vez que, por ser uma temática pouco explorada e sendo não pouco essencial no cotidiano dessa profissão, em especial para aqueles profissionais com capacitação em uso dessa importante ferramenta tecnológica, auxiliando no tratamento de pacientes portadores dos mais diversos graus de feridas, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida a esses pacientes. Nisso, é importante salientar que o intuito dessa produção também é demonstrar aos profissionais de enfermagem que atuam na assistência e no cuidado a pacientes portadores de feridas crônicas e agudas que inovação é saber reconhecer e prover-se de ferramentas tecnológicas que auxiliam no seu trabalho e no tratamento dos seus pacientes, sem comprometer ainda mais o bem-estar físico e psicossocial, em que esse paciente esteja exposto. Nesse contexto, um dos principais prismas direcionados a esse trabalho, se refere ao conhecimento do que se trata a laserterapia e como ela atua como coadjuvante na assistência de enfermagem aos pacientes portadores de feridas e/ou lesões de pele, sendo este o principal motivo quanto a escolha da referida temática. Mediante a isso, a produção busca desenvolver-se de forma leve e com linguagem de fácil compreensão, acerca do conhecimento dessa nova ferramenta tecnológica, que é indispensável no trabalho dos profissionais de enfermagem em primordial quando se pensa em assistência em home care.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do período de 2012 a 2021. Optou-se por este período, pois, em 2011, por meio da Resolução 389, o Conselho Federal de Enfermagem passou a reconhecer a especialidade em Enfermagem Dermatológica, o que possibilitou o aprofundamento de novas tecnologias e procedimentos para o tratamento de feridas na atuação do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Os Descritores em Ciências da Saúde utilizados na pesquisa foram Terapia a Laser/Laser Therapy; Terapia com Luz de Baixa Intensidade/Low-Level Light Therapy e Enfermagem/Nursing (BIREME, 2017), com busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Banco de Dados de Enfermagem (BEDENF), National Library of Medicine (PUBMED/MEDLINE), Cochrane Library Central (COCHRANE). Para efetivação da busca, os descritores foram utilizados conforme o idioma da base de dados e combinados com os operadores AND e OR: Terapia a Laser AND/OR Enfermagem e Terapia com Luz de Baixa Intensidade AND/OR Enfermagem. A busca das publicações ocorreu entre agosto e setembro de 2022. Consideraram-se, para a busca das publicações científicas, os seguintes critérios de inclusão: artigo científico que citava de maneira clara a aplicação do laser pelo enfermeiro no tratamento de feridas e ou lesões; disponibilizado na íntegra, de forma livre e gratuita, nos idiomas português ou inglês; publicados entre 2012 e 2021. Foram excluídos os artigos repetidos.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

Feridas crônicas são consideradas um grave problema de saúde pública, sendo uma das maiores causadoras de gastos no sistema público de saúde. A pele humana por ser o maior órgão do corpo humano e está em contato direto com o meio exterior do corpo diferente de outros órgãos que geralmente encontram-se internalizados, tende a sofrer diversos traumas que levam ao surgimento de feridas e lesões. Pacientes portadores de diabetes mellitus, idade avançada e portadores de outros problemas que geram dificuldade na circulação sanguínea, são os mais suscetíveis ao retardo do processo fisiológico de cicatrização. Perante a isso, é sabido que a cicatrização de feridas está baseada em uma perfeita cascata de situações que levam a reconstrução do tecido lesionado, sendo que o processo de cicatrização tende a ser comum em todas as feridas de pele, isto é, independentemente do agente causador (PRISTO, 2012).

Nesse contexto, o processo cicatricial é geralmente dividido em três importantes fases, sendo ela a fase inflamatória, a fase de proliferação também denominada de fase de granulação e, por fim, a fase chamada de maturação ou remodelamento. Nesse processo, o colágeno é considerado a proteína que se encontra em maior destaque no corpo humano quando pensamos em retardar no envelhecimento ou mesmo no processo cicatricial, uma vez que ele é o principal componente presente na matriz extracelular de todos os tecidos humanos (CAMPOS; BORGES-BRANCO; GROTH; 2017).

Sendo assim, o estímulo tecidual que dá partida ao processo cicatricial é a lesão tecidual, a qual induz a elementos sanguíneos em contato direto com a proteína do colágeno e outros elementos da matriz extracelular, gerando um processo denominado de degranulação plaquetária, o que induz a ativação das cascatas de complemento e

de coagulação. Visto isto, acontece a liberação de diversos mediadores quimiotáticos e vasoativos que geram a cicatrização por meio da atração de diversas células de origem inflamatória para a ferida de pele (LAUREANO; RODRIGUES, 2011). Disfunções no processo fisiológico de cicatrização ocorrem devido principalmente aos fatores locais, seja advindo de corpos estranhos presentes na ferida, macerações, infecções ou isquemias, como também fatores sistêmicos tendem a causar o retardamento do processo cicatricial como a má nutrição, insuficiência renal, medicamentos ou os fatores anteriormente supracitados, ou seja, a idade avançada e o diabetes mellitus. Isto posto, a cicatrização pode envolver diversos mecanismos de interação, como interações entre as células da epiderme, derme, da mencionada matriz extracelular, proteínas presentes no plasma que são coordenadas pelas citocinas e também por fatores do processo de crescimento, em que existem interações dinâmicas que quando interrompidas levam ao processo de cronicidade da lesão (LEAL; CARVALHO, 2014). Diante dessa explanação do processo fisiológico de cicatrização e dos processos que levam ao retardamento da mesma, faz-se necessário compreender como funciona o tratamento com laserterapia no contexto da cicatrização de feridas. Com isso, é sabido que a radiação ultravioleta (UV) pode causar diversas alterações importantes no processo de cicatrização, pois além de aumentar a vascularização e o fluxo sanguíneo, ainda gera eritema, hiperplasia da epiderme e possui um efeito muito importante, ou seja, o efeito bactericida. Além disso, a radiação ultravioleta induz a um aumento na produção e também liberação da chamada interleucina 1 (IL-1), tudo isso por meio dos queratinócitos que levam a proliferação e a quimioatração dos queratinócitos como também dos fibroblastos, o que tende a favorecer a cicatrização da ferida (MESTRE; RODRIGUES; CARDOSO, 2012). O uso de aparelhos contendo laser em baixa potência em feridas crônicas ou que possuem circunstâncias que podem levar ao retardamento cicatricial, são de suma importância, uma vez que, o uso dos lasers leva a uma completa diminuição da já citada resposta inflamatória das lesões, isso gera uma mudança importantíssima na infiltração leucocitária neutrofílica, aumentando a quantidade de vasos formados e também a síntese das fibras do já citado colágeno. Seja diante do pé diabético lesionado ou qualquer outra ferida crônica, existem diversos estudos que comprovam a eficácia desses lasers quando se almeja a diminuição das áreas de pele lesionadas. Fonte: BATISTA, J. C.; LOPES, 2018.

Ainda assim, os lasers de baixa potência tendem a ser utilizados tanto para fins terapêuticos como bioestimuladores possuindo efeitos bioquímicos, bioelétricos e bioenergéticos, tendo em vista, que ele age diretamente na aceleração do processo de cicatrização, possuindo também efeitos anestésicos e antiinflamatórios. Pensando nisso, quando o laser é direcionado ao tecido lesionado ele interage através de processo ópticos tanto de reflexão, como de transmissão, espalhamento e absorção, sendo que quando incide sobre o tecido parte da luz transmitida não penetra no tecido, sendo apenas refletida, já a parte que leva a penetração do tecido divide-se em algumas partes, entre

as quais, uma será absorvida, outra será espalhada e a outra será transmitida. Nesse viés, o uso de lasers tem enorme influência no processo de cicatrização tecidual, dado que ele possui um efeito fotobiológico, ou seja, ele promove o processo de aceleração cicatricial (RODRIGUES et al., 2020). A laserterapia pode ser utilizada tanto para fins de tratamento de feridas, como também para fins de prevenção de futuras complicações em feridas, em especial feridas após processos cirúrgicos. Em conformidade com Baracho e Ferreira (2020), a aplicação de forma preventiva da laserterapia em baixa frequência, se mostrou bastante eficaz para evitar complicações pós-cirúrgicas, uma vez que, os efeitos biológicos da laserterapia inserido no contexto da bioestimulação ocorre de diversas maneiras, tanto pela atividade mitótica das chamadas células epiteliais, pela estimulação da microcirculação, ou mesmo por meio da síntese de colágeno. Assim sendo, através da aplicação de lasers de baixa frequência espera-se que haja uma minimização das complicações das feridas pós-cirúrgicas garantindo aos pacientes tratados uma melhor qualidade de vida. Existem uma gama de evidências que trazem os benefícios do uso de lasers no tratamento de feridas, tem-se em mente que a laserterapia possui um baixo custo, é considerado um método não invasivo, não é farmacológico e possui o mínimo de efeitos colaterais. Apesar de tudo isso, é notório destacar que a eficácia do tratamento com o uso de lasers sob as feridas, está voltado intrinsecamente a potência da onda de laser, da dose utilizada pelo profissional, da forma e tempo de aplicação, do número de sessões, entre outros fatores que podem levar ao sucesso ou não do tratamento (SILVA et al., 2020a). Quando aplicada de maneira correta seguindo as recomendações anteriormente citadas, o uso do laser promove um aumento significativo na quantidade dos chamados macrófagos visando realizar a fagocitose, favorecendo o metabolismo da proliferação celular dos também denominados fibroblastos, como também a um aumento na capacitação das fibrinas almejando a síntese de colágenos. Além disso, o uso dos lasers promove um aumento da quantidade de células que geram o processo de granulação e, dessa maneira, leva a um melhor estado de cicatrização, valendo destacar que a palavra laser se trata apenas de uma abreviação, significando, amplificação de luz por emissão estimulada de radiação (SILVA et al., 2020b). Dentre as características que fazem do laser uma forma terapêutica diz respeito a monocromaticidade, colimação ou coerência, uma vez que, o laser utilizado na terapia com laserterapia não provoca ou induz ao calor, devido a isso, não tem como causar danos aos tecidos e células, ocorrendo um efeito contrário, ou seja, ele ao invés de causar danos às células e tecidos, ele ajuda no processo de recuperação. Isto posto, as lesões por pressão (LPPs) são consideradas complicações frequentes quando se pensa no meio intra-hospitalar, em especial quando o paciente se encontra acamado, o que leva a um aumento significativo no tempo de internação desses pacientes, em infecções e também no retardamento da sua recuperação. Frequentemente as LPPs ocorrem como resultado da fricção, cisalhamento ou mesmo pressão da pele normalmente em locais em que há proeminência óssea, em especial nas

regiões do cóccix, nádegas e calcanhares (Figura 5), sendo que as lesões por pressão são uma das principais causas de morbimortalidade, afetando diretamente a qualidade de vida dos seus portadores (LINS et al., 2011). Para Caetano (2019), por não haver um protocolo clínico quanto ao uso da laserterapia, ela pode não ter efeitos significativos como espera-se que tenha pelo simples fato de não ser bem utilizada pelos profissionais que as manuseiam. O uso da laserterapia destinada ao tratamento dessas LPPs vem se mostrando cada vez mais indispensável, assim sendo, o uso da laserterapia em lesões crônicas como é a LPP favorecem a restauração tecidual, reduz a dor e o processo inflamatório, proporcionando a eliminação dos processos de necrose, favorecendo de forma assídua sob o desbridamento e controlando possíveis infecções direcionadas a uma boa cicatrização. Nisso, o uso contínuo da laserterapia dividido em seções e com laser de baixa frequência mostrou-se essencial na cicatrização da ferida. Pela laserterapia no tratamento de lesões por pressão ser utilizada na forma de baixa potência, ela atua na lesão mediante a permeabilidade da membrana celular, o que permite uma melhora no metabolismo da lesão e promove condições favoráveis para o reparo tecidual. Para tanto, o profissional de enfermagem desempenha um papel chave no tratamento das lesões por pressão, sendo de suma importância o conhecimento desses profissionais desde a graduação quanto ao uso da laserterapia no tratamento de feridas. O uso de laser na cicatrização de lesões por pressão tem se mostrado muito benéfico, tendo em vista que age diretamente nos chamados fatores intrínsecos, o que tende a contribuir de maneira muito assertiva na reparação dos tecidos e promove uma rápida recuperação e com o mínimo de dor, como ocorre em outras terapias convencionais utilizadas por essa profissão (SILVA et al., 2020a). Ademais, sabe-se que os profissionais de enfermagem desempenham um papel de suma importância na assistência aos pacientes portadores de feridas, agindo diretamente no cuidado, no tratamento desses pacientes e principalmente visando a sua completa recuperação. Com isso, o uso de ferramentas tecnológicas como é a laserterapia no contexto do tratamento de feridas, torna-se primordial quanto a ciência do uso dessas novas práticas pelos profissionais de enfermagem, dado que a profissão a cada dia vem se destacando pela assistência à saúde dos pacientes, mostrando que essa profissão possui um protagonismo no tratamento de feridas dos seus pacientes. O atendimento na modalidade home care tem se mostrado bastante animador, seja pela praticidade do atendimento domiciliar ou pela boa rentabilidade que essa nova modalidade vem se mostrando nos últimos anos para os profissionais de enfermagem (DE OLIVEIRA; SORAGGE; PAULA, 2021). Nesse sentido, a enfermagem apresenta prevalente protagonismo no tratamento de feridas em detrimento as outras áreas profissionais voltadas a saúde, demonstrando que a responsabilidade seja pelo tratamento ou pela prevenção das feridas está inserido primordialmente no cotidiano da enfermagem, favorecendo assim a sua autonomia no processo de decisão quanto a cicatrização. Portanto, a aplicação e o uso da laserterapia por profissionais de enfermagem

vem crescendo ano após ano, dado que gera grande interesse nessa capacitação, seja pelos ótimos resultados desse tratamento inovador ou mesmo pela gama de situações em que se podem usar lasers de baixa potência (DOURADO; MARTINS, 2019).

