

Gestão de Serviços de Enfermagem

2

Samira Silva Santos Soares
(Organizadora)



Gestão de Serviços de Enfermagem

2

Samira Silva Santos Soares
(Organizadora)



Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



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

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

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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

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

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

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

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

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

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

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Fernando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

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

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Samira Silva Santos Soares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393 Gestão de serviços de enfermagem 2 / Organizadora Samira Silva Santos Soares. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-006-0

DOI 10.22533/at.ed.060212604

1. Enfermagem. I. Soares, Samira Silva Santos (Organizadora). 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.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Gestão de Serviços de Enfermagem” reúne 47 artigos científicos originais, produzidos por acadêmicos, professores e pesquisadores de diversas Instituições de Ensino Superior (IES).

A obra foi dividida em 2 (dois) volumes, de modo que o volume 1, concentra estudos sobre Tecnologias da Comunicação em Enfermagem; Teorias de Enfermagem e suas contribuições, além de Relatos de experiência.

Por sua vez, o volume 2, apresenta relevantes estudos de revisão da literatura bem como outros que tratam de forma especial sobre a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente nas mais variadas situações, do nascimento até a morte.

Deste modo a coleção “Gestão de Serviços de Enfermagem” articula teoria e prática e permite ao leitor refletir e revisitar questões ligadas a assistência, ao ensino e ao gerenciamento em saúde e enfermagem, e assim, melhorar suas práticas profissionais.

Vale ressaltar que, a Atena Editora segue firme em seu propósito de contribuir com o avanço da ciência, com a divulgação e comunicação científica, sempre prezando pela ótima experiência dos pesquisadores, otimizando canais acessíveis de comunicação e uma plataforma consolidada e confiável, além de uma rápida resposta – fundamental para que os dados não fiquem obsoletos e os estudos sejam compartilhados e impulsionados.

Agradecemos por fim, o comprometimento dos autores para o desenvolvimento dessa obra. Explicita-se o desejo de que esta leitura contribua para a ampliação do conhecimento científico no campo da Saúde e da Enfermagem e os incentive ao desenvolvimento de novas e formidáveis pesquisas.

Samira Silva Santos Soares

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS TRANSTORNOS ALIMENTARES DO TIPO ANOREXIA E BULIMIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Angelica Ferreira de Assis
Elber Firmino Martins
Lucas Henrique Santos Oliveira
Lucas Henrique Sousa
Matheus Costa e Silva
Ricardo Augusto Jesus Oliveira
Sabrina Cipriano Felipe
Thais Teodora de Souza
Cristina Pacheco Coelho

DOI 10.22533/at.ed.0602126041

CAPÍTULO 2..... 13

BENEFÍCIO DO TOQUE TERAPÊUTICO REIKI NO CONTROLE E REDUÇÃO DE ESTRESSE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Gabriela Manuela Rosato de Melo
Anailda Fialho Melo
Denise de Souza Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.0602126042

CAPÍTULO 3..... 26

ANÁLISE DA ACESSIBILIDADE SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Liliane Silva do Vale
Cássia Nascimento de Oliveira Santos
Jadson Oliveira Santos Amancio
Marcela Silva da Silveira
Maísa Mônica Flores Martins

DOI 10.22533/at.ed.0602126043

CAPÍTULO 4..... 44

AUTOIMAGEM DE MULHERES PORTADORAS DE COLOSTOMIA E OS CUIDADOS DERMATOLÓGICOS PERIESTOMA: REVISÃO INTEGRATIVA

Gilvanise do Nascimento de Melo

DOI 10.22533/at.ed.0602126044

CAPÍTULO 5..... 54

NURSE'S PERFORMANCE IN AIR PRE-HOSPITAL CARE IN POLYTRAUMATIZED PATIENTS- LITERATURE REVIEW

Karen Leme Bonuzzi
Rodrigo Marques da Silva
Kerolyn Ramos Garcia
Lincoln Agudo Oliveira Benito
Leila Batista Ribeiro

Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

Danielle Ferreira Silva

DOI 10.22533/at.ed.0602126045

CAPÍTULO 6..... 62

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, PROFISSIONAIS E DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM COM POSSIBILIDADE DE APOSENTADORIA

Ariane da Silva Pires

Liana Viana Ribeiro

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Eugenio Fuentes Pérez Júnior

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.0602126046

CAPÍTULO 7..... 77

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA DE MULHERES COM DOR CRÔNICA POR DISTÚRBIOS MUSCOLOESQUELÉTICOS

Ilkelyne de Freitas Costa

Mayane Cristina Pereira Marques

Camila Lima Moraes dos Santos

Líscia Divana Carvalho Silva

Rosilda Silva Dias

DOI 10.22533/at.ed.0602126047

CAPÍTULO 8..... 83

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL DE BOA VISTA/RR E A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Marcella Lima Marinho

Dayanna Luu Silva e Silva

Ivandra Santiago de Souza

DOI 10.22533/at.ed.0602126048

CAPÍTULO 9..... 93

AVALIAÇÃO DO POTENCIAL ANTIBACTERIANO DA SULFADIAZINA DE PRATA A 1%

Ariane Larissa Silva Mangold

Jéssica Stranburger da Silva

Helder Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.0602126049

CAPÍTULO 10..... 101

INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO NA PEDIATRIA E O PREPARO DA PELE

Isis Rocha Bezerra

Carlos Eduardo Peres Sampaio

Aline Oliveira da Costa e Silva

Ariane da Silva Pires

Leonardo dos Santos Pereira

DOI 10.22533/at.ed.06021260410

CAPÍTULO 11..... 110

REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL EM JOÃO NEIVA

Joyce Cáu

Julia Tristão do Carmo Rocha

DOI 10.22533/at.ed.06021260411

CAPÍTULO 12..... 120

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NAS PARADAS CARDIORRESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

Maria Laura Beatriz Nascimento Cardoso

Julia Gabriela Marinho da Silva

Stefany Valery Gomes dos Santos

Lara Rayane Santos Silva

Lais Alves Rodrigues

Luana Ruthiele Chagas Lucena

Layanne Nayara Silva

Nyedja Manuely Jácume Evangelista dos Santos

Raissa dos Santos Vasconcelos

Larissa Stefanni Silvano de Miranda

Grayce Lacerda Sales

DOI 10.22533/at.ed.06021260412

CAPÍTULO 13..... 126

INTOLERÂNCIA A LACTOSE CONGÊNITA

Amanda Karoliny Barbosa Sousa

Bárbara Izadora Oliveira

Bruna Alves Duarte

Cristina Pacheco Coelho

Karina Aparecida Silva Duarte

Karina Rufino Fernandes

Karolanda Menezes Vieira

Maria Camila Alves Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.06021260413

CAPÍTULO 14..... 135

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Yuri Cascaes Azevedo

Anne dos Santos Saul

Everton de Oliveira Pinto

Adriana Patrícia Brelaz Lopes Gomes

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

Renan Sallazar Ferreira Pereira

Noeli das Neves Toledo

DOI 10.22533/at.ed.06021260414

CAPÍTULO 15..... 149

LESÃO CRÔNICA PÓS-CIRÚRGICA COM COMPROMETIMENTO VASCULAR DE MEMBRO INFERIOR- TRATAMENTO FITOTERÁPICO ALIADO À TERAPIA FOTODINÂMICA

Maria Tatiane Gonçalves Sá

Marcelly Silva Dourado

Larisse Oliveira Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.06021260415

CAPÍTULO 16..... 157

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA DOENÇA RENAL NA VIDA DIÁRIA DE PACIENTES EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS) NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PR

Juliana Regina Dias Mikowski

Giovana Rodrigues da Silva

Camila Marinelli Martins

DOI 10.22533/at.ed.06021260416

CAPÍTULO 17..... 169

HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Sara Cristina Pimentel Baia

Irineia de Oliveira Bacelar Simplício

DOI 10.22533/at.ed.06021260417

CAPÍTULO 18..... 173

MANEJO DO INTESTINO NEUROGÊNICO POR INDIVÍDUOS COM LESÃO DA MEDULA ESPINHAL

Nicole Azevedo Alvarez

Lívia Tech dos Santos

Paula Cristina Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.06021260418

CAPÍTULO 19..... 181

FATORES RELACIONADOS AO CANCELAMENTO CIRÚRGICO: UMA ANÁLISE DO CENÁRIO NO SUL DO BRASIL

Rosana Amora Ascarí

Bruna Fontana

Daiana dos Santos Pizzolato

Clodoaldo Antônio de Sá

DOI 10.22533/at.ed.06021260419

CAPÍTULO 20..... 193

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM ALZHEIMER E SEU CUIDADOR

Ana Paula Rodrigues Guimarães

Pamela Nery do Lago

Paulo Alaércio Beata

Andréia Elias da Cruz Nascimento

Valdinei Ferreira de Jesus

Lilian Maria Santos Silva
Irismar Emília de Moura Marques
Manuela Amaral Almeida Costa
Samara Oliveira Lopes
Gleudson Santos Sant Anna
Milena Vaz Sampaio Santos
Ana Karla Almeida Gomes

DOI 10.22533/at.ed.06021260420

CAPÍTULO 21.....204

**O CUIDADO PALIATIVO E A TANATOLOGIA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM:
UMA ANÁLISE DOS CURRÍCULOS DE UNIVERSIDADES FEDERAIS BRASILEIRAS**

Thaís dos Santos Araujo
Adriana Medeiros Braga
Janaina Luiza dos Santos
Sabrina Corral-Mulato
Larissa Angélica da Silva Philbert
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo
Isabel Cristina Ribeiro Regazzi
Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp

DOI 10.22533/at.ed.06021260421

CAPÍTULO 22.....212

CUIDADOS PALIATIVOS NO CURRÍCULO MÉDICO BRASILEIRO

Rodrigo Ibañez Tiago
Micael Viana de Azevedo
Ramon Moraes Penha

DOI 10.22533/at.ed.06021260422

CAPÍTULO 23.....222

**EFICÁCIA DA COMUNICAÇÃO DOS ENFERMEIROS E DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA
NOS CUIDADOS PALIATIVOS DOS ADULTOS EM FIM DE VIDA**