4 | CONCLUSÃO

Ante ao exposto, conclui-se que a cicatrização de feridas é um processo bastante complexo, e que envolve diversos mecanismos que são de suma importância para a reconstrução tecidual. Nesse sentido, se sabe que as lesões de pele tendem a serem cicatrizados de maneira fisiológica, ou seja, o próprio organismo do indivíduo envolvendo diversos mecanismos que se dispõe a realizar essa importante tarefa de cicatrização, contudo, existem uma gama de situações que envolvem o paciente, como problemas de saúde que impedem esse processo fisiológico de cicatrização, e daí entra o uso de tecnologias para chegar ao correto estado de regeneração tecidual e consequentemente a cicatrização das feridas. Dito isso, a laserterapia é uma importante ferramenta de uso dos profissionais de enfermagem visando o tratamento de feridas consideradas crônicas, como aquelas lesões por pressão ou diversas outras lesões, que possuem seu processo de cicatrização fisiológica defasada. À vista disso, a presente revisão integrativa buscou esclarecer a risca todos os objetivos propostos, haja vista a busca de informações baseadas em artigos científicos que propiciou um entendimento mais abrangente sobre o uso da laserterapia no tratamento de feridas em processo de cronicidade. Perante a essa colocação, a laserterapia embora seja uma tecnologia desenvolvida a décadas, ainda apresenta diversas dicotomias relacionadas a seu uso pelos profissionais de enfermagem, embora haja diversos estudos que garantem a fidedignidade dessa tecnologia no tratamento de feridas. A utilização correta da laserterapia de baixa potência em consonância com o uso de coberturas adequadas, propiciam um processo de reparação tecidual muito importante, que reflete de forma significativa na vida dos pacientes que enfrentam cronicidade no processo de reconstrução tecidual, o que garante a esses pacientes, uma melhor qualidade de vida. Além disso, ainda relacionado ao uso da laserterapia no tratamento de feridas, é essencial que os profissionais de enfermagem enxerguem a utilidade que essas tecnologias lhes proporcionam, aumentando o seu arcabouço relacionado às suas práticas de trabalho, enxergando também nessas tecnologias a oportunidade de prestar uma melhor assistência aos seus pacientes, seja em âmbito hospitalar ou mesmo por meio do home care, prática essa que cada vez mais vem ganhando o gosto do público, pois o home care propicia um atendimento aos clientes em sua própria residência, o que favorece ainda mais o alcance dos objetivos relacionados a cicatrização de feridas crônicas. Portanto, ainda se faz necessária a construção de estudos mais aprofundados voltados a essa temática, favorecendo para a construção de conhecimentos e a implementação de medidas seguras destinadas ao uso de laserterapia de forma adequada no tratamento de feridas crônicas, sendo esses os

principais pontos ainda a serem estudados e analisados. Além disso, é importante que os profissionais de enfermagem sempre prestem um atendimento o mais humanizado possível para esses pacientes, que sofrem com cronicidade de lesões e assim venha favorecer ao processo de cura desse transtorno a saúde de uma boa parcela da população.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. do S. da S. D.; CLARK, R. M. de O.; FERREIRA, M. L. Efeitos da laserterapia de baixa potência na cicatrização de feridas cutâneas. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 41, p. 129-133, 2014. ASSIS, Leandro. Fases da Cicatrização. Enfermagem em Foco, 2020.
- BARACHO, C. P.; FERREIRA, J. B. Utilização do Laser Terapêutico na Cicatrização de Feridas Cutâneas: Uma Revisão Integrativa/Use of Therapeutic Laser in Healingof Skin Wounds: An Integrative Review. ID on line. Revista de psicologia, v. 14, n. 53, p. 732-738, 2020.
- BERNARDES, Lucas de Oliveira; JURADO, Sonia Regina. Efeitos da laserterapia no tratamento de lesões por pressão: uma revisão sistemática. Revista Cuidarte, v. 9, n. 3, p. 2423-2434, 2018.
- CAETANO, Anne Mônica. Custo-efetividade da laserterapia no tratamento de lesão por pressão. Tese (Doutorado em Administração e Gestão em Sistemas de Saúde) – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2019.
- CAMPOS, A. C. L.; BORGES-BRANCO, A.; GROTH, A. K. Cicatrização de feridas. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 51-58, 2007.
- DOURADO, R. M. D.; MARTINS, M. M. F. Atuação do enfermeiro no cuidado e na prevenção de feridas crônicas na atenção primária à saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2019.
- ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.
- JACINTO, J. B.; MOTA, A. de F. G.; FREITAS, J. B. de.; SILVA, G. M. da.; CANEVARI, G. da C. Laserterapia na cicatrização de úlcera de pressão: Relato de caso. Sudamerica [Internet], p. 215-220, 2010.
- LAUREANO, A.; RODRIGUES, A. M. Cicatrização de feridas. Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, v. 69, n. 3, pág. 355-355, 2011.
- LEAL, E. C.; CARVALHO, E. Cicatrização de feridas: o fisiológico e o patológico. Revista Portuguesa de Diabetes, v. 9, n. 3, pág. 133-143, 2014.
- LINS, R. D. A. U.; DANTAS, E. M.; LUCENA, K. C. R.; CATÃO, M. H. C. V.; GARCIA-GRANVILLE, A. F.; NETO, L. G. C. Efeitos bioestimulantes do laser de baixa potência no processo de reparo. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 85, n. 6, p. 849- 855, 2010.
- MENEGUZZO, D. T.; BAVARESCO, T.; LUCENA, A. de F. Resultados da laserterapia em pacientes com feridas crônicas. Simpósio do Processo de Enfermagem, 8. Processo de enfermagem: estratégia para resultados seguros na prática clínica. Porto Alegre: HCPA, 2017.
- MESTRE, T.; RODRIGUES, A.; CARDOSO, J. Cicatrização de feridas crônicas–Algumas opções terapêuticas. Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, v. 70, n. 4, pág. 423-433, 2012.

DE OLIVEIRA, B. P.; SORAGGE, K. R.; DE PAULA, S. M. A. CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS QUE UTILIZAM A LASERTERAPIA COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO NO ALEITAMENTO MATERNO. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), Mato Grosso, 2021.

PEREIRA, K. A. O.P; PEREIRA, L.P.; BACELAR, I.A.; WACHESK, C.C. LASERTERAPIA: REVISÃO DA LITERATURA. Revista Saúde em Foco – Ed. nº 10, 2018. PRISTO, I. Cicatrização de feridas: fases e fatores de influência. Acta Veterinaria Brasilica, v. 6, n. 4, p. 267-271, 2012.

RODRIGUES, M. F. B.; ROCHA, L. L. de. A.; BARBOSA, I. M. G.; ACIOLY, R. da F.; CARVALHO, D. do C.; ROCHA, C. C. L. da.; GONÇALVES, M. C. M. R. Cicatrização de ferida cirúrgica tratada com laser de baixa intensidade: relato de caso. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 9, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v9i1.4951>.

SANTOS, Nicholi Di Mari, RIBEIRO, J. L. A., WATANABE, E. A. M. T., & BERGAMASCHI, F. P. R. Diagnóstico de enfermagem evidenciados em pacientes com feridas: uma revisão integrativa. EVENTOS DA ENFERMAGEM UEMS, 2017, 1: 8-14.

SCHMIDT, M. H.; PEREIRA, A. D. Laserterapia: a utilização da tecnologia na intervenção em enfermagem. Disciplinarum Scientia Saúde, v. 17, n. 3, p. 499-506, 2016.

SILVA, E. N.; PEDROSA, M. J.; JUNIOR, P. C. de S. N.; NAKAJIMA, R. de O. B.; SOUSA, S. R. de. Vantagens e desvantagens da aplicabilidade do laser de baixa intensidade no reparo tecidual. Epitaya E-books, v. 1, n. 11, p. 33-40, 2020. DOI: <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2020137p33>.

DA SILVA, T. E. A.; LIMA, J. B. B. de; LIMA, I. P. M. P.; SILVER, T. F. C. LASERTERAPIA E O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO. SEMPESq - Semana de Pesquisa da Unit - Alagoas, [S. I.], n. 8, 2020.

SOUZA, H. de M. A. de. LESÃO POR PRESSÃO (ESCARA). In: SOUZA, H. de M. A. de. [S. I.], 28. jan. 2019. PLENITUDE, C. Laser no Pós-operatório de Cirurgia Cesária. In: PLENITUDE, C. [S. I.], [entre 2018 e 2022].

BATISTA, J. C.; LOPES, A. LASERTERAPIA NO TRATAMENTO DE FERIDAS CUTÂNEAS. Revista Digital de Saúde, Macaé-RJ, 7. Ed. 12 mar. 2018. SITTA, R. LASER Artroplastia/Prótese Total do Joelho. Youtube, 06 jul. 2019.

CAPÍTULO 23

AVALIAÇÃO MORFOLÓGICA DA INFLAMAÇÃO INDUZIDA POR ÁCIDO ACÉTICO E TRATADA COM DICLOFENACO DE SÓDIO, CELECOXIBE E BOSWELLIA SERRATA (MOVE) EM RATOS WISTAR

Data de aceite: 03/07/2023

Amanda Barbosa

<http://lattes.cnpq.br/9009499624597920>

Moisés Daniel da Rocha Resende

<http://lattes.cnpq.br/3453475101530050>

Naila Ribeiro Balbino Silva

<http://lattes.cnpq.br/9194292452006049>

Lucila Costa Zini Angelotti

<http://lattes.cnpq.br/8754211273865269>

Jose Norberto Bazon

<http://lattes.cnpq.br/1477289078926701>

Wilson Roberto Malfarà

<http://lattes.cnpq.br/1349279406406034>

Ana Rosa Crisci

<http://lattes.cnpq.br/9014827292091396>

RESUMO: A inflamação trata-se de um processo natural, afim de defender o organismo de diversos patógenos, podendo ser induzido através de produtos químicos, calor e produtos de microrganismo, causando os sinais de cardeais, calor, hiperemia, edema, dor e em casos agressivos perda da função. Atualmente com o advento da indústria farmacêutica tem-se uma gama de anti-inflamatórios

conhecido como Anti-inflamatório não esteroidais (AINES), porém, a cultura de automedicamento faz com que os indivíduos façam o uso em excesso sem saber seus prejuízos, resultando em sérios problemas. A medicina fitoterápica traz soluções inovadoras, medicamentos naturais sem causar tantos impactos significativos, comparado aos comercializados; como a Boswellia Serrata (MOVE) trata-se de um anti-inflamatório natural, o qual, médicos ortopedistas já utilizam em paciente com inflamações crônicas como artrite, diminuindo o processo inflamatório. Objetivou-se neste trabalho analisar o efeito do MOVE comparado ao diclofenaco de sódio e ao celecoxibe em ratos *Wistar*, submetidos a uma inflamação induzida por Ácido Acético. Foram utilizados 24 ratos *Wistar* (*Rattusnorvegicus*), distribuídos em 4 grupos com 6 animais cada grupo, que foram anestesiados e logo após, foi realizado a indução da inflamação com injeções de ácido acético I.P. de 7 em 7 dias, sendo administrado a primeira injeção no primeiro dia de experimento e 7 dias após a primeira aplicação. Depois de induzido a inflamação, iniciou-se às gavagens de AINES e MOVE, para tratamento, durante 15 dias. Após esse período os animais foram previamente

anestesiados com a associação de cloridrato de ketamina (100mg/kg) e cloridrato de xilazina (6mg/kg), Tiopenthal sódico (40mg/Kg) para eutanásia, de acordo com as normas e aprovação do Comitê de Etica em Pesquisa e Experimentação Animal (CEPan nº 411/20). Após o sacrifício foi feita a laparotomia e a coleta dos rins e fígado e encaminhados para os procedimentos histológicos de rotina. Na análise histopatológica do fígado e rim do animal que recebeu o Move foi possível identificar poucas alterações morfológicas, comparado ao diclofenaco de sódio e ao celecoxibe. Concluiu-se com o presente estudo que foi possível identificar a *Boswellia Serrata* (MOVE) como sendo uma opção eficaz de anti-inflamatório natural capaz de causar efeitos semelhantes aos medicamentos comercializados, como o Celecoxibe, sem causar impactos no organismo.

Palavras-chave: *Boswellia Serrata*. Anti-Inflamatórios. Automedicação.

ABSTRACT: Inflammation is a natural process, in order to defend the organism from various pathogens, and can be induced through chemical products, heat and microorganism products, causing the cardinal signs, heat, hyperemia, edema, pain and in cases aggressive loss of function. Currently, with the advent of the pharmaceutical industry, there is a range of anti-inflammatory drugs known as non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), however, the culture of self-medication makes individuals use them in excess without knowing their harm, resulting in serious problems. Phytotherapy medicine brings innovative solutions, natural medicines without causing so many significant impacts, compared to commercialized ones; like *Boswellia Serrata* (MOVE) it is a natural anti-inflammatory, which orthopedic doctors already use in patients with chronic inflammation such as arthritis, reducing the inflammatory process. The objective of this work was to analyze the effect of MOVE compared to diclofenac sodium and celecoxib in Wistar rats, submitted to an inflammation induced by Acetic Acid. 24 Wistar rats (*Rattusnorvegicus*) were used, distributed in 4 groups with 6 animals each group, which were anesthetized and soon after, the induction of inflammation was performed with injections of acetic acid I.P. every 7 days, the first injection being administered on the first day of the experiment and 7 days after the first application. After inflammation was induced, NSAID and MOVE gavages were started for treatment for 15 days. After this period, the animals were previously anesthetized with a combination of ketamine hydrochloride (100mg/kg) and xylazine hydrochloride (6mg/kg), sodium thiopental (40mg/kg) for euthanasia, in accordance with the norms and approval of the Ethics in Research and Animal Experimentation (CEPan nº 411/20). After the sacrifice, laparotomy was performed and the kidneys and liver were collected and referred for routine histological procedures. In the histopathological analysis of the liver and kidney of the animal that received Move, it was possible to identify few morphological alterations, compared to sodium diclofenac and celecoxib. It was concluded with the present study that it was possible to identify *Boswellia Serrata* (MOVE) as an effective option of natural anti-inflammatory capable of causing effects similar to marketed drugs, such as Celecoxib, without causing impacts on the body.

KEYWORDS: *Boswellia Serrata*; MOVE. Anti-Inflammatory Agents. Self Medication.

1 | INTRODUÇÃO

A inflamação trata-se de um mecanismo de defesa natural estudado desde os primórdios, sendo o primeiro a descrever esse processo o escritor romano Aurélio Cornélio Celso, na Roma Antiga (50 a.C.). Já no século XIX, foi associada à perda funcional e suas bases fisiopatológicas por Rudolf Virchow, que está relacionada com seus sinais cardinais, a saber: calor, rubor, edema, dor e perda da função na área afetada. Denominado como processo inflamatório, ele é mediado por diversos mediadores químicos que são responsáveis por fazer com que as células de defesa migrem para o local da lesão e as células fagocíticas ganham destaque nesse processo, pois são elas que realizam a fagocitose, a fim de destruir o corpo estranho responsável pela lesão tecidual (BARARDI; CAROBREZ; PINTO, 2010).

Os sinais cardeais da inflamação estão relacionados com alterações que fazem com que ocorra aumento do metabolismo, resultando na liberação de substâncias, como bradicinina, histamina e serotonina, provocando calor e o rubor, consequências da vasodilatação, o que aumenta a circulação sanguínea no local lesionado. Vale ressaltar que, com a vasodilatação, também ocorre o aumento da permeabilidade vascular, que permite o extravasamento de líquido favorecendo a formação de edema. Já a dor envolve a compressão de terminações nervosas através do edema e devido à liberação das substâncias que participam do processo inflamatório, relacionada com citocinas, quimiocinas e prostaglandinas, ou seja, fatores participantes da cascata do ácido araquidônico. A perda da função é classificada como modo parcial ou total em decorrência da dor e edema, tendo maior potencial de ação em articulações ou membros relacionados a movimentação (BRANCO *et al.*, 2013; ETIENNE, *et al.*, 2021).

A cascata do ácido araquidônico inicia-se após a degradação dos fosfolipídeos através da fosfolipase A2, isto é, ocorre a liberação de mediadores inflamatórios, posteriormente à produção do ácido, permitindo a formação de duas vias, as cicloxigenases (COX 1 e COX 2), levando à formação de prostaglandinas e tromboxanos A2 e B2. Já a outra via trata-se da lipoxigenase (LOX), faz com que haja a formação de uma série de leucotrienos, causa vasoconstrição e permite que as células de defesa cheguem até o local da inflamação, e tem papel fundamental no processo inflamatório resultando na reparação do tecido e destruição do agente invasor (ETIENNE, *et al.* 2021).