Carlos Manuel Nieves Rodriguez
David Gómez Santos

DOI 10.22533/at.ed.06021260423

CAPÍTULO 24.....231

**ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE MORTE E MORRER POR UMA JOVEM COM
CÂNCER**

Maria Simone Mendes Bezerra
Solange Pires Salomé
Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa
Maria Aparecida Munhoz Gáiva

DOI 10.22533/at.ed.06021260424

SOBRE A ORGANIZADORA.....249

ÍNDICE REMISSIVO.....250

CAPÍTULO 1

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS TRANSTORNOS ALIMENTARES DO TIPO ANOREXIA E BULIMIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 26/03/2021

Angelica Ferreira de Assis

Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Itabira–MG
<http://lattes.cnpq.br/3675759171237416>

Elber Firmino Martins

Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga–MG
<http://lattes.cnpq.br/9628187681197410>

Lucas Henrique Santos Oliveira

Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Tarumirim–MG
<http://lattes.cnpq.br/8257493354557221>

Lucas Henrique Sousa

Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga–MG
<http://lattes.cnpq.br/0054547020524488>

Matheus Costa e Silva

Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga–MG
<http://lattes.cnpq.br/3578628384925671>

Ricardo Augusto Jesus Oliveira

Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga–MG
<http://lattes.cnpq.br/2469989928884837>

Sabrina Cipriano Felipe

Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga–MG
<http://lattes.cnpq.br/9628187681197410>

Thais Teodora de Souza

Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga–MG
<http://lattes.cnpq.br/6585482659062048>

Cristina Pacheco Coelho

Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)
Ipatinga–MG
<http://lattes.cnpq.br/7506657125511379>

RESUMO: O estudo evidência a importância do enfermeiro diante do tratamento nos transtornos alimentares, que através de dimensão do cuidado será um apoio na assistência e amenizará o sofrimento desses pacientes e familiares, além de ampliar e intensificar o conhecimento dos profissionais. O objetivo desse trabalho é descrever o papel exercido pelo enfermeiro frente a pacientes acometidos de anorexia e bulimia através de uma revisão bibliográfica. A metodologia empregada foi através de uma revisão bibliográfica para aprofundamento, com uma coleta de dados de artigos, dissertações e teses disponibilizados no banco de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online) e a ferramenta de busca Google Acadêmico. O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou a compreensão das características, tratamento, diagnóstico e orientações focando na importância do cuidado do indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Anorexia. Bulimia. Transtornos Alimentares. Assistência de Enfermagem.

THE NURSE'S ROLE IN FRONT OF ANOREXIA AND BULIMIA FOOD DISORDERS: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT: The study shows the importance of nurses in the face of treatment in eating disorders, which through the dimension of care will be a support in care and will alleviate the suffering of these patients and family members, in addition to expanding and intensifying the professionals' knowledge. The objective of this study is to describe the role played by nurses in patients with anorexia and bulimia through a literature review. The methodology used was through a bibliographic review for further study, with a collection of data from articles, dissertations and theses made available in Scielo's database (Scientific Electronic Library Online) and the Google Scholar search tool. The development of the present work enabled the understanding of the characteristics, treatment, diagnosis and guidelines focusing on the importance of the individual's care.

KEYWORDS: Anorexia. Bulimia. Eating Disorders. Nursing Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

São conhecidos como transtornos alimentares toda síndrome comportamental que faz com que o indivíduo comece a ter determinados comportamentos referentes a sua alimentação, os quais podem afetar negativamente tanto sua saúde física quanto principalmente mental de várias maneiras, podendo levar conseqüentemente os indivíduos a terem uma baixa qualidade de vida (BRANDT *et al.*, 2019).

Anorexia é o nome dado há uma condição a qual o indivíduo tende a perder significativamente peso, devido ela mesma criar para si restrições alimentares perigosas, achando que não está se auto prejudicando, sendo essa doença associada a vários prejuízos biopsicossociais. A principal causa dessa doença é a fato da pessoa não se aceitar, tendendo a muitas vezes distorcer a imagem dele, devido a autoestima baixa (CARVALHO *et al.*, 2020).

A Anorexia, na maioria dos casos, tende a ser geralmente crônica, trazendo assim inúmeras conseqüências futuras negativas em várias áreas da vida do indivíduo, por causa do baixo peso, sendo isso conseqüência de possíveis ações para restringir sua alimentação, sendo elas feitas de forma inadequada e prejudicial (GREGERTSEN *et al.*, 2017).

Além da Anorexia, tem-se também outro transtorno alimentar conhecido como Bulimia, o qual é um transtorno mental em que o indivíduo ingere altas quantidades de alimentos contendo níveis elevados de calorias, e após isso, para tentar "perder o peso" adquirido, usa de métodos "violentos" para compensar o que ganhou ao se alimentar (GOMES *et al.*, 2019).

Devido ao indivíduo se autoindicar sobre como compensar seu ganho de calorias, a Bulimia se torna um transtorno consideravelmente perigoso, pois para essa pessoa o importante é que ela perca essas calorias, não importando com o método que será usado. Geralmente, os indivíduos com esse transtorno usam de laxantes, auto indução de vômito

e exercícios físicos além do limite do seu corpo (GOMES *et al.*, 2019).