A COX 1 está relacionada com a produção fisiológica, e pode ser encontrada na mucosa gástrica, tem papel de inibir a secreção ácida, proporciona o aumento do fluxo sanguíneo e contribui com a produção de muco através das prostaglandinas produzidas. Também podem ser encontradas nos rins, onde contribuem com o aumento da filtração glomerular devido sua ação vasodilatadora, além disso, as prostaglandinas construtivas também possuem efeito hemodinâmico, ou seja, favorecem o relaxamento do músculo liso e vasodilatação (HILÁRIO *et al.*, 2006).

As prostaglandinas produzidas a partir da COX 2 só vão estar presentes na iminência de uma resposta inflamatória, quando ocorre uma lesão sua via é acionada, fazendo com que haja migração dessas citocinas para o local lesionado, causa dor devido irritação das fibras nervosas locais, febre por conta de sua ação no hipotálamo e no processo inflamatório, contribui para o aumento do fluxo sanguíneo, permeabilidade vascular e infiltração leucocitária. A outra via presente na cascata do ácido araquidônico que tem participação no processo inflamatório é a lipoxigenase (LOX), responsável pela produção de leucotrienos que permitem a permeabilidade vascular no processo inflamatório, potencializam assim a formação de edema no local afetado. Outro problema é a desgranulação e formação e superóxidos, que levam a danos teciduais característicos no processo (COUTINHO, et al., 2009; HILÁRIO et al., 2006).

Com o avanço tecnológico, atualmente existem medicamentos seguros e eficazes utilizados para diminuir o processo inflamatório, porém seu uso indevido e prolongado pode acarretar sérios problemas. Os Anti-inflamatórios não Esteroidais (AINES) estão presentes para atuar nesse processo, possuem ação antitérmica, analgésica e anti-inflamatória. Há AINES seletivos que atuam inibindo apenas a COX 2, diminuindo o desconforto local devido sua ação anti-inflamatória, como é o caso do celecoxibe. Em contrapartida, estão presentes os AINES não seletivos muito utilizados, tais como o diclofenaco, tendo seu principal mecanismo de ação a inibição de COX 1 e COX 2, porém seus efeitos adversos são mais intensos com o uso prolongado, causam úlcera gástrica e duodenal, sangramentos e até perfurações, consequência da inibição da COX 1. Vale ressaltar que esses problemas se potencializam quando se tem uma população com uma forte cultura da automedicação (BATLOUNI, 2010; COUTINHO, et al., 2009).

Dentre as opções naturais, a *Boswellia Serrata* é um fitoterápico, encontrado na folha caduca de árvores que crescem naturalmente nas partes montanhosas e secas da Índia. É utilizada a resina de goma, proveniente de um óleo natural, extraído de um corte realizado no tronco da árvore e armazenada em uma cesta de bambu específica para o armazenamento. Geralmente, esse corte é realizado entre os meses de março ou abril e feita à coleta da resina da goma durante o verão e outono. Ela produz um exsudato de qualidade apenas por três anos, após isso diminui a qualidade da resina e deve ser esperado um tempo até que recupere para realizar-se uma nova colheita (SIDDIQUI, 2011).

Esse resíduo semissólido, endurece lentamente em forma de lágrima com aroma. Depois de endurecida, é quebrada com martelo e as cascas são removidas manualmente, sendo classificada em forma, tamanho, cor, sabor e em quatro graus (superfina, grau I, II e III). Quando coletada em estação certa, começa a endurecer lentamente mantendo sua cor dourada e transparente, mas que pode ser escura dependendo do tamanho da árvore, processo de coleta e armazenamento. O escurecimento pode ocorrer devido à auto oxidação, polimerização e reações enzimáticas (SIDDIQUI, 2011).

Atualmente, a *Boswellia Serrata* mostra-se muito eficaz nos tratamentos de múltiplas doenças inflamatórias e os ácidos triterpênicos pentacíclicos presentes em sua composição, são os principais responsáveis pela capacidade anti-inflamatória. Seu efeito anti-inflamatório se dá principalmente pela inibição da 5-lipoxigenase (5-LOX), sendo que a *Boswellia Serrata* tem inibidores específicos, que não afetam a ciclooxigenase, mas sim o 5-LOX (SAFAYHI, et al., 1992).

A farmacologia e a medicina acreditam em o uso da *Boswellia Serrata*, como anti-inflamatório, analgésico, anti-hiperlipidêmico, anti-placa coronariana e ação benéfica relacionada à proteção do fígado. Além disso, também traz benefícios no tratamento de artrite, asma, bronquite, corrimento vaginal, queda de cabelo, tosse, febre e até mesmo doenças cardiovasculares (DHIMAN, 2006; MATHE, et al., 2003; SHARMA, et al., 2004).

Segundo Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, a automedicação é denominada como uso do medicamento sem prescrição, orientação e supervisão médica ou do dentista, a qual o próprio indivíduo utiliza para tratar doenças ou sintomas auto reconhecidos (BRASIL, 1998). Considera-se também quando se utilizam sobras de medicamentos, compartilhamento pelo próprio meio familiar ou social, e a alteração da dosagem, resultando em sérios problemas devido à falta de conhecimento relacionado ao mecanismo de ação do fármaco. Esse ato é devido a uma falsa crença de que o medicamento trará alguma melhora ou alívio em seu tratamento (ARRAIS, et al. 1997; BRASIL, 1998; PAULO, 1988; PONS, et al., 2017).

Esse problema ocorre devido à falta de instrução e informação sobre o medicamento, assim como o fácil acesso e disponibilidade ao comprar sem prescrição médica, uma situação comum observada com alta frequência e facilidade na compra de medicamentos de tarja vermelha (sem retenção de receita). No Brasil, cerca de 80 milhões de pessoas se automedicam, devido o não cumprimento de obrigatoriedade de apresentar receita médica (AZEREDO, et al., 2006; CAMPOS, 1985; IVANNISSEVICH, 1984).

Diante disso, este trabalho visa analisar os efeitos do Move, um produto natural – anti-inflamatório não esteroidal, não hormonal que não age através da inibição da COX-2, e compará-lo ao diclofenaco de sódio e ao celecoxibe em ratos *Wistar*, submetidos a uma inflamação induzida por Ácido Acético e analisar as alterações morfológicas do rim e fígado.

2 | METODOLOGIA

Esse trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisas e experimentação animal do Centro Universitário Barão de Mauá (CEUA- CEPan) sob o número 411/20, encontrando-se em consonância com a lei nacional 11.794 de 8 de outubro de 2008, decreto nº 6899 de 15 de julho de 2009 e Conselho nacional de experimentação animal (CONCEA, ano).

Para o presente estudo, foram submetidos vinte e quatro ratos (n=24) do gênero

feminino da espécie *Rattus norvegicus* de linhagem *Wistar* com pelagem de cor albina. Todos apresentavam no início do experimento pesagem em torno de 200 a 250 gramas, precedentes do biotério do Centro Universitário Barão de Mauá, localizado na cidade de Ribeirão Preto (SP), local onde toda pesquisa foi realizada. Foram utilizados ratos desmamados, da mesma linhagem, fêmeas pela quantidade disponível.

No início do experimento, os animais foram distribuídos em 4 grupos com 6 animais cada e os ratos foram submetidos à anestesia (fig. 1 A), a inflamação foi induzida com injeções de ácido acético (0,3 ml/kg) I.P. (intraperitoneal) (fig. 1B), sendo a primeira aplicação no início do experimento e após sete dias realizado a segunda aplicação, e após, realizado as gavagens (fig. 1 C) com os AINES e Move, utilizando seringa de 1ml e cânula (agulha de aço inox BD-12 de diâmetro de 1,2 mm com esfera 2,3mm, raio de 40mm e comprimento de 54mm), com o tempo planejado de 15 dias. Durante o tratamento os animais apresentaram alguns sinais clínicos como: pelos eriçados e curvatura na espinha dorsal sentido cranial caudal. No final do experimento foram submetidos a eutanásia com anestesia e com a associação cloridrato de ketamina (100mg/kg) e cloridrato de xilazina (6mg/kg), Tiopenthal sódico (40mg/Kg), sendo administrado via intramuscular com seringa de 1ml e agulha 0,30 x 13m.

O grupo 1 (controle) recebeu SF a 0,9%, o grupo 2 recebeu diclofenaco de sódio, o grupo 3 celcoxibe e o grupo 4 Move, após 1 dia a indução de ácido acético, como segue o esquema abaixo:

- G1 Controle - 0,3 mL SF 0,9% por via intragástrica a cada 24 horas.
- G2 Diclofenaco Sódio - 15mg/kg (0,5) via intragástrica a cada 24 horas.
- G3 Eterocoxibe - 1mg/kg via intragástrica a cada 24 horas.
- G4 Move - 34,2 mg / kg via intragástrica a cada 24 horas.



A – Anestesia

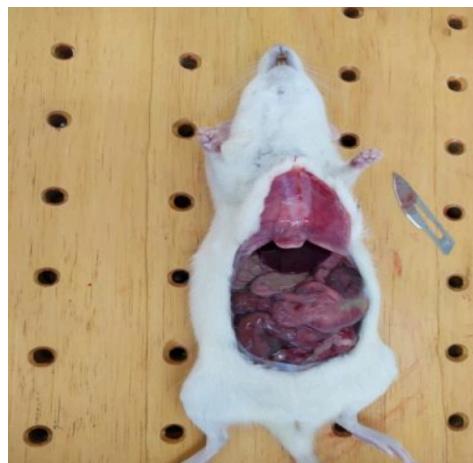


B- Indução do Ácido Acético



C - Gavagem

D - Eutanásia



E- Retirada do fígado e rins

Fig. 1 - Procedimentos Metodológicos.

Fonte: Arquivo dos autores.

Durante 15 (quinze) dias os animais receberam os AINEs e a solução fisiológica 0,9%. Após esse período, os animais foram anestesiados com a associação cloridrato de ketamina (100mg/kg) e cloridrato de xilazina (6mg/kg), Tiopenthal sódico (40mg/Kg) de acordo com a literatura estudada (WAYNFORTH e FLECKNELL, 1999). Com esse aprofundamento anestésico, os animais foram eutanasiados (fig. 1 D), para posterior coleta dos rins e fígado (fig. 1E) e encaminhados para os procedimentos histológicos de rotina, a fim de se realizarem as análises propostas.

Os animais submetidos ao tratamento com diclofenaco de sódio, não obtiveram sucesso durante o experimento.

Realizado teste com Análise de Variância com um fator (ANOVA), com p valor=0,05.

3 | RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS

Na análise histopatológica do rim de animal do grupo controle (fig. 2 A, 2B e 2C), observou-se que o parênquima do córtex renal apresenta-se com aspectos normais, entretanto, em maior aumento fig. 2C, uma congestão vascular (seta preta) e uma discreta vacuolização tubular (seta branca).

No grupo que tratado com celecoxibe (fig. 2D, 2E e 2 F), o parênquima do córtex renal apresentam-se com aspectos normais, em maior aumento fig. 2F, não se observa congestão vascular (seta preta) e os túbulos renais apresentam-se com bordas regulares.

No grupo que ingeriu o Move (fig. 2G, 2H e 2 I), apresentou-se com uma discreta área hemorrágica intra glomerular (seta preta), e uma pequena irregularidade nas células tubulares (seta branca).

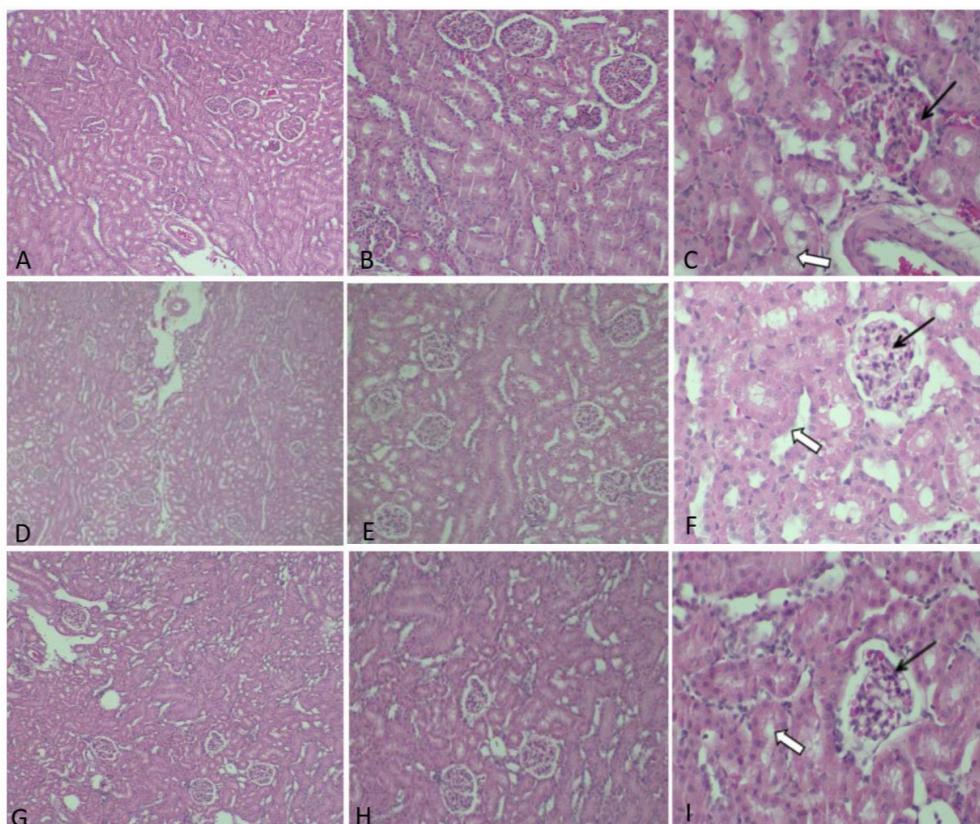


Fig.2. Fotomicrografias dos aspectos histopatológicos do rim (H.E.) Pan,10X e 40X.Em A, B e C: grupo controle, tratado com soro fisiológico. Em D,E e F: grupo tratado com Celebra. Em G,H e I: grupo tratado com Move.

Fonte: os autores.

Na análise histopatológica do fígado de animal do grupo controle (fig. 3 A, 3B e 3C), observou-se que o parênquima hepático estava normal, com aspectos lobulares preservados, veia central (seta branca) e cordões de hepatócitos com características também normais.

No grupo tratado com celecoxibe (fig. 3D, 3E e 3F), áreas lobulares preservadas, porém com uma intensa congestão vascular sinusoidal (asterisco).

No grupo que ingeriu o Move (fig. 3G, 3H e 3I), o parênquima hepático apresentou-se normal sem congestão vascular, veia portal normal (seta branca), e uma discreta congestão vascular sinusoidal (asterisco).