Na grande parte dos casos, a anorexia se dá durante a fase da adolescência, enquanto nos casos de bulimia, a doença começa a se manifestar mais tarde na vida. Em relação a esses transtornos, certos indivíduos específicos na sociedade como dançarinas e modelos são mais suscetíveis a esses transtornos (MACEDO *et al.*, 2019).

Apresenta-se como justificativa o fato de ambas serem doenças muito fáceis de se confundir, podendo levar as pessoas a exercerem erroneamente os cuidados necessários. Sendo assim, um dado relevante para preparar melhor a equipe multidisciplinar a estarem aptos a prestar uma assistência de qualidade a esses pacientes acometidos de tais doenças.

O objetivo desse trabalho é descrever o papel exercido pelo enfermeiro frente a pacientes com transtornos alimentares do tipo anorexia e bulimia através de uma revisão bibliográfica. Tem como objetivo específico definir o que é a anorexia; identificar o diagnóstico e tratamento da anorexia; definir o que é bulimia; identificar o diagnóstico e tratamento da bulimia e constatar o papel do enfermeiro frente aos transtornos alimentares bulimia e anorexia.

2 | METODOLOGIA

A metodologia empregada foi através de uma revisão bibliográfica para aprofundamento, com uma coleta de dados de artigos, dissertações e teses disponibilizados no banco de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online) e a ferramenta de busca Google Acadêmico, na qual teve o intuito de esclarecer sobre o papel do enfermeiro, os sintomas, causas e seu devido diagnóstico e tratamento.

A pesquisa foi elaborada entre setembro e outubro de 2020. Para localização das publicações utilizou as seguintes palavras chaves: Anorexia, Bulimia, transtornos alimentares e assistência de enfermagem. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 a 2020, disponibilizados na íntegra e de forma gratuita.

3 | ANOREXIA

A anorexia, é uma doença que causa um transtorno diário e alimentar, que afeta pacientes de ambos gêneros, causando um forte desejo, muitas vezes incontrolado de emagrecer e continuar com uma beleza que só ela vê. O paciente com o quadro de anorexia, perde a vontade de comer e aos poucos tem a visão distorcida sobre seu corpo. Muitas vezes perdendo por completo a fome (SOUZA, *et al.*, 2011).

A anorexia tem como características restrições na dieta alimentar sem controle e auto impostas, com bizarras formas de se alimentar, automaticamente uma acentuada perda de peso rápida e de forma não saudável. O medo assustador de engordar e a percepção distorcida da massa corporal, e um dos fatores cruciais para o declínio da doença, e que deve ser feito um diagnóstico de acordo com o manual estatístico de transtornos mentais

(DSM-IV) também contando com uma classificação internacional de doenças (SOUZA, *et al.*, 2011).

A doença tem um começo normalmente iniciado com um jejum rotineiro, sem qualquer controle, como a falta de consumo de alimentos calóricos, e posteriormente avançando com a falta de outros alimentos. As costelas e os osso dessas pessoas anoréxicas tem características clássicas de desnutrição e seu peso cai drasticamente, causando em muitos casos algumas doenças adicionais, por exemplo a alopecia, caracterizada pela queda rápida de cabelo, pela pequena quantidade de nutrientes no corpo (FONTENELLE *et al.*, 2019).

Os exercícios físicos são feitos de forma exagerada, pelo transtorno visual do seu corpo, causando cansaço excessivo e muitas vezes desmaios, devido a fraqueza e falta de alimentação adequada. Também tomando medicamentos de forma descontrolada laxantes e diuréticos. Qualquer ser humano pode contrair um transtorno, sendo ele nesse trabalho, o alimentar. Mas no caso da anorexia, há pessoas e grupos, seja eles sociais ou profissionais mais suscetíveis a desencadear essa doença, como: mulheres, adolescentes e as pessoas que necessitam estar de acordo com a beleza imposta pela mídia (FONTENELLE *et al.*, 2019).

Os sintomas da anorexia são bem clássico em relação a doença: emagrecimento rápido e exagerado, ansiedade aguda ao consumir alimentos calóricos, exercícios físicos feitos de forma exagerada e sem controle, para fins de emagrecimento rápido, falas depressivas sobre a condição do corpo, prostração, fadiga e cansaço em pequenas quantidades de exercícios, lábios e pele seca a maior parte do dia, atraso ou a falta completa de menstruação (para mulheres), diminuição aguda de libido nós homens assim como disfunção erétil, desmaios constantes pela fraqueza do corpo, e isolamento de amigos e parentes de forma acelerada (LADEIRA; COPPUS, 2016).

Além disso, outros sintomas também são encontrados, tendo em cada paciente, uma diferença e reagindo de pessoa para pessoa. Também podem ser encontrados: Em muitos casos, sentindo frio em dias quentes, sem febre, (pela falta de gordura no corpo e pela má circulação), coração funcionando de forma irregular, seja lento ou acelerado (arritmia cardíaca), intestino preso (constipação), inchaço corporal ou a sensação, frequente alteração do sono (dormindo muito ou tendo insônia), músculos e ossos enfraquecidos pela falta de nutrientes (LADEIRA; COPPUS, 2016).

Alguns outros sintomas comportamentais que a família tenha que se preocupar e observar no dia a dia, tais eles como: a negação frequente para participar de encontros, almoços e jantas em encontros de família, buscando sempre ingerir ou se alimentar de forma afastada dos demais, alegando que já comeu ou está sem fome, comportamentos obsessivos, como ingerir alimentos de uma cor somente ou de formas características que ela quer, como alimentos arredondados ou quadrados somente. Síndrome do Pânico tem que ser observados (LADEIRA; COPPUS, 2016).

Diversos fatores são correlacionados para a pré-disposição a anorexia, como: fator familiar como a genética são muito presentes, a definição de beleza imposta nos dias atuais, que as mulheres mais bonitas são as magras, familiares pressionando ao emagrecimento, seja ele por questões sociais ou profissionais e algumas alterações cerebrais e neuroquímicas que podem afetar o comportamento, como o aumento de noradrenalina e serotonina (NUNES; SANTOS; SOUZA, 2017).

A anorexia também apresenta fatores de risco rotineiros entre algumas profissões, onde a beleza e a forma física são importantes, tais elas como: atletas, principalmente olímpicos, que sofrem pressão constante físicas e psicológicas para com seu corpo, com objetivos diferentes, como melhor performance e espetáculos. Algumas outras como bailarinas e jóqueis são muito presentes (NUNES; SANTOS; SOUZA, 2017).

Outros não menos importante fator de risco, é a adolescência. A família deve estar atenta, pois dados mostram que a faixa etária em relação a anorexia está abaixando, afetando meninas na fase da puberdade em grandes taxas. Muitas disfarçam usando roupas largas no corpo, bem soltas e rotineiramente não participam de encontros familiares (NUNES; SANTOS; SOUZA, 2017).

Diagnóstico e tratamento da anorexia

É importante buscar ajuda de um médico quando estiver abaixo do peso ideal, preocupado com o peso, limitando a ingestão de alimentos. Muitas das vezes as pessoas que tem a anorexia não entende a gravidade ou não reconhecem que tem a doença, familiares ou alguém próximo devem estar conversando com estes, para orienta-los e dar conselhos, porém não se deve forçar eles (SCHMIDT; GONÇALVES, 2010).

Entre os médicos responsáveis por esse distúrbio alimentar estão os psicólogos, nutricionistas, especialistas em distúrbios alimentares, nutrólogo e o psiquiatra. O médico junto ao paciente e acompanhante fará perguntas para devido diagnóstico como: Quais os sintomas? Algum histórico familiar? Costuma comer escondido? Com qual frequência faz atividades físicas? Qual frequência pensa em comer? Costuma comer escondido? Entre outras. É realizado o exame físico e anamnese, logo após exame de laboratório para avaliar a qualidade da tireoide, fígado e rins e acompanhamento com psicólogo (FARIAS; ROSA, 2020).

Vários exames são realizados durante para definir a real causa da perda de peso: exame de urina, eletrocardiograma (ECG), hemograma completo, proteína total; eletrólitos, densitometria óssea e albumina. O tratamento tem o objetivo de fazer o paciente ganhar peso e voltar com os hábitos alimentares normais. A grande dificuldade é que quando procuram um médico a anorexia já está em um estado avançado, é difícil fazer eles reconhecer a doença e deixar de lado a negação (BECHARA; KOHATSU, 2014).

A hospitalização é necessária em casos de subnutrição grave, tiver perdido muito peso e essa perda de peso continuar (nesse caso pode precisar alimentar por sonda renal),

depressão grave, níveis baixos de potássio e problemas cardíacos. Outro tratamento é psicoterapia, podendo ser a terapia em grupo, familiar e terapia comportamental cognitiva individual, com intuito de incentivar a comer de maneira saudável (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Os medicamentos usados são passados pelo médico com todas as orientações necessárias, desde a forma de tomar, o tempo e quantidade. Entre eles estão antidepressivos, controladores de humor e antipsicóticos e o mais usado é o Cobavital. Os grupos de apoio ajudam também no tratamento. A anorexia nervosa é difícil de tratar que afeta diversos órgãos e sistemas (SCHMIDT; GONÇALVES, 2010).

As complicações são muitas, anorexia nervosa é grave levando a morte 10% dos casos. Entre elas estão: desnutrição e desidratação grave, carie, depressão, transtorno obsessivo compulsivo, ansiedade, enfraquecimento dos ossos, convulsão, arritmias cardíacas, desequilíbrio eletrolítico, inchaço, risco de infecção devido redução de glóbulos brancos, mudança no período menstrual no caso das mulheres e a queda da testosterona, além que pode levar ao uso de drogas (LOPES *et al.*, 2015).

4 | BULIMIA

A adolescência é o período de transição da infância para a vida adulta com importantes transformações físicas, psicológicas, emocionais e sociais e durante o processo de solidificação da personalidade os adolescentes ficam muito susceptíveis aos padrões de beleza expostos nas mídias e nos meios de comunicações que são adotados pelos grupos onde eles querem se inserir (MARTINS, 2010).

A procura pelo corpo perfeito e a necessidade de aceitação deixam que os adolescentes ficam susceptíveis a alguns transtornos alimentares dentre eles a bulimia apresenta quadros repetidos e exagerados de compulsão alimentar, seguido de sentimento de culpa. Leva o indivíduo a utilizar métodos purgativos, como, por exemplo, a indução de vômito, uso de laxantes, ingestão de medicamentos diuréticos, administração de enema. Além disso, há métodos não purgativos, que consistem na prática excessiva de atividades físicas e jejum, com a intenção de perder peso e minimizar o sentimento de culpa (MARTINS, 2010).