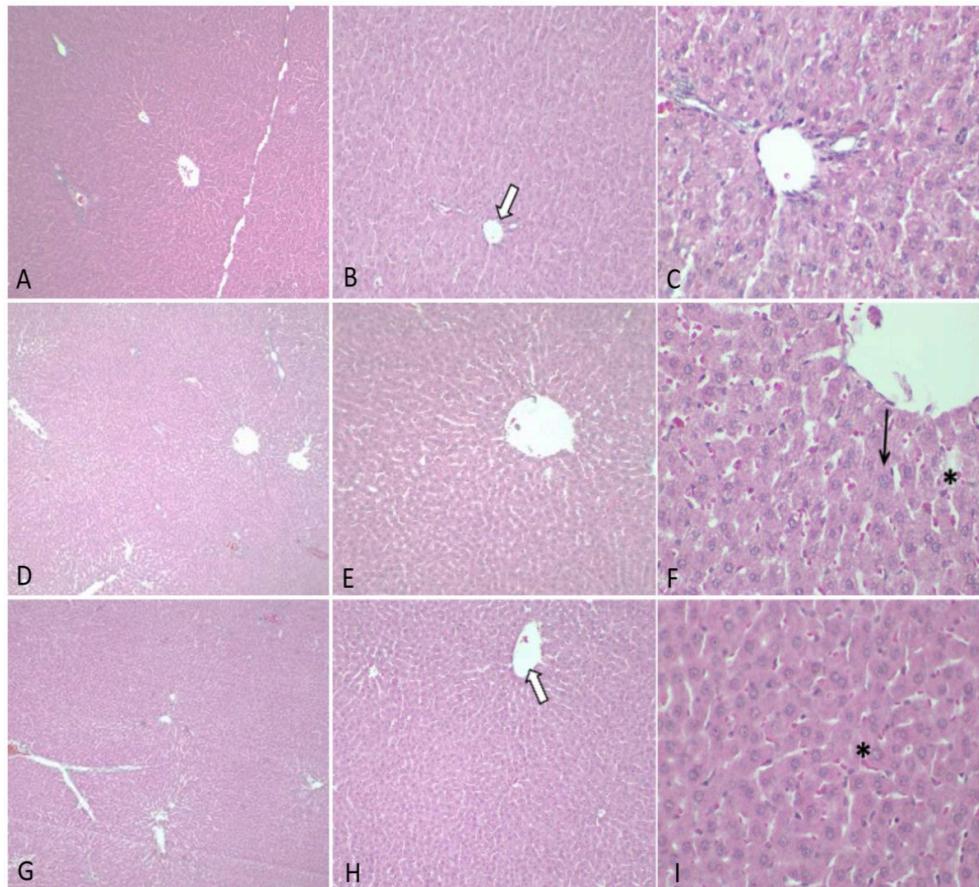


Fig. 3. Fotomicrografias dos aspectos histopatológicos do fígado (H.E.) Pan,10X e 40X. Em A, B e C: grupo controle, tratado com soro fisiológico. Em D, E e F: grupo tratado com celebra. Em G,H e I: grupo tratado com Move.

Fonte: os autores.

3.1 Análise estatística

As perdas médias de peso dos animais dos quatro grupos foram comparadas por meio da realização da Análise de Variância com um fator (ANOVA). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as perdas médias de peso dos quatro grupos ($p = 0,2100$).

| | Soro Fisiológico | Diclofenaco | Celecoxibe | Boswellia Serrata (MOVE) |
|----|------------------|-------------|------------|--------------------------|
| R1 | 196 | 229 | 230 | 211 |
| R2 | 213 | 208 | 205 | 197 |
| R3 | 212 | 201 | 222 | 209 |
| R4 | 203 | 248 | 195 | 198 |
| R5 | 214 | 230 | 210 | 202 |
| R6 | 212 | 216 | 209 | 220 |

Tabela 1 – Pesagem dos ratos no início do experimento

| | Soro Fisiológico | Diclofenaco | Celecoxibe | Boswellia Serrata (MOVE) |
|----|------------------|-------------|------------|--------------------------|
| R1 | 204 | 211 | 222 | 211 |
| R2 | 200 | 204 | 205 | 197 |
| R3 | 190 | 222 | 155 | 209 |
| R4 | 204 | 222 | 186 | 198 |
| R5 | 196 | 228 | 192 | 202 |
| R6 | 195 | 219 | 165 | 220 |

Tabela 2 – Pesagem dos ratos no final do experimento

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo investigar o efeito do MOVE comparado ao diclofenaco de sódio e ao celecoxibe em ratos *Wistar*, submetidos a uma inflamação induzida por Ácido Acético, analisando as alterações morfológicas do rim e fígado, nos diferentes tipos de AINEs aplicadas. Trata-se do primeiro estudo clínico comparativo da *Boswellia Serrata* (MOVE), celecoxibe e diclofenaco que se tem disponível até o momento em nosso meio. Os resultados obtidos em nosso estudo são eficazes e tolerados no tratamento da inflamação, que foi avaliado através de sinais clínicos, em que o MOVE apresentou uma ação semelhante ao celecoxibe e o diclofenaco não apresentou eficácia.

Alguns estudos mostram que a *Boswellia Serrata* apresenta diminuição da dor, rigidez, edema e melhora da articulação após 4 semanas do início do tratamento, atualmente sendo muito utilizado na ortopedia em casos de inflamações crônicas não apresentando

efeitos colaterais tóxicos quando administrado em doses alta, isso não significa que, a ausência dos efeitos colaterais garante a intervenção segura, por isso ainda necessita de estudos futuros para a total comprovação (UYEDA, M.; LIMA, A., 2020).

Em alguns casos de processo inflamatório, como reumatismo artrítico, colite, condições artríticas, miosite, osteoartrite, fibrosite e artrite reumatoide juvenil, os ácidos boswellicos agem inibindo em específico a 5-lipoxigenase, promovendo a degradação das glicosaminoglicanas e prevenindo a destruição da cartilagem articular, promovendo melhor mobilidade devido a diminuição nos sinais cardinais do processo inflamatório. Além disso, o extrato da *Boswellia Serrata* possui benefícios específicos em animais experimentais e células cultivadas in vitro. Também já foi aprovada para uso alimentício nos EUA, *Food and Drug Administration* e na Europa (EFSA - Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos; EMA – Agência Europeia de Medicamentos). (UYEDA, M.; LIMA, A., 2020).

A lesão hepática induzida por medicamentos, chamada pelo termo DILI (Drug Induced Liver Injury), é uma alteração comum no fígado, causada pela administração do medicamento em doses usuais, normalmente se manifesta em torno de um a noventa dias após o uso. Ainda que qualquer medicamento possa causar dano hepático, alguns geralmente não causam DHID (Doença hepática induzida por drogas), enquanto outros anti-inflamatórios não esteróides (AINES), antibióticos, drogas antiepiléticas são desencadeadoras de DHID. (LUNARDELLI; BECKER; BLATT, 2016; PERUCCHI, M. V., 2019).

Segundo literaturas estudadas é possível identificar que o extrato da *Boswellia Serrata* se mostra eficaz no tratamento de inflamações crônicas, ou seja, com efeito semelhante aos anti-inflamatórios estudo e comercializado com menor incidência de eventos adversos. Em uma revisão sistemática e meta-análise com 545 pacientes com AO (Osteoartrite), através dos resultados foi possível atingir a principal hipótese da pesquisa, que conclui que o extrato da *Boswellia Serrata* conseguiu atingir os efeitos esperados, como a questão da dor, rigidez, melhoria da função e do Índice de Lequesne (YU, G. et al, 2020).

Portanto, nessa pesquisa experimental, mesmo sendo a primeira em ratos da espécie *Wistar*, foram atingidas as hipóteses esperadas, isto é, a eficácia de um fitoterápico usado atualmente por diversos ortopedistas, pelo simples fato da taxa baixa incidência de eventos adversos como é mostrado pela literatura e sem impactos no organismo do indivíduo como mostra as lâminas histopatológica do fígado e rim coletado após os experimentos. Mesmo com estudos desenvolvidos, ensaios clínicos e pesquisas que estão em andamento, são necessários maiores aprofundamentos pensando em segurança do paciente, pois na literatura não foram encontrados muitos estudos comparado a anti-inflamatórios comercializados atualmente pela indústria farmacêutica.

5 | CONCLUSÃO

Através do presente estudo foi possível identificar que a *Boswellia Serrata* (Move) está relacionada como sendo uma opção eficaz de anti-inflamatório natural capaz de causar efeitos semelhantes ao de outros medicamentos comercializados, como celecoxibe, sem causar impactos significativos no organismo no tecido renal e hepático.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, D. S.. *et al.* A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, v.5, p. 2533 -2538. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kB6LHkhwPXqbz7QtmHJHQvz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2022.
- ARRAIS, P. S. D. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n. 1, p. 71-7. 1977. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v31n1/2212.pdf. Acesso em: 11 maio 2022.
- AZEREDO, K. S., *et al.* A automedicação no Brasil e a importância do farmacêutico na orientação do uso racional de medicamentos de venda livre: uma revisão. **Revista da graduação**. Rio Grande do Sul, v.9 n. 2, p. 1-15. 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/iberoamericana/N%C3%83%C6%92O%20https://www.scimagojr.com/index.php/graduacao/article/view/25673>. Acesso em 11 maio 2022.
- BARARDI, C. R. M., *et al.* **Imunologia**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. p. 179, 2010 Disponível em: <https://uab.ufsc.br/biologia/files/2020/08/Imunologia.pdf?msclkid=c5092652cfaf11ecb878671cc511476f>. Acesso em: 02 maio 2022.
- BATLOUN, M., *et al.* Anti-Inflamatórios Não Esteroides: Efeitos Cardiovasculares, Cérebro-Vasculares e Renais. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 4, p. 556-563, 16 fev. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/tF6ntrTM9pty8r9Tmvtgfmc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2022.
- BRANCO, M. M., *et al.* As bases farmacológicas dos cuidados farmacêuticos: o caso dos AINEs. **Acta farmacêutica Portuguesa**, [s.l.], v. 2, p. 79-87, 19 jul. 2013. Disponível em: <http://actafarmaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/3/103>. Acesso em: 02 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Medicamentos**, Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Brasília, DF, 1998.
- CAMPOS, J. M., *et al.* Prescrição de medicamentos por balconistas de 72 farmácias de Belo Horizonte/MG. **J. pediatr**, Rio de Janeiro. v. 59 n. 3, p. 07-12. 1983. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/pt/lil-28991>. Acesso em: 11 maio 2022.
- COUTINHO, M. A. S., *et al.* Flavonoids: potential therapeutic agents for the inflammatory process. **Revista Virtual de Química**, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 241-256, 26 jun. 2009. Sociedade Brasileira de Química (SBQ). <http://dx.doi.org/10.5935/1984-6835.20090024>. Disponível em: <http://static.sites.sjq.org.br/rvq.sjq.org.br/pdf/v1n3a06.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

DHIMAN, A. K. **Plantas de drogas ayurvédicas.** Delhi: Daya Publishing House. p. 326-7. 2006.
Disponível em: <<https://www.astralint.com/images/FlyerImg/9788170354529.pdf>>. Acesso em 05 maio 2022.

ETIENNE, R., et al. Pathophysiological Aspects of Inflammation and Drug Design: na updated overview. **Revista Virtual de Química**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 167-191, 2021. Sociedade Brasileira de Química (SBQ). <http://dx.doi.org/10.21577/1984-6835.20200138>. Disponível em: <http://static.sites.sbz.org.br/rvq.sbz.org.br/pdf/v13n1a12.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

HILÁRIO, et al. Antiinflamatórios não-hormonais: inibidores da ciclooxygenase 2. **Jornal de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria**. Rio de Janeiro. v. 82, n. 5, p. 206-212. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ped/a/xw7Py6gTnnHtvC3z3sJ4XTm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2022.

IVANNISSEVICH, A. Os perigos da automedicação. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro. v. 72, n. 1, p. 83-88, 23 jan. 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rboto/a/LpLXppYxF8pfQ56WdQcxCNJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 11 maio 2022.

LUNARDELLI, M. J. M.; BECKER, W. M.; BLATT, R. C. Lesão hepática induzida por medicamentos: qual o papel do farmacêutico clínico? **Rev. Bras. Farm.**, local v. 7, n. 4, p. 31-35, 1, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319066021_LESAO_HEPATICA_INDUZIDA_POR_MEDICAMENTOS_QUAL_O_PAPEL_DO_FARMACEUTICO_CLINICO_DRUG_INDUCED_LIVER_INJURY_WHAT_IS_THE_CLINICAL_PHARMACIST_ROLE_HEPATITIS_CAUSADA_POR_DROGAS_CUAL_ES_EL_PAPEL_DEL_FARMACEUT. Acesso em 20 out. 2022.

MATHE, C. et al. Caracterização de o líbano arqueológico por espectrometria de massa por cromatografia gasosa. **Journal of Chromatography A. Avignon**. Local v. 1023 n. 2, p. 277-285. 2003. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Carole-Mathe/publication/8893568_Characterization_of_archeological_frankincense_by_gas_chromatography_m.../links/5c7fdd1792851c69505a961f/Characterization-of-archeological-frankincense-by-gas-chromatography-mass-spectrometry.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carole-Mathe/publication/8893568_Characterization_of_archeological_frankincense_by_gas_chromatography_mass_spectrometry/links/5c7fdd1792851c69505a961f/Characterization-of-archeological-frankincense-by-gas-chromatography-mass-spectrometry.pdf). Acesso em 05 maio 2022.

PAULO, L.G., ZANINE A. C. Automedicação no Brasil. **Revista Ass. Med. Bras.** v. 34, n.2, p. 69-75. 1988. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-64037>. Acesso em 11 maio 2022.

PERUCCHI, M. V. **Boswellia serrata sobre a distribuição de peso aplicada na balança digital em cães com osteoartrite secundária a displasia coxofemoral**. Santa Catarina, 2019, p. 28 Universidade do sul de Santa Catarina.

PONS, E. S. et al. Fatores predisponentes à prática da automedicação no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM). **Jornal PLOS ONE**. Local v.12, n.1, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0189098&type=printable>. Acesso em 09 maio 2022.

SAFAYHI, H et al. "Boswellic acids: novel, specific, nonredoxinhibitorsof 5-lipoxygenase." **The Journal of pharmacology and experimental therapeutics**. Local v. 261, n. 3, p. 1143-1146, 1992. Disponível em: <http://citeserx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1078.9770&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em 01 maio 2022.

SHARMA, S. et al. Estudo farmacocinético do ácido 11-ceto beta-boswellico. **Revista Fitomedicina.** Local v. 11, p. 255-260, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0944711304703256?via%3Dihub>. Acesso em 05 maio 2022.

SIDDQUI, M. Z. *BoswelliaSerrata*, um potencial agente anti-inflamatório: Uma visão geral. **Revista Indiana de Ciências Farmacêuticas.** Local v. 73 n. 3, p. 255-261, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309643/pdf/IJPhS-73-255.pdf>. Acesso em 05 maio 2022.

UYEDA, M.; LIMA, A.. Tratamento de osteoartrite com Boswellia Serrata. **Revista Medicina Integrativa**, local v, n, p. 2020. Disponível em: <https://revistamedicinaintegrativa.com/tag/boswellia-serrata/>. Acesso em 19 out. 2022.

YU, G. et al. Effectiveness of Boswellia and Boswellia extract for osteoarthritis patients: a systematic review and meta-analysis. *Bmc Complementary Medicine And Therapies*, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 1-16, 17 jul. 2020. **Springer Science and Business Media LLC**. Disponível em: https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-020-02985-6?crsi=6624969174&cicada_org_src=healthwebmagazine.com&cicada_org_mdm=direct. Acesso em: 24 out. 2022.

CAPÍTULO 24

EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE PACIENTES EM USO DE VARFARINA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Data de aceite: 03/07/2023

Carolina Barbosa Ferreira

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3473410729704630>

Maria Auxiliadora Parreiras Martins

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4405925489665474>

Josiane Moreira da Costa

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
<http://lattes.cnpq.br/7190084567436237>

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

RESUMO: **Introdução:** Na prática da atenção farmacêutica, o profissional farmacêutico deve utilizar conhecimentos que incorporem a subjetividade dos pacientes e os significados que eles atribuem às suas condições e medicamentos. A varfarina apresenta ampla variabilidade dose-resposta e índice terapêutico estreito. Compreender a narrativa do paciente sobre sua experiência no uso desse medicamento assume grande importância, no sentido

de direcionar intervenções centradas no paciente que possam facilitar o controle da anticoagulação e minimizar riscos de complicações. **Objetivo:** Compreender os aspectos relacionados à experiência subjetiva de pacientes em uso de varfarina em uma clínica de anticoagulação de um hospital universitário. **Métodos:** Estudo qualitativo que utilizou o método de análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin, a partir de dados de entrevistas com dez pacientes acompanhados no ambulatório de anticoagulação oral, Borges da Costa no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM). Foram elegíveis ao estudo pacientes ≥18 anos, em uso de varfarina, acompanhados pelo ambulatório de anticoagulação do HC-UFGM e que aceitaram participar da pesquisa. As ligações tiveram duração média de 15 minutos, gravadas em um *smartphone* e transcritas na íntegra. A análise de conteúdo organiza-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. **Resultados:** Contou-se com 10 participantes com média de idade de 62 anos e 70% não concluíram a educação básica. Todos os pacientes

possuem fibrilação atrial como indicação para anticoagulação e possuíam indicação de uso contínuo de anticoagulante. Foram identificadas 12 unidades de significado, que foram posteriormente rearranjadas em duas grandes categorias. 1. Varfarina e a ideia de restrições alimentares; 2. Implicações do tratamento anticoagulante na qualidade de vida.

Discussão: Ao iniciar a terapia com varfarina os pacientes experienciam questionamentos, preocupações e necessidades relativas a esse tratamento. A ideia de mudanças na dieta devido a potenciais interações entre a varfarina e alimentos, associada aos impactos dessa terapia na qualidade de vida, são as pontuações mais contundentes e frequentes dos participantes. As mudanças nos hábitos alimentares promoveram experiências subjetivas importantes segundo os participantes, em primeiro lugar com caráter desafiador, no entanto, no decorrer do tratamento esse ponto torna-se algo a se habituar. Além disso, outros pontos foram ressaltados com veemência: a experiência de amigos e familiares que também faziam uso da varfarina, aprendizado no contexto do acompanhamento ambulatorial, a autorresponsabilidade em face do tratamento e o impacto emocional gerado principalmente devido aos riscos tromboembólicos. **Conclusão:** Durante esse estudo, evidenciou-se que a experiência subjetiva com a varfarina é um fenômeno único e complexo, que impacta a tomada de decisão do paciente. Por meio do conhecimento dessas narrativas, é possível a elaboração de ferramentas que auxiliem no processo do cuidado integral. Através do conhecimento dos desafios e percepções dos pacientes, é possível a elaboração de oficinas educativas direcionadas às necessidades descobertas. Ademais, pode fornecer subsídios para confecção de instrumentos que incorporem de forma mais contundente, através de questões geradoras, a subjetividade dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Pesquisa Qualitativa, atenção farmacêutica, varfarina, estratégias de saúde, interações medicamentosas.

SUBJECTIVE EXPERIENCE OF PATIENTS ON WARFARIN IN AMBULATORY CARE

ABSTRACT: **Introduction:** In the practice of pharmaceutical care, pharmacists should use knowledge that incorporates the subjectivity of patients and the meanings they attribute to their conditions and medications. Warfarin has wide dose-response variability and a narrow therapeutic index. Understanding the patient's narrative about their experience using this medication is of great importance to guide patient-centered interventions that can facilitate anticoagulation control and minimize the risk of complications. **Objective:** To understand aspects related to the subjective experience of patients using warfarin in an anticoagulation clinic at a university hospital. **Methods:** Qualitative study that used the content analysis method proposed by Laurence Bardin, based on data from ten interviewed patients monitored at the oral anticoagulation outpatient clinic, Borges da Costa, at the Hospital das Clínicas complex at the Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM). Patients aged ≥18 years, using warfarin, followed by the anticoagulation outpatient clinic of HC-UFGM and who agreed to participate in the study were eligible for the study. Based on a semi-structured interview, with a flexible structure, the patients reported their experiences, sensations and feelings regarding the use of anticoagulants. The calls had an average duration of 15 minutes, recorded on a smartphone and transcribed in full. Content analysis was organized around three chronological poles: pre-analysis, material exploration and treatment of results, inference and interpretation.

Results: There were 10 participants with a mean age of 62 years and 70% did not complete basic education. All patients had atrial fibrillation as an indication for anticoagulation and had an indication for continuous use of anticoagulants. Twelve units of meaning were identified, which were later rearranged into two large categories. 1. Warfarin and the idea of dietary restrictions; 2. Implications of anticoagulant treatment on quality of life. **Discussion:** When initiating therapy with warfarin, patients experience questions, concerns and needs related to this treatment. The idea of dietary changes due to potential interactions between warfarin and food, associated with the impacts of this therapy on quality of life, are the most striking and frequent scores of the participants. Changes in eating habits promoted important subjective experiences according to the participants, at first with a challenging character, however, during the treatment this point becomes something to get used to. In addition, other points were vehemently highlighted: the experience of friends and family who also used warfarin, learning in the context of outpatient follow-up, self-responsibility in the face of treatment and the emotional impact generated mainly due to thromboembolic risks. **Conclusion:** During this study, it became evident that the subjective experience with warfarin is a unique and complex phenomenon, which impacts the patient's decision-making. Through knowledge of these narratives, it is possible to develop tools that help in the process of comprehensive care. Through knowledge of the challenges and perceptions of patients, it is possible to develop educational workshops aimed at the discovered needs. In addition, it can provide subsidies for the creation of instruments that more forcefully incorporate, through generative questions, the subjectivity of patients.

KEYWORDS: Qualitative Research, pharmaceutical care, warfarin, health strategies, drug interactions.

INTRODUÇÃO

Na prática da atenção farmacêutica, o profissional farmacêutico deve utilizar conhecimentos que incorporem a subjetividade dos pacientes e os significados que eles atribuem às suas condições e medicamentos (SILVA, 2015). Esse tipo de conhecimento tem sido amplamente discutido por vários autores de diferentes disciplinas e pode ser pensado como experiência dos pacientes com medicamentos. A experiência subjetiva no uso de medicamentos pode ser definida como a experiência de um indivíduo de tomar um medicamento em seu cotidiano. É um encontro que ganha significado antes de ocorrer e muitas vezes é uma reação ao símbolo que a medicação carrega, e pode incluir efeitos negativos e positivos (SHOEMAKER; RAMALHO, 2006).

A atenção à experiência do paciente com o medicamento tem o potencial de fornecer ao profissional farmacêutico uma compreensão aprimorada dos pacientes e seus comportamentos, intenções, razões, expectativas, sentimentos, preocupações e ações. (BISSELL et al., 2006). No contexto de fármacos de ampla variabilidade dose resposta e índice terapêutico estreito, como a varfarina, compreender a narrativa do paciente quanto à sua experiência no uso desse medicamento assume grande importância, a fim de promover níveis adequados de coagulação e minimizar riscos de complicações relacionadas. Esse

anticoagulante oral é um derivado cumarínico, inibidor da vitamina K epóxido redutase, cujo efeito acarreta na inibição da ativação de importantes fatores da coagulação, amplamente utilizados na prevenção e no tratamento de distúrbios tromboembólicos.

A monitorização da terapêutica com varfarina é realizada por meio do exame Relação Normatizada Internacional (RNI) que avalia a coagulação extrínseca do sangue. O RNI é a relação entre o tempo de protrombina do paciente e o tempo de protrombina normal médio. A faixa terapêutica para grande parte das indicações recomenda o RNI alvo no intervalo entre 2,00 a 3,00. A resposta clínica ao tratamento com varfarina também é influenciada por interações medicamentosas, variabilidade genética dos pacientes, interação com a dieta e comorbidades associadas (MARTINS, 2012).

Visto que há ampla variabilidade na dose-resposta à varfarina, é requerido o acompanhamento frequente dos índices de RNI para auxiliar nos ajustes de dose e prevenir complicações. O uso de varfarina está associado ao risco aumentado de ocorrência de interações com outros medicamentos e alimentos ricos em vitamina K que podem alterar sua ação anticoagulante e, consequentemente, os valores de RNI. Além disso, a variabilidade entre dose e resposta à terapêutica com varfarina pode ser influenciada pelo uso incorreto do medicamento, grau de informação do paciente acerca da doença e do tratamento, impacto da terapia anticoagulante na qualidade de vida, bem como problemas de acesso ao medicamento e ao serviço de saúde (MARTINS, 2012).

As clínicas de anticoagulação, de caráter multiprofissional, realizam, o acompanhamento de pacientes em uso da varfarina, monitoramento do RNI e ajuste de dose do medicamento. A regularidade das consultas varia de acordo com os resultados de RNI apresentados por cada paciente. A anticoagulação controlada por equipe multiprofissional, está relacionada a um aumento percentual de pacientes com RNI na faixa terapêutica, diminuição das admissões hospitalares relacionadas à varfarina, menor frequência de RNIs fora da faixa terapêutica e diminuição da ocorrência de hemorragias e eventos tromboembólicos (DANTAS *et al.*, 2013; POLLER *et al.*, 2012; PATEL *et al.*, 2011; MANSUR *et al.*, 2012; WONG *et al.*, 2011). O profissional farmacêutico, como agente que compõe essa equipe multiprofissional, tem papel fundamental para promoção da segurança e eficácia da terapia anticoagulante. No contexto desse acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico clínico deve orientar os pacientes quanto ao uso da varfarina abrangendo pontos-chaves com relação a esse medicamento.

Nos últimos anos, estudos identificaram fatores dificultadores para o controle da anticoagulação oral, como a idade mais avançada dos pacientes, limitações de tempo dos profissionais de saúde, assim como barreiras linguísticas, deficiências cognitivas e baixo nível educacional dos pacientes (NASSER *et al.*, 2012). Assim como estratégias educacionais para melhoria do entendimento do paciente sobre o tratamento anticoagulante (LANE *et al.*, 2015), estudos sugerem a necessidade do profissional de saúde compreender a experiência subjetiva do paciente em relação ao medicamento utilizado (SHOEMAKER;

RAMALHO, 2006; RAMALHO *et al.*, 2012). O profissional farmacêutico também deve utilizar conhecimentos, a partir de técnicas para o reconhecimento da narrativa individual do paciente, que incorporem a subjetividade e os significados que eles atribuem às suas condições e medicamentos, como em um contexto de anticoagulação oral com varfarina.

Essa proposta de pesquisa tem como objetivo compreender os aspectos relacionados à experiência subjetiva de pacientes em uso de varfarina em uma clínica de anticoagulação de um hospital universitário.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Experiência subjetiva do paciente no uso de medicamentos

Medicamentos são tecnologias da saúde com implicações médicas, sociais, econômicas, antropológicas e epidemiológicas (ACURCIO, 2003). A experiência subjetiva com o uso de medicamentos se inicia a partir do encontro do paciente com o medicamento. Os significados atribuídos pelo paciente a esse encontro são diversos, anteriores ou não ao início do tratamento em questão (SILVA, 2015). O fato de o ser humano ser feito de condições subjetivas, que fazem com que ele sinta e produza sentido a partir dos sentimentos, está atrelado a busca por compreender a experiência que o paciente tem com a relação saúde doença e consequente com a medicação (SALVADOR; CORDEIRO, 2020).

Uma maior consciência da narrativa do paciente, pode ter um impacto significativo na prática da atenção farmacêutica por meio de uma melhor compreensão sobre o uso de medicamentos pelo paciente. Conforme defendido por alguns autores, quando uma doença surge os indivíduos buscam fazer sentido a sua condição de saúde seja em termos pessoais seja em termos sociais, há uma necessidade de fazer ligações entre a própria história de vida, o contexto social e a patologia instalada (BURY, 2001; KLEINMAN; SEEMAN, 2000). Conhecer e compreender as narrativas relacionadas ao uso de medicamentos dos pacientes, fornece aos profissionais de saúde informações para que esses possam entender onde a história está situada e quais implicações para o tratamento a partir da perspectiva do paciente. As narrativas dos pacientes em relação ao medicamento têm potencial para afetar a forma como os cuidados são prestados e organizados.

Nesse contexto, os profissionais de saúde também estão engajados no emprego de estratégias narrativas, seja contando ou participando de narrativas de adoecimento (BISSELL *et al.*, 2006). A partir da compreensão da experiência subjetiva no uso de medicamentos associada a prática clínica, impactos positivos podem ser gerados sobre a relação doença e tratamento na vida do indivíduo.

Varfarina: aspectos gerais

Os anticoagulantes orais, como a varfarina, foram descobertos na década de 30, e posteriormente começaram a ser utilizados na prevenção primária e secundária de

eventos tromboembólicos arterial e venoso (GUIDONI, 2012). O maior desafio no manejo de pacientes em uso de anticoagulantes é conciliar o efeito anticoagulante benéfico ao paciente com a redução do risco associado a complicações hemorrágicas (GUIMARÃES, 2007). A varfarina é o anticoagulante oral mais amplamente distribuído pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, comumente utilizado por pacientes com fatores de risco tromboembólico associados a doenças cardiovasculares tais como fibrilação atrial e/ou prótese mecânica valvar, com doença de Chagas e doenças valvulares mitrais reumáticas, além daqueles pacientes não cardiopatas com indicação de anticoagulação (AGENO *et al.*, 2012; PAIXÃO *et al.*, 2009; YOU *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2015).

A varfarina é um derivado cumarínico, inibidor da vitamina K (AVK) que produz seu efeito anticoagulante ao interferir na interconversão cíclica da vitamina K e seu epóxido, modulando assim a carboxilação dos resíduos de glutamato nas regiões terminais da molécula. Os fatores de coagulação II, VII, IX e X dependentes de vitamina K requerem carboxilação para sua atividade pró-coagulante, e o tratamento com varfarina resulta na produção hepática de proteínas parcialmente carboxiladas e descarboxiladas com atividade coagulante reduzida (AGENO *et al.*, 2012).

A varfarina é altamente suscetível a interações medicamentosas e interações com a alimentação. Alguns fármacos podem reduzir o efeito anticoagulante da varfarina, reduzindo sua absorção. Outros potencializam o efeito anticoagulante da varfarina inibindo sua depuração, enquanto alguns fármacos podem inibir o efeito anticoagulante aumentando sua depuração (AGENO *et al.*, 2012). Os fármacos também podem influenciar a farmacodinâmica da varfarina, inibindo a síntese ou aumentando a depuração dos fatores de coagulação dependentes da vitamina K ou interferindo em outras vias de hemostasia. A redução da resposta anticoagulante à varfarina ocorre em pacientes que consomem vegetais verdes de forma não consistente, alimentos ou suplementos contendo vitamina K.