Algumas manifestação clínicas bucais são aumento da incidência de cáries, aumento dos níveis de desmineralização, queilite angular, mucosa desidratada, erosão de esmalte, sensibilidade dentária, xerostomia, sialoadenose, todas essas manifestações bucais são causadas pela higiene bucal insatisfatória, deficiência de vitaminas, pela ingestão crônica de carboidratos, pela compulsão alimentar, pouca salivagem, ansiedade, e também pela acidificação da saliva causada pelos vômitos (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A bulimia pode contribuir para o desenvolvimento de quadros depressivos, diminuição da autoestima e tentativa de suicídio devido a busca constante pelo corpo perfeito e a

aceitação. Além de dor de garganta crônica, osteoporose, pode causar infertilidade e perda ou desregulação de menstruação, úlceras intestinais, risco de insuficiência cardíaca devido batimento irregular ou lento, diarreia e constipação (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Diagnóstico e tratamento da bulimia

O tratamento é realizado por meio de sessões de terapia comportamental e terapia em grupo juntamente com acompanhamento nutricional para que seja feita uma reeducação alimentar, com uma proposta de diminuição do comportamento compensatório e a obsessão pela estética corporal e o conhecimento de uma relação mais saudável com os alimentos. Em casos mais extremos é realizado tratamento medicamentoso quando se nota sinais de alterações psicológicas como depressão e ansiedade ligadas ao transtorno alimentar (TIMERMAN; SCAGLIUSI; CORDÁS, 2010).

Nas sessões de terapia o psicólogo identificara o comportamento do (a) paciente de uma forma que consiga ajuda-lo a pensar de uma outra maneira para que não use como rota de fuga os comportamentos compensatórios, deve-se avaliar também problemas pessoais do (a) paciente para que entenda se existe ligações com o transtorno alimentar, afim de fortalecer os lações afetivos para que sirva de ajuda na superação da bulimia (TIMERMAN; SCAGLIUSI; CORDÁS, 2010).

O acompanhamento nutricional é feito de uma forma para que o (a) paciente entenda mais sobre os alimentos ensinando-o como por exemplo a contagem de carboidratos, para que possa trabalhar uma melhor alimentação e conhecimento sobre os alimentos, criando um plano alimentar para que se possa suprir quaisquer deficiências nutricionais. O tratamento medicamentoso só seria iniciado se nas consultas com o psicólogo for comprovado que a bulimia esta interligada com algum transtorno psicológica, como a depressão e a ansiedade, assim é passado para o psiquiatra para que possa ser iniciado o tratamento medicamentoso (ROSA; SANTOS, 2011).

Bulimia nervosa é diagnosticada quando uma série de critérios são atendidos, a saber, que o sofredor apresenta os seguintes comportamentos e características: Envolve-se em compulsão alimentar de forma recorrente por meio de episódios caracterizados por comer em abundância de uma forma exagerada o paciente também sente falta do controle sobre a quantidade de alimentos que ingere ou sente-se incapaz de parar de comer. Repetidamente toma medidas inadequadas para prevenir o ganho de peso, como vômitos, jejum, exercícios excessivos ou uso indevido de laxantes e / ou diuréticos. Experimenta episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios de purgação pelo menos uma vez por semana durante três meses ou mais e demonstra-se preocupado com a forma e o peso corporal na autoavaliação (ROSA; SANTOS, 2011).

Entre as Possíveis complicações estão os refluxos e feridas no esôfago: devido a excessiva repetição do vomito acaba enfraquecendo o esfíncter esofágico inferior, responsável por evitar que o conteúdo no estomago volte para o esôfago, juntamente com

isso os vômitos excessivos trazem um conteúdo bastante ácido para o esôfago o que pode ocasionar em úlceras. A Desidratação que acontece por consequentes de vômitos constantes e uso de medicamentos laxativos e diuréticos acometendo em uma grande perda de água e minerais (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

Outra complicação e o inchaço das bochechas que está ligado ao aumento das glândulas parótidas que são glândulas salivares que por uma questão de hipertrofia aumenta de tamanho como resultado de vômitos subsequentes. A deterioração dos dentes que ocorre devido à grandes quantidades de conteúdo ácido devido ao extenso comportamento compensatório (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

A prisão de ventre crônica é outra possível complicação, com o uso excessivo de laxantes para o favorecimento da liberação contração intestinal facilitando a eliminação das fezes, assim o intestino fique dependendo dessa medicação, que na ausência da mesma tem-se como resultado a prisão de ventre, tornando-se em algo crônica, onde sem o medicamento o (a) paciente viria a ter uma dificuldade para evacuar normalmente (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

Pode ocorrer a ausência de menstruação: com a grande perda de nutrientes corporais devido ao excessivo comportamento compensatório no caso das mulheres nota-se alterações no ciclo menstrual ou até mesmo a ausência da menstruação pela falta dos hormônios responsáveis pelo sistema reprodutor feminino. Além disso a depressão e mudança de humor são problemas presentes em pacientes com bulimia, pois em alguns casos a bulimia está relacionada ao não aceitação do seu próprio corpo perante as regras de beleza definidas pela sociedade em que se vive. Pode acontecer também de ter insônia devido as alterações de humor, alterações hormonais, ansiedade e a preocupação constante com a estética do corpo (TIMERMAN; SCAGLIUSI; CORDÁS, 2010).