Nesse contexto, a monitorização terapêutica do RNI associada ao acompanhamento em clínicas de anticoagulação é de extrema necessidade visto que o paciente deve ser bem esclarecido e informado, a partir dos contextos vividos, quanto as interações possíveis e como reagir a sinais e sintomas de descompensação.

Atenção farmacêutica no cuidado a pacientes em uso de varfarina

A atenção farmacêutica compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades e compromissos na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe multiprofissional (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002). Esse modelo de prática, envolve as concepções dos sujeitos, respeitadas as especificidades biológicas, psicológicas e sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde e pode ser referido como cuidado farmacêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

Os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, em clínicas de anticoagulação, podem gerenciar melhor os pacientes que recebem terapia anticoagulante se puderem identificar as barreiras percebidas e reais que os pacientes enfrentam na adesão e na continuidade do tratamento. No contexto do cuidado farmacêutico, esse conhecimento pode ajudar o profissional, a trabalhar com os pacientes para desenvolver estratégias para superar as barreiras identificadas. As condições de vida e atitudes dos pacientes em relação a terapia com varfarina desempenham um papel importante em sua decisão de adesão ao tratamento.

Uma revisão da literatura avaliou a prática da atenção farmacêutica com pacientes em anticoagulação. O acompanhamento realizado por farmacêuticos demonstrou desfechos positivos para pacientes que anteriormente ao acompanhamento apresentavam RNI lábil. Foi identificado que quando pacientes em uso de varfarina estão sob acompanhando de farmacêuticos, há um período mais curto para estabilização da terapia e maior porcentagem de tempo na faixa terapêutica (LEE; DAVIS; KIELLY, 2016).

Embora o acompanhamento seja mais bem estruturado em ambulatórios de anticoagulação, o sucesso do tratamento também depende de vários fatores individuais, e as causas clínicas de RNIs fora do intervalo terapêutico devem ser determinadas (ÁVILA *et al.*, 2011). O prognóstico dos pacientes em uso de varfarina depende dos aspectos farmacológicos e não farmacológicos que fundamentam o tratamento. O profissional farmacêutico, envolvido no monitoramento contínuo desses pacientes, que compreende a experiência do paciente com a varfarina é capaz de fornecer um serviço que potencialize os resultados para melhora do tratamento e minimize eventos adversos.

Intervenções educacionais direcionadas ao paciente em uso da varfarina

Os ambulatórios e clínicas de anticoagulação oral desempenham um papel importante no que diz respeito à manutenção de resultados satisfatórios para os pacientes em acompanhamento. É conhecido que a terapia com varfarina apresenta riscos de eventos graves caso o manejo não seja realizado de forma adequada (AGENO *et al.*, 2012). Em vista disso, não apenas o manejo relativo à dose de varfarina, mas também as orientações fornecidas quanto à indicação, posologia, riscos de interações, eventos adversos e sinais de alerta, contribuem para a manutenção de resultados satisfatórios de RNI por maiores períodos de tempo.

A baixa adesão é um dos principais contribuintes para o controle inadequado da anticoagulação com varfarina (KIMMEL *et al.*, 2007). A adesão à terapia com varfarina depende de fatores clínicos, como comorbidades, interações medicamentosas e mudanças no padrão alimentar, além disso, fatores genéticos, esses sendo mais difíceis de antecipar e a uma série de fatores psicossociais, sintomas depressivos, funcionamento cognitivo e qualidade de vida relacionado à saúde (SMITH *et al.*, 2010). Nesse sentido, as iniciativas de intervenções educativas com intuito de melhorar a compreensão e entendimento dos

pacientes quanto ao tratamento anticoagulante são importantes para promoção da saúde e minimizar ocorrências de complicações relacionadas à anticoagulação.

As interpretações, representações e crenças do paciente no que se refere à saúde, levando em consideração as particularidades dos tratamentos, são determinantes cruciais do sucesso do tratamento anticoagulante, particularmente com a varfarina (KIMMEL *et al.*, 2007; COSTA *et al.*, 2020). É importante que os pacientes compreendam com clareza as causas e consequências de sua condição de saúde, bem como os riscos e benefícios da terapia com varfarina, e incorporem essas informações em seu próprio cotidiano. Além disso, essas informações devem ser transmitidas de forma que o contexto social, econômico e cultural do paciente seja considerado e incorporado.

Estudos indicaram que em pacientes que têm maior entendimento sobre a terapia com varfarina, os valores de RNI estão mais frequentemente dentro da faixa terapêutica (COSTA *et al.*, 2020; PLATT *et al.*, 2008). Por outro lado, os pacientes que geralmente exibem conhecimento limitado de sua condição e da terapia anticoagulante apresentam resultados insatisfatórios com maior frequência. Nesse contexto, é importante que as intervenções educativas tenham como alvo esse grupo de pacientes para maximizar os resultados clínicos com a varfarina.

Política Nacional de Humanização (PNH)

A Política Nacional de Humanização, iniciada em 2003, com intuito de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), equidade, acesso universal e cuidado integral à saúde, no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil. A PNH afirma, o entendimento de humanização como:

Assim, entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2010)

A Política de Humanização busca, como objetivos a serem atingidos, a redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; um atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; a implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; a garantia dos direitos dos usuários; a valorização do trabalho na saúde e a gestão participativa nos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Além disso, aponta desafios para a prática integral da humanização no contexto da saúde, visto que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de nova ética no campo

do trabalho (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, o vínculo entre profissionais e usuários do serviço é de extrema relevância para valorizar questões referentes a autonomia do paciente e promover maior eficiência durante o processo de tratamento (WEBER, 2012; BRASIL 2010).

A humanização vista não como programa, mas como política pública que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em um cuidado regado a empatia, atenção e acolhimento integral (BRASIL, 2010). Além de promover a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Nesse sentido, dar centralidade ao cuidado humanizado revela a importância de se olhar para a subjetividade que envolve a dor e a doença além, das condições emocionais do sujeito.

MÉTODOS

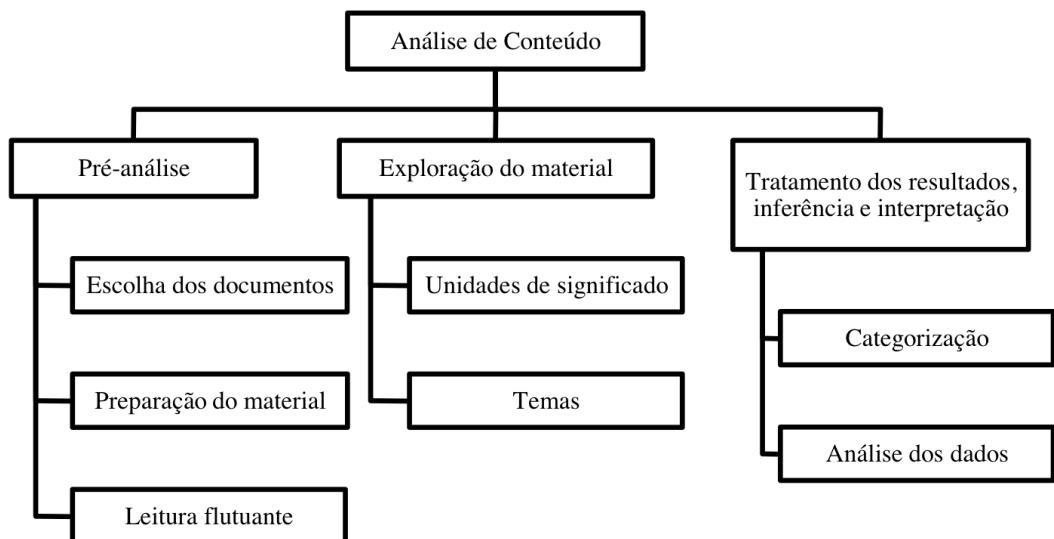
Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou o método de análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin, a partir de dados de entrevistas com pacientes acompanhados no ambulatório de anticoagulação, Borges da Costa no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).

As entrevistas foram realizadas com dez pacientes, acompanhados no HC-UFMG, no período de outubro de 2020 a fevereiro de 2021. Foram selecionados, aleatoriamente, pacientes que participaram de encontros educacionais oferecidos no formato de grupos, ofertados no intervalo de abril de 2019 a julho de 2020. Após a finalização da participação nos grupos, os pacientes foram captados para participar da pesquisa. Foram elegíveis ao estudo pacientes ≥18 anos, em uso de varfarina, acompanhados pelo ambulatório de anticoagulação do HC-UFMG e que aceitaram participar da pesquisa.

Nesse estudo, ao responderem as questões, os participantes retrataram suas experiências com o uso da varfarina. Em decorrência da pandemia da Covid-19, visando reduzir a circulação de pessoas, a comunicação com os pacientes foi realizada por meio de ligação telefônica. A partir de uma entrevista semi-estruturada, de estrutura flexível (POPE, C.; MAYS, N. 2009), os pacientes relataram suas vivências, sensações e sentimentos referentes ao uso do anticoagulante.

Para se atingir o objetivo do estudo, as seguintes questões foram aplicadas aos participantes: (1) Como foi sua experiência em começar a tratar no ambulatório de anticoagulação? (2) O que aconteceu com você para o início do tratamento com a varfarina? (3) Como é para você a experiência em utilizar a varfarina? (4) Como você se sente em utilizar a varfarina? (5) Qual foi a maior dificuldade durante o tratamento? (6) Dê um exemplo de uma situação que ocorreu por causa dessa dificuldade. As ligações tiveram duração média de 15 minutos, gravadas em um *smartphone* e transcritas na íntegra. Nesse

sentido, o organograma a seguir, apresenta os processos envolvidos no desenvolvimento da pesquisa qualitativa baseada na análise de conteúdo segundo Bardin.



Organograma: Desenvolvimento do estudo a partir do proposto por Laurence Bardin.

Fonte: Baseado em Bardin (2016, p. 123).

A pré-análise é um período de organização de dados que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de modo que seja facilitado os processos seguintes (BARDIN, 2016). A primeira atividade, no contexto da pré-análise, é a transcrição e edição das entrevistas, incluindo as pausas, risos, silêncios, hesitações bem como estímulos do entrevistador. Em seguida, foi realizada a leitura flutuante, que consiste em estabelecer contato com os textos, buscando incorporar impressões e orientações (BARDIN, 2016).

Posteriormente, foi realizada a exploração do material, que busca examinar profundamente os textos para estabelecer as unidades de significado. Nesta investigação, foi estabelecido como unidade de significado o tema, visto que este envolve não só componentes racionais, como também ideológicos, afetivos e emocionais (FRANCO, 2008). Segundo Bardin, a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que formam a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar algo para o objetivo analítico escolhido.

Os registros transcritos foram impressos, em duas cópias, uma mantendo o formato original de perguntas e respostas e outra contendo marcações, utilizando cores distintas, de forma a permitir o relacionamento de um mesmo tema em diferentes entrevistas ou até mesmo, mais de uma vez, na mesma entrevista. As entrevistas foram lidas e relidas, incontáveis vezes, buscando unidades de significado a partir de temas.

A divisão dos componentes dos textos em categorias é uma operação que classifica, tendo em vista a frequência e o contexto de fala, para então agrupar as unidades de significado temáticas, em categorias. O que permite esse agrupamento é o que há de comum entre os temas listados, por isso é necessária uma investigação cuidadosa dos relatos (BARDIN, 2016).

ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo está aninhado em um ensaio clínico não-randomizado intitulado “Avaliação da implementação de intervenção educacional em pacientes com controle inadequado da anticoagulação oral com antagonista da vitamina K atendidos em dois hospitais de ensino”, aprovado com código CAAE 65928316.3.0000.5149 (ANEXO 1). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Com o objetivo de manter a confidencialidade e anonimato dos participantes, os mesmos foram referenciados por meio de nomes fictícios.

RESULTADOS

O estudo contou com dez participantes, acompanhados regularmente no ambulatório de anticoagulação do HC-UFGM. As características sociodemográficas dos pacientes estão descritas na tabela 1. A média de idade foi de 62 anos e 70% dos participantes não concluíram a educação básica. Todos os pacientes possuem fibrilação atrial como indicação para anticoagulação e possuíam indicação de uso contínuo de anticoagulante.

| Nomes ¹ | Idade | Sexo | Estado Civil | Escolaridade | Ocupação |
|--------------------|---------|-----------|--------------|------------------------|---------------------|
| Sandra | 51 anos | Feminino | Solteira | Médio incompleto | Do lar |
| Manoelina | 68 anos | Feminino | Casada | Médio incompleto | Do lar |
| Sara | 68 anos | Feminino | Divorciada | Superior incompleto | Aposentada |
| Ester | 45 anos | Feminino | Solteira | Superior incompleto | Auxiliar de cozinha |
| Rute | 69 anos | Feminino | Casada | Médio incompleto | Do lar |
| Sofia | 62 anos | Feminino | Divorciada | Médio incompleto | Do lar |
| Amanda | 52 anos | Feminino | Casada | Fundamental incompleto | Do lar |
| Vitória | 63 anos | Feminino | Viúva | Fundamental incompleto | Do lar |
| Dulce | 56 anos | Feminino | Casada | Fundamental incompleto | Artesã |
| Luca | 80 anos | Masculino | Casado | Técnico | Aposentado |

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo.

1. Os nomes descritos são fictícios a fim de preservar o anonimato dos participantes.

Inicialmente, foram identificados 12 temas, que expressam os desafios e percepções experienciadas pelos participantes, conforme tabela 2. Esses temas foram posteriormente rearranjados em duas grandes categorias:

1. Varfarina e a ideia de restrições alimentares;
2. Implicações do tratamento anticoagulante na qualidade de vida.

A organização dos temas e consequente composição das categorias está descrita na tabela 3.

| TEMÁTICA | OBSERVAÇÕES |
|--|--|
| Experiências com o início do tratamento com varfarina | Considerações a respeito das mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares após inserção da varfarina a rotina. |
| Necessidade do medicamento | Indagações frequentes: varfarina é realmente benéfica? Preciso tomar a varfarina? |
| Referência a frequência do exame de RNI | Comentários recorrentes sobre limitações para realização do exame, questões financeiras, desconforto no momento de realização do mesmo. |
| Interações com outros medicamentos | Respostas que demonstraram a intensidade individual que as interações com outros medicamentos podem prejudicar tratamentos adjacentes. |
| Considerações sobre mudança na alimentação | Considerações consecutivas dos impactos da conscientização das mudanças necessárias na alimentação, e constância importante. Além de falas enfáticas, quanto a privação relacionada a dieta. |
| Varfarina e internações | Pontuações enfáticas quanto ao desconforto gerado por uma internação e como tal ocorrência gera impactos emocionais muitas vezes de difícil assimilação. |
| Experiências emocionais frente ao tratamento anticoagulante | Questões como medo, ansiedade, tristeza e desespero foram levantadas durante as entrevistas. |
| Considerações sobre resultados do RNI | Referências as preocupações recorrentes diante de resultados de exames fora do alvo terapêutico. |
| Aquisição do medicamento | Citações acerca da dificuldade para adquirir a varfarina em certos contextos, além do apoio externo para que essa aquisição seja constante. |
| Reflexões sobre a interação dos familiares e amigos frente ao tratamento com varfarina | De que maneira o apoio familiar e de amigos, seja emocional e/ou seja financeiro possui grande importância na manutenção do tratamento com varfarina. |
| Reflexões quanto o papel do “eu” durante o tratamento | Discussão referente a ação do próprio paciente no contexto do tratamento experienciado diariamente. |
| Varfarina e o acompanhamento ambulatorial | Reflexões gerais sobre a relação pessoal com o medicamento considerando o início do tratamento com certa incompreensão frente aos aspectos complexos da farmacoterapia, e os conhecimentos construídos no decorrer do acompanhamento farmacoterapêutico. |

Tabela 2: Unidades de significado – Temas.

| CATEGORIAS | TEMAS |
|--|--|
| Varfarina e a ideia de restrições alimentares | Experiências com o início do tratamento com varfarina |
| | Considerações sobre mudança na alimentação |
| | Varfarina e o acompanhamento ambulatorial |
| Implicações do tratamento anticoagulante na qualidade de vida. | Necessidade do medicamento |
| | Referência a frequência do exame de RNI |
| | Varfarina e internações |
| | Experiências emocionais frente ao tratamento anticoagulante |
| | Considerações sobre resultados do RNI |
| | Aquisição do medicamento |
| | Reflexões sobre a interação dos familiares e amigos frente ao tratamento com varfarina |
| | Reflexões quanto o papel do “eu” durante o tratamento |
| | Interações com outros medicamentos |

Tabela 3: Agrupamento dos temas em duas grandes categorias.

A experiência subjetiva dos pacientes em uso de varfarina revelou caráter multidimensional, que por sua vez perpassa por incertezas, preocupações quanto a possíveis complicações tromboembólicas, mudança no padrão alimentar, questões emocionais, apreensão inicial evoluindo para maior adaptação ao tratamento, e a importância do suporte assistencial. Essas experiências envolvem aspectos positivos e negativos, sendo influenciadas não só pela vivência individual, mas também pelas experiências compartilhadas por conhecidos ou familiares.

DISCUSSÃO

Nesse estudo que buscou compreender os aspectos relacionados à experiência subjetiva de pacientes em uso de varfarina, observou-se que o manejo da terapia anticoagulante apresenta desafios devido a: janela terapêutica estreita desse medicamento, ampla variabilidade na dose resposta entre os indivíduos, um número significativo de interações medicamentosas e dietéticas, além de requerer monitoramento laboratorial rigoroso com ajuste frequente da dose (AGENO *et al.*, 2012). Nesse contexto, ao iniciar a terapia com varfarina os pacientes expericiam questionamentos, preocupações e necessidades relativas a esse tratamento. A ideia de mudanças na dieta devido a potenciais interações entre a varfarina e alimentos, associada aos impactos dessa terapia na qualidade de vida, são as pontuações mais contundentes e frequentes dos participantes.

Varfarina e a ideia de restrições alimentares

No decorrer das entrevistas os pacientes levantaram questões e preocupações relacionadas à interação da varfarina com os alimentos. Além disso, discorreram sobre o espanto inicial gerado pelas alterações necessárias nos hábitos alimentares e como essa ideia de restrição tornou-se para muitos um desafio a ser enfrentado. Uma das pacientes relata quanto a mudança na alimentação foi uma surpresa para ela, com a seguinte fala:

[...] eu estranhei porque mudaram muito a alimentação e eu não estava acostumada. Já tomava o medicamento, mas nunca tinham me falado o que a gente poderia comer o que não poderia ficar comendo né? Quer dizer... a gente pode tudo mas tem que ser controlado. Aí eu não sabia. No início, eu não tinha consciência de que teria que controlar, principalmente sobre isso de interferir medicamento com alimentação, mas quando eu descobri, foi um choque! (Sandra).

Outra paciente, se refere às mudanças alimentares como uma de suas dificuldades no tratamento:

[...] é assim uma experiência muito difícil né, porque você tem que tá ali, tem que ter regra, você tem que ver o que você come e o que você deixa de comer pra não interferir na eficácia dela, entendeu?! Mas é, eu tô seguindo bem né o que o médico receitou, eu creio né?! Acho que estou (Amanda).

A interação da varfarina com alimentos ricos em vitamina K é amplamente conhecida na literatura e de grande relevância para o tratamento, por isso a educação em saúde do paciente é essencial para desenvolver uma dieta com um nível relativamente constante de vitamina K, identificar alimentos ricos nesse composto e contribuir para assegurar a rotina alimentar (COSTA et al., 2020). A ingestão dietética de vitamina K é uma importante fonte de variabilidade nos resultados de RNI, ao longo do tempo de tratamento com varfarina. Alimentos como vegetais verdes e folhosos, certos óleos vegetais têm o maior conteúdo de vitamina K. Para manter a estabilidade da coagulação, os pacientes precisam manter a ingestão de vitamina K com menor variação possível. Nesse contexto, quando se trata da inserção do paciente nessa terapia, a regularidade da ingestão desses alimentos pode caracterizada como um impasse, e ou, como classificado pela paciente, muitas vezes torna-se um incômodo.

[...] assim eu acho que a dificuldade que a gente tem é essa, é a incerteza de saber se seu sangue tá ralo se seu sangue tá grosso, "ah não, hoje não vou comer couve porque já comi salsinha, cebolinha e coentro". Então assim, você tem que ficar se policiando e o fato de você ter que se policiar o tempo inteiro causa um incômodo (Ester).

Na fala seguinte, a paciente evidencia a dificuldade para manutenção da quantidade de alimentos ricos em vitamina K, visto que a mesma se encontra em um quadro que é necessário a perda de peso.

[...] ah, é o controle da alimentação em relação as folhas verdes porque a

verdura, porque... eu sou... eu tenho peso elevado, então o médico manda fazer dieta, a dieta geralmente tem mais, favorável pra mim são folhas verdes né. E é o que eu não posso comer muito né e eu tenho que controlar, ficar controlando pra comer né. Então eu acho que dificuldade maior pra mim é essa, é nesse ponto aí. Porque se eu comer muito vai me atrapalhar lá no remédio, no controle da coagulação do sangue se eu comer menos vai atrapalhar também, então eu tenho que ficar sempre atenta (Manoelina).

As mudanças nos hábitos alimentares promoveram experiências subjetivas importantes segundo os participantes, em primeiro lugar com caráter desafiador, no entanto, no decorrer do tratamento esse ponto torna-se algo a se habituar. Os participantes relataram, em diferentes pontos das entrevistas, a ideia de restrição alimentar como um entrave a ser ultrapassado, ainda assim, ressaltaram a necessidade de vivenciar o tratamento com paciência e persistência, para aprender a conviver com as possíveis limitações.

Implicações do tratamento anticoagulante na qualidade de vida

Os impactos gerados pelo tratamento anticoagulante foram identificados conforme os pacientes ressaltavam suas percepções, principalmente quanto ao novo estilo de vida adotado após dar o início à terapia com varfarina.

Os participantes, em mais de um momento da entrevista, citaram episódios de amigos e familiares que também faziam uso da varfarina e intercorreram com complicações das mais diversas. Para alguns, esses episódios trazem à memória a importância do tratamento e acompanhamento do mesmo, já para outros o conhecimento dessas ocorrências gerou medo e ansiedade frente ao tratamento anticoagulante.

[...] é uma experiência ruim, viu?! Vou falar pra você, eu não aceito ainda não... É uma situação assim, que a gente vê muitas pessoas morrendo, pessoas que não faz o controle, pessoas com hemorragia, pessoas assim, sei lá... a gente faz amizade aí depois fica sabendo que a pessoa morreu. Entendeu?!. É ruim... sei lá... eu já sou ansiosa de natureza, aí que piora mesmo (Sofia).

[...] eu tinha uma prima que fazia todo controle, aí com vocês e a ignorância da pessoa foi muito maior que ela teve um derrame e no dia da consulta eu **tava** com ela pra fazer o exame antes. E eu falei com ela que ela ia ter um derrame se continuasse assim, e foi dito e feito. Aí eu me lembro e olho e me espelho muito nisso aí, que eu não pare e não tenho intenção de parar. E quem toma eu ainda falo, faz o controle não pára de tomar porque é a melhor coisa que você vai fazer. Aí muita gente que toma não sabe que tem que fazer o controle (Sandra).

O aprendizado no contexto de acompanhamento ambulatorial foi citado com recorrência, principalmente no que diz respeito à: compreensão das mudanças de dose semanal em virtude dos resultados não satisfatórios, o que fazer frente a ocorrência de sinais de alerta, como prosseguir a alimentação, realizar os exames nas datas marcadas e interações com outros medicamentos. Nesse sentido, surgiu o tema da autorresponsabilidade em face do tratamento. Muitos pacientes se classificaram como agentes responsáveis,

presentes e ativos no decurso da terapia.

[...] com a experiência no ambulatório eu aprendi muito a controlar... quase dois anos para ela controlar, pelejando pra controlar e come pouco verde... é muito difícil para eu conseguir controlar ela. E eu vou segurando direitinho a alimentação, o que eu posso e não posso, evito muita coisa mas mesmo assim é muito difícil (Sandra).

[...] começar a tratar no ambulatório foi excelente porque foi a partir daí que eu comecei a entender qual era a necessidade de eu fazer esse controle de RNI e aprendi muito né, a respeito da alimentação, o que eu devia e o que eu não devia fazer (Rute).

[...] sei do risco de eu tomar, de eu ficar sem tomar né, eu sei que eu posso ter uma trombose e eu já tive uma vez e como eu tenho uma doença no coração eu fico com medo de não tomar também né e o sangue ficar grosso. Aí eu fico assim “nossa minhas artérias vão ficar todas entupidas, obstruídas” Aí eu já... eu tenho essa consciência que eu tomo porque eu preciso, mas se falar assim “amanhã você tá de alta e não precisa de tomar mais” eu ia soltar bombinhas (Ester).

Além disso, alguns pacientes associaram a progressão do conhecimento sobre o tratamento em geral com uma certa estabilidade mais significativa nos resultados durante o tratamento e menor impacto emocional diante dos resultados divergentes. Destacaram também, o importante envolvimento familiar e de amigos próximos, de forma a promoverem apoio emocional e prático.

[...] Vou falar a verdade com você, é preocupante. Porque eu fico com muito medo né de passar a dosagem. É... errado eu não tomo porque eu coloco até o celular pra despertar. Mas aí é preocupante, porque a varfarina é um remédio que você tem que vigiar muito. Tomar na hora certa as dosagens certas também. Fazer o controle do verde. Eu tenho um pouco de medo da varfarina. Não é da varfarina em si, é da arritmia e do RNI (Sara).

[...] fico assim com medo é assim errar assim e não tomar um dia e passar mal porque eu tenho que lembrar de tomar todo dia naquele horário e eu fico com medo de se eu deixar de tomar algum dia eu passar mal. E às vezes eu fico com medo também de eu sair às vezes e não levar o remédio e ficar sem tomar aí eu acho que é mais difícil pra mim (Manoelina).

De um modo geral, a terapia anticoagulante está associada a certos impactos emocionais, especialmente, pelo risco aumentado de reações adversas, como, episódios de sangramento que necessitam de encaminhamento ao pronto atendimento ou hospitalização. Danos emocionais, incluindo preocupação, medo, ansiedade, confusão e depressão foram relatados por pacientes em acompanhamento anticoagulante (PANS et al., 2019). Em vista disso, a terapia anticoagulante com varfarina não é apenas um tratamento sério, mas também pode ser indutor de estresse e desgastante emocionalmente.

Por conseguinte, uma das participantes estabelece uma relação de causa e consequência entre os resultados dos exames de RNI ao longo dos meses com a qualidade de vida.

[...] O controle eu acho muito difícil porque nem sempre que a gente consegue aquele mesmo número de 2,5 a 3,5 que tem que ficar né, as fica demais as vezes fica de menos. Mas a gente vai acostumando, a gente vai aprendendo a se controlar na alimentação e em tudo. A gente é obrigado a controlar, por exemplo se a gente quer ter uma qualidade de vida boa temos que fazer isso né (Sandra).

Alguns estudos sugerem, que os aspectos afetivos e emocionais de vivenciar os cuidados de saúde também têm impacto no grau de resistência dos pacientes aos medicamentos (HUNTER *et al.*, 2017; WITT *et al.*, 2018; BISSELL *et al.*, 2006). Isto significa que, a apreciação da experiência subjetiva pode, potencialmente, oferecer uma compreensão mais rica, mais detalhada e mais sutil de significado e comportamento.

A partir desse estudo, tornou-se evidente que para alguns pacientes ao iniciar o acompanhamento ambulatorial para manejo da terapia com varfarina, conheceram a necessidade do acompanhamento mais rigoroso e detalhado visto as particularidades do tratamento anticoagulante com varfarina.

Como limitação, o presente estudo apresenta a realização das entrevistas por via telefônica que impossibilitam o registro de dados oriundos da linguagem corporal e de expressões não ditas que constituem elementos importantes a serem captados, especialmente na pesquisa qualitativa. Além disso, para alguns pacientes a ligação telefônica é algo que gera certo desconforto, o que por sua vez, gerou impacto na duração das falas e consequente obtenção de informações.

Durante esse estudo, evidenciou-se que a experiência subjetiva com a varfarina é um fenômeno único e complexo, que orienta a decisão do paciente que afetam os resultados de saúde. Além disso, por ter profundo impacto na prática clínica, é necessário ampliar a compreensão e a divulgação desse fenômeno, de tal modo a facilitar sua aplicação em um contexto da atenção farmacêutica, e demais serviços de cuidado ao paciente. A compreensão da subjetividade das narrativas dos pacientes pode contribuir para melhorar o delineamento das intervenções, por parte do profissional farmacêutico, que visam promover a educação em saúde e o uso racional de medicamentos.

CONCLUSÃO

Nesse estudo foi possível identificar as diferentes dimensões que atuam na construção da narrativa pessoal dos pacientes que convivem com tratamento anticoagulante, sendo essas: sociais, culturais, físicas, econômicas e emocionais. Além disso, possibilitou uma melhor compreensão dos significados, percepções e desafios enfrentados pelos pacientes em relação à terapia com varfarina.

Os temas levantados pelos participantes durante as entrevistas trouxeram informações importantes que podem contribuir para a promoção de rodas de conversa sobre o assunto, entre a equipe multiprofissional envolvida no processo de cuidado ao

paciente, a fim de estimular a organização e produção de ferramentas que auxiliem no entendimento e incorporação das narrativas dos pacientes. Por meio do conhecimento dos desafios e percepções dos pacientes, é possível a elaboração de oficinas educativas direcionadas às necessidades descobertas. Ademais, esse contato com a experiência do paciente em uso de varfarina, pode fornecer subsídios para confecção de instrumentos que incorporem de forma mais contundente, através de questões geradoras, a subjetividade dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AGENO, W. et al. Oral Anticoagulant Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed. **American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines Chest**, v. 141, n. 2, p. 44-88, Feb. 2012.

ÁVILA, C. W. et al. Adesão farmacológica ao anticoagulante oral e os fatores que influenciam na estabilidade do índice de normatização internacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, Feb. 2011.

ACURCIO, F.A. **Medicamentos e assistência farmacêutica**. COOPMED, 2003.

BARBOSA, R.A. et al. Atenção farmacêutica a pacientes em uso de varfarina. **SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**. v.4, p. 47-70, Jan. 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2016.