5 | PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

O estudo evidencia a importância do enfermeiro diante do tratamento nos transtornos alimentares, que através de dimensão do cuidado será um apoio na assistência e amenizará o sofrimento desses pacientes e familiares, além de ampliar e intensificar o conhecimento dos profissionais. Os TA (transtornos alimentares) desencadeiam patologias como: dislipidemias, obesidade, hipertensão e diabetes. Os cuidados dados pela equipe de enfermagem são de suma importância, pois é capaz de identificar as necessidades dos pacientes e auxiliam para um redirecionamento para uma equipe multidisciplinar (CORAS; ARAÚJO 2011).

A respeito do papel do profissional de enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares, a literatura evidencia a importância da atuação da enfermagem, e destaca que é importante a realização de estudos e pesquisas que discutam e reflitam sobre a qualidade da assistência de enfermagem e sobre o seu papel no tratamento desses pacientes, a fim

de ampliar as dimensões do cuidar, amenizando o sofrimento e a dor dessas pessoas e dos seus familiares (OLIVEIRA; FIORIN; CONTRERA, 2016).

O enfermeiro tem o papel de educador, a qual junto da equipe multidisciplinar, buscará estratégias que favoreçam a realidade através da educação primária, sendo capaz de reconhecer o perfil da população, sob sua área de abrangência, onde através da Implementação da Assistência de Enfermagem (SAE) será elaborado ações de prevenção, promoção e recuperação diante da assistência de uma forma individualizada e holística aos pacientes sob seus cuidados (CORAS; ARAÚJO 2011).

Dentre esses cuidados prestados a estratégia de cuidados destaca se o apoio emocional, e o relacionamento interpessoal, confiança mútua, apoio, estabelecendo limites e liberdade para tomada de decisões com relação aos seus objetivos próprios na intenção de envolvê-lo no processo de pensamento construtivo e no seu próprio cuidado e a sua recuperação (CORAS; ARAÚJO 2011).

A assistência do enfermeiro é supracitada nesse acompanhamento por ter o maior contato com os pacientes sob tratamento do tipo internação hospitalar. Esse contato direto possibilita um vínculo de confiança a qual a equipe consegue estabelecer na rotina diária, principalmente durante horários críticos relativos as atividades de vida diária (refeições por exemplo) que favorece o estabelecimento do vínculo e confiança (CORAS; ARAÚJO 2011).

A importância do profissional ser qualificado e entender sobre o assunto dará empoderamento e empatia nas decisões que não julgará alguns comportamentos aparentemente manipulativos e autodestrutivos no momento das crises, que é uma das características dessa patologia. O protocolo da enfermagem é amplo no sentido de intervenção, esse acompanhamento necessitará de um diagnóstico que através dos exames biológicos, psicológicos e socioculturais poderá um diagnóstico de enfermagem preciso (CORAS; ARAÚJO 2011).

O exame físico completo, junto a anamnese norteará como indicadores, avaliação de desenvolvimento de crescimento, desenvolvimento sexual e desenvolvimento físico. Os sintomas apresentados são relativos em saber se está havendo distúrbios como por exemplo: vômitos, diuréticos e laxantes de uso excessivos (CORAS; ARAÚJO 2011).

O estado psicológico pode ser alterado a partir da estrutura familiar, eventuais mudanças nessa aliança, o grau de dependência, pontos positivos e negativos diante de seus comportamentos, é de extrema importância ter documentado todo e qualquer tipo de informação adquirida e quando necessário fazer sinalização para familiares para terapia (CORAS; ARAÚJO 2011).

O contato com a família, será de extrema importância para educação em saúde, para que eles saibam lidar com o problema a fim de ajudar a família a criar habilidades para assisti-lo, apoiar e para que o limite faça parte da intervenção quando se for necessária. Através do norteamto desse vínculo familiar o trabalho da assistência dará uma comunicação assertiva, através do aconselhamento e construção de contextos mais

flexíveis, favorecedores de expressão e aceitação das diferenças físicas e que a qualidade de vida saudável é o que realmente importa (CORAS; ARAÚJO 2011).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a análise da literatura da pesquisa, o desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como entender anorexia, sempre a busca por um corpo mais magro, e a bulimia, que o indivíduo se alimenta, porém estão sempre provocando o vômito. Portanto a intervenção do enfermeiro é de alta relevância desde o começo, de uma consulta rotineira em uma Unidade Básica de Saúde, a uma internação do paciente. Prestando seus serviços como orientação, realizações de exames e entre outros. A família tem seu papel importantíssimo, sabendo identificar quanto antes os sinais dessas doenças e oferecendo apoio emocional.

As mídias deveriam ser menos rígidas e mais empáticas em relação ao corpo perfeito, porque cada pessoa tem seu metabolismo. Deveriam influenciar o serviço de nutricionistas, porque eles iriam oferecer uma dieta de acordo com cada indivíduo. Os governantes deveriam investir em pesquisas, pela busca da resposta do que causam esses transtornos alimentares, investir em propagandas de conscientização ao amor próprio para com seu corpo, e realizações de palestras nas escolas para crianças, adolescentes e jovens sobre aceitação do seu corpo, e criando casas de apoio para esse público alvo e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Marle dos Santos; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. **Revista de nutrição**, v. 23, n. 5, p. 907-918, 2010.

CORAS, Priscila Melo; ARAÚJO, Ana Paula Serra. O papel da enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares do tipo anorexia e bulimia nervosas. **Journal of Health Sciences**, 2011.

BRANDT, Lorenna Mendes Temóteo; FERNANDES, Liege Helena Freitas; ARAGÃO, Amanda Silva; LUNA Thayná Pinto da Costa; FELICIANO, Rodrigo Macedo; AUAD, Sheyla Márcia, CAVALCANTI, Alessandro Leite. Comportamento de risco para bulimia em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 2, p. 217-224, 2019.

BECHARA, Ana Paula do vale; KOHATSU, Lineu N. Tratamento nutricional da anorexia e da bulimia nervosas: aspectos psicológicos dos pacientes, de suas famílias e das nutricionistas. **Vínculo-Revista do NESME**, v. 11, n. 2, p. 7-18, 2014.

CARVALO, Felipe Alckmin; FERREIRA, Renatha Rafihi; ROCHA, Marina; MELO, Márcia. Compreensão analítico-comportamental da anorexia nervosa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 21, n. 2, p. 423-434, 2020.

FARIAS, Claudia Torquato Scorsafava; ROSA, Rafaela Henriques. A educação alimentar e nutricional como estratégia no tratamento dos transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10611-10620, 2020.

FONTENELE, Rafael Mondego; RAMOS, Aline Sharlon Maciel Batista; GOIABEIRA Cláudia Regina Ferreira; CUTRIM; Darly Serra; GALVÃO, Ana Patrícia Fonseca Coelho; NORONHA, Francisca Maria Ferreira. Impacto dos transtornos alimentares na adolescência: uma revisão integrativa sobre a anorexia nervosa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 2019.

GOMES, Andressa Thaynara Andrade; MATOS, Kaique de Freitas; LAVOR, Luciana Quesado; PEREIRA, Luiz Felipe Sampaio; MACEDO, Yngrid Viviane Gomes; CAVALCANTE, João Lucas de Sena; PEREIRA, Fátima Kateline Sampaio; FREIRE, Letícia Tayná Bezerra; DAMACENO, Williany Soares; VASCONCELOS, Laiza Miranda; QUIRINO, Victor Hudson Pereira; MOREIRA, Bruna Raissa Gonçalves; CARVALHO, Alessandra Albuquerque Tavares; PAULINO, Marcília Ribeiro; FONTES, Natasha Muniz. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia: Revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 26, p. e730-e730, 2019.

GREGERTSEN, Eva C.; MANDY, William; SERPELL, Lucy. A natureza egossintônica da anorexia: um impedimento para a recuperação no tratamento da anorexia nervosa. **Frontiers in Psychology**, v. 8, p. 2273, 2017.

LOPES, Helen Cristina Bittencourt; PASCOAL, Carolina; FABBRI, Alessandra Donzelli; KORITAR, Priscila; PINZON, Vanessa Dentzien; FIGUEIREDO, Manoela. Anorexia nervosa e risco de síndrome de realimentação: relato de caso sobre a experiência de um serviço especializado em transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 30, n. 3, p. 261-6, 2015.

LADEIRA, Tatiane de fátima; COPPUS, Alinne Nogueira Silva. Anorexia e adolescência: uma articulação à luz da psicanálise. **Reverso**, v. 38, n. 71, p. 75-81, 2016.

MARTINS, Cilene Rebolho; PELEGRINI, Andreia; MATHEUS, Silvana Corrêa; PETROSKI, Edio Luiz. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, n. 1, p. 19-23, 2010.

MACEDO, Fernando Luis; CAMPANA, Hingryd de Lima; CLEMENTE, Renata Parra. Anorexia e transtornos alimentares: aspectos da vida contemporânea. **Revista InterCiência-IMES Catanduva**, v. 1, n. 3, p. 25-25, 2019.

NUNES, Livia Garcia; SANTOS, Mariana Cristina Silva; SOUZA, Anelise Andrade. Fatores de risco associados ao desenvolvimento de bulimia e anorexia nervosa em estudantes universitários: uma revisão integrativa. **HU Revista**, v. 43, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, Annelize Vieira; CAMARGO, Érica Martins; CURI, Viviane. I. BULIMIA NERVOSA E ALTERAÇÕES BUCAIS. **Seminário Transdisciplinar da Saúde**, n. 01, 2018.

OLIVEIRA, Leilaísa Gonçalves; FIORIN, Priscila Maria Marcheti; CONTRERA, Luciana. PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMEIROS SOBRE OS TRANSTORNOS ALIMENTARES. **Revista laborativa**, v. 5, n. 2, p. 27-46, 2016.

ROSA, Bruno de Paula; SANTOS, Manoel Antônio dos. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: Implicações para o tratamento