BISSELL, P.; RYAN, L.; MORECROFT, C. Narratives about illness and medication: a neglected theme/new methodology within pharmacy practice research. Part I: conceptual framework. **Pharm World Sci.** v. 28, p.54-60, Aug. 2006.

BISSELL, P.; MORGALL, J.T.; HAUGBOLLEL.S. An introduction to functionalist sociology: Talcott Parsons' concept of the sick role. **Int J Pharm Practice**; v.3, p. 60-68, Jul. 2002.

BURY, M. Illness narratives: fact or fiction?. **Sociology of Health & Illness**; v. 23, p. 263-285, Dec. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2010.

CHILIPKO, A. A. et al. Evaluating warfarin management by pharmacists in a community teaching hospital. **Consult Pharm**, v. 29, n.2, p. 95-103, Feb. 2014.

COSTA, J.M. **Acesso a Terapia Medicamentosa na Perspectiva de Pacientes e Profissionais de Saúde**. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Defendida em 2012.

COSTA, J.M. **Avaliação da implementação de intervenção educacional para pacientes com inefetividade da anticoagulação oral com Varfarina atendidos em hospital universitário: ensaio clínico controlado.** Tese de doutorado. Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Defendida em 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual.** Brasília, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta.** Brasília, 2002.

DANTAS, A. G. et al. Controle da Anticoagulação em Ambulatório. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 26, n. 5, p. 369-373, Set. 2013.

DAVIS, N. J. et al. Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. **Ann Pharmacother** v. 39, p. 632-636, Apr. 2005.

DUPOTHEY, N. M.; RAMALHO, O. D. A qualitative glimpse at pharmaceutical care practice. **Pharm World Sci.** v. 31, p. 60-11, Oct. 2009.

FRANCO, M.L. **Análise de conteúdo.** 5. ed. Autores Associados, 2008.

FUMAGALLI, S. et al. Psychological effects of treatment with new oral anticoagulants in elderly patients with atrial fibrillation: a preliminary report. **Aging Clin Exp Res** v. 27, p. 99–102, 2015.

GARABEDIAN-RUFFALO, S. M. et al. Retrospective evaluation of a pharmacist-managed warfarin anticoagulation clinic. **Am J Hosp Pharm.** v. 42, p. 8-30, 1985.

GREENBLATT, D.J.; VON MOLTKE, L.L. Interaction of warfarin with drugs, natural substances, and foods. **J Clin Pharmacol**; v. 45, p.127-132, 2005.

GUIDONI, C.M. **Estudo de utilização da varfarina em pacientes hospitalizados: análise de risco de interações medicamentosas e reações adversas.** Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Defendida em 2012.

GUIMARÃES, J.; ZAGO, A. J. Anticoagulação ambulatorial. **Clin Biomed Res.** v. 27, n.1, Jun. 2007.

HUNTER, R. et al.“Post-thrombotic panic syndrome”: a thematic analysis of the experience of venous thromboembolism, **Br J Health Psychol**; v.22, p. 8-25, Feb. 2017.

KIMMEL, S.E. et al. The influence of patient adherence on anticoagulation control with warfarin: results from the international normalized ratio adherence and genetics (IN-RANGE) study. **Arch Intern Med.** v. 167, p. 229-235, Oct. 2007.

LANE, D.A.; BARKER, R.V.; LIP, G.Y. Best practice for atrial fibrillation patient education. **Curr Pharm Des.** v. 21, p. 533-543, Jun. 2015.

LEE, T.; DAVIS, E.; KIELLY, J. Clinical impact of a pharmacist-led inpatient anticoagulation service: a review on the literature. **Integr Pharm Res Pract.** v. 5, p. 53-63, May. 2016.

LEE, Y. P.; SCHOMMER, J.C. Effect of a pharmacist-managed anticoagulation clinic on warfarin-related hospital readmissions. *Am J Health-Syst Pharm.* v. 53, p. 1580-1583, Jul. 1996.

MANSUR, A. P. et al. Warfarin doses for anticoagulation therapy in elderly patients with chronic atrial fibrillation. *Clinics*, v. 67, n.6, p. 543-546, Feb. 2012.

MARTINS, M.A.P. et al. Warfarin drug interactions: a comparative evaluation of the lists provided by five information sources. *Eur J Clin Pharmacol*, v. 67, p. 1301-1308, Dec. 2011.

MARTINS, M.A.P. **Interações medicamentosas da varfarina em cardiopatas chagásicos e não chagásicos atendidos em ambulatórios do Hospital das Clínicas da UFMG.** Tese de doutorado. Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Defendida em 2012.

MAVRI, A.; FERNANDEZ, N.O.; KRAMARIC, A.; KOSMELJ, K. New educational approach for patients on warfarin improves knowledge and therapy control. *Wien Klin Wochenschr.* v.127, p. 472-476, Jun. 2015.

MINISTÉRIO DA SAUDE. **Política Nacional de Humanização.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/objetivos-do-humanizasus>>.

NASSER, S.; MULLAN, J.; BAJOREK, B. Educating patients about warfarin therapy using information technology: a survey on healthcare professionals. *Pharm. Pract.* v. 10, p. 97-104, Apr. 2012.

NICHOL M.B. et al. Quality of anticoagulation monitoring in nonvalvular atrial fibrillation patients: comparison of anticoagulation clinic versus usual care. *Ann Pharmacother.* v. 42, p. 62-70, Dec. 2008.

ORENSKY, I. A.; HOLDFORD, D.A. Predictors of noncompliance with warfarin therapy in an outpatient anticoagulation clinic. *Pharmacotherapy*. v.25, p. 1801-1808, Dec. 2005.

PAIXÃO, L.C. et al. **Chagas Disease Independent Risk Factor for Stroke.** *Stroke*; v. 40, p. 3691-3694, Dec. 2009.

PANS, S. et al. Associations between anticoagulant treatment pathways and self-reported harms in patients recently diagnosed with venous thromboembolism. *Thrombosis Research*. v. 182, p. 95-100, Out. 2019.

PATEL, M. R. et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N. Engl. J. Med.*, v. 365, n. 10, p. 883-891, Sep. 2011.

PLATT, A.B. et al. Risk factors for nonadherence to warfarin: results from the IN-RANGE study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, v. 17, p. 853-860, Dec. 2008.

POLLER, L et al. Application of the UK NHS Improvement Anticoagulation Commissioning Support Document for 'safety indicators' in atrial fibrillation. Results of the European Action on Anticoagulation study. *J. Clin. Pathol.*, v. 65, p. 452-456, Jan.2012.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos Qualitativos na pesquisa em saúde. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre, 2009.

RAMALHO, O. D.; SHOEMAKER, S.J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: openness and the pharmacist's natural attitude. **J Am Pharm Assoc.** v.46, p. 56-66, Jan. 2006.

RAMALHO, O. D et al. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. **J Am Pharm Assoc.** v. 52, p. 71-80, Mar. 2012.

SALVADOR, I. N.; CORDEIRO, S. N. A medicalização no referencial psicoanalítico: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Subjetividades.** v.2, p. 1-13, Oct. 2020.

SILVA, D.F. **Construção de um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária à saúde no SUS: um projeto de extensão universitária.** Dissertação de mestrado. Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Defendida em 2015.

SMITH, D.E. et al. TRial of an Educational intervention on patients knowledge of Atrial fibrillation and anticoagulant therapy, INR control, and outcome of Treatment with warfarin (TREAT). **BMC Cardiovascular Disorders.** v. 10, n. 21, May. 2010.

WEBER, L. **PRODUZIR(- NOS) ponto COM: A constituição do coletivo “Rede HumanizaSUS” e a produção cooperativa.** Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Defendida em 2014.

WILLEY, M.L. et al. A pharmacist-managed anticoagulation clinic: six-year assessment of patient outcomes. **Am J Health Syst Pharm.** v. 60, p. 1033-1037, May. 2003.

WITT, D. M. et al. Prevalence and correlates of bleeding and emotional harms in a national US sample of patients with venous thromboembolism: a cross-sectional structural equation model, **Thromb Res.** v. 172, p.181-187, 2018.

WONG, Y. M. et al. Efficacy and safety of a pharmacist-managed inpatient anticoagulation service for warfarin initiation and titration. **J. Clin. Pharm. Ther.** v. 36, n. 5, p. 585-591, Nov. 2011.

YOU, J.J. et al. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: **American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines.** v. 141, p. 531-375, Feb.2012.

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/UFGM (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.

A

Ácido Rosmarínico 167, 168, 169
Adolescente 102, 141, 147, 148, 193, 195, 200, 202
Anti-Inflamatórios 276, 277, 286, 287
Assistência 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 42, 43, 44, 46, 49, 50, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 69, 79, 84, 109, 112, 114, 117, 119, 125, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 139, 141, 144, 145, 148, 149, 150, 151, 153, 158, 161, 163, 173, 174, 176, 187, 194, 196, 206, 208, 209, 211, 212, 215, 216, 217, 218, 221, 222, 223, 224, 226, 229, 231, 232, 234, 236, 237, 239, 241, 242, 243, 244, 251, 252, 253, 255, 261, 265, 268, 272, 273, 307, 311
Assistência de Enfermagem 2, 17, 18, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 67, 69, 117, 150, 151, 153, 176, 212, 217, 222, 223, 226, 239, 252, 255, 268
Atenção Básica 62, 63, 117, 119, 120, 122, 123, 126, 127, 143, 147, 161, 182, 206
Atenção Farmacêutica 290, 291, 292, 294, 295, 296, 306, 307
Atenção Primária à Saúde 20, 140, 141, 145, 179, 180, 189, 310
Automedicação 277, 279, 280, 287, 288

B

Bioética 62, 65, 66, 70, 71, 72, 73, 242, 255
Boswellia Serrata 276, 277, 279, 280, 285, 286, 287, 289

C

Câncer de Colo de Útero 93, 94, 98, 101, 106, 107, 109, 111, 112, 113, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 125, 126, 128
COVID-19 17, 18, 179, 180, 181, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 201, 206, 298
Cuidado de Enfermagem 23, 62, 69, 148, 173, 225, 226
Cuidado Pré-Natal 129, 137
Cuidadores 150, 151, 152, 153, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 194, 196
Cuidados 3, 9, 12, 15, 17, 23, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 43, 49, 61, 66, 68, 70, 71, 76, 78, 83, 125, 127, 131, 136, 138, 152, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 173, 175, 181, 185, 187, 188, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 241, 255, 256, 257, 258, 262, 287, 294, 306

Cuidados de Enfermagem 23, 34, 61, 173, 175, 200, 201, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 258

D

Diagnóstico de Enfermagem 213, 214, 215, 221, 223, 228, 275

Diálise Renal 221

Doença de Alzheimer 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 163, 164, 165, 166, 167

E

Educação 1, 3, 5, 6, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 32, 35, 38, 43, 44, 48, 52, 54, 55, 65, 80, 81, 84, 85, 99, 108, 113, 114, 117, 123, 124, 125, 126, 134, 151, 157, 159, 163, 182, 186, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 212, 225, 229, 236, 250, 251, 252, 255, 290, 300, 303, 306

Educação Continuada 11, 19, 38, 44, 114, 157, 163, 236, 250, 251, 252

Educação em Saúde 18, 80, 114, 117, 123, 125, 126, 186, 193, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 212, 225, 229, 303, 306

Emergência 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 35, 70, 90, 182, 211, 236, 237, 239, 241, 242, 253, 256, 258, 263

Empreendedorismo 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 53, 54, 55

Enfermagem 1, 2, 3, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 116, 117, 119, 123, 125, 126, 127, 129, 131, 133, 136, 137, 138, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 157, 158, 165, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 182, 190, 192, 193, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 236, 237, 239, 240, 242, 243, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 272, 273, 274, 275, 307, 311

Enfermagem Obstétrica 23, 25, 29, 31, 32, 34, 35

Enfermagem Psiquiátrica 173, 175, 178

Enfermeiro 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 68, 69, 70, 117, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 133, 145, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 157, 158, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 182, 190, 198, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 217, 218, 225, 226, 236, 237, 239, 243, 248, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 263, 264, 267, 268, 269, 274, 311

Epidemiologia 85, 88, 96, 98, 106, 110, 114, 117, 120

Equipe 3, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 44, 49, 57, 60, 62, 67, 68, 69, 70, 73, 122, 124, 131, 132, 155, 158,

162, 174, 175, 176, 177, 180, 184, 195, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 216, 217, 218, 222, 226, 236, 237, 239, 240, 243, 251, 252, 253, 254, 255, 261, 267, 293, 295, 306

Estratégias de Saúde 133, 291

Ética em Enfermagem 62

Eventos Adversos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 31, 37, 38, 286, 296

F

Feridas 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275

H

Higiene 3, 4, 101, 163, 181, 184, 185, 187, 192, 193, 195, 196, 197, 199, 204, 205, 216, 217, 261

HPV 85, 103, 104, 107, 108, 110, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128

I

ICC 208, 209, 210, 214, 215, 216, 217

Inovação 40, 41, 44, 49, 53, 55, 268

Interações Medicamentosas 309

Intervenções 5, 6, 17, 37, 38, 69, 78, 86, 112, 132, 151, 188, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 290, 296, 297, 306

L

Laserterapia 265, 266, 267, 268, 270, 271, 272, 273, 274, 275

Liderança 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 40, 42, 43, 44, 54, 236, 243, 251, 252

M

Melissa Officinalis 167, 168, 171

Memória 154, 159, 164, 167, 168, 169, 170, 304

Menstruação 203, 204, 205

Mentha 167, 168, 169

P

Paternidade 129, 130, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 143, 146, 148, 149

PCR 190, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254

- Pesquisa Qualitativa 55, 179, 291, 299, 306, 309
Planejamento de Assistência ao Paciente 221
Prevenção do Câncer do colo do Útero 74, 75, 78, 88, 98, 100, 106, 122, 127
Processos de Enfermagem 221
Protagonismo 11, 12, 14, 272, 297
- Q**
- Qualidade em Saúde 7, 34
- R**
- Região Norte 74, 75, 77, 78, 88, 91, 94, 97, 103
- S**
- Saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 43, 44, 54, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 156, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 167, 168, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 218, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 231, 232, 234, 240, 242, 252, 254, 255, 266, 269, 272, 273, 274, 275, 280, 287, 290, 291, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 303, 306, 307, 308, 309, 310, 311
Saúde da Criança 179, 180, 181, 182, 188, 200
Saúde do Homem 129, 133, 137, 138, 140, 143, 146, 147, 149
Saúde Indígena 74, 75, 78, 79, 80, 82, 97, 99, 100, 104, 105, 111, 113, 114, 115
Saúde Mental 54, 152, 173, 174, 175, 176, 177, 178
Segurança do Paciente 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 17, 23, 25, 27, 30, 31, 32, 34, 37, 38, 199, 218, 286, 311
Sistematização 17, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 153, 222, 226, 229
- U**
- Urgência 2, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 35, 69, 70, 182, 236
UTI 57, 60, 208, 209, 210, 211, 214, 215, 217, 218, 236, 267
- V**
- Varfarina 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309

ENFERMAGEM:

AUTONOMIA E PROCESSO DE CUIDAR

4



- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉️ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- 𝐟 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENFERMAGEM:

AUTONOMIA E PROCESSO DE CUIDAR

4



- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉️ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- 𝐟 www.facebook.com/atenaeditora.com.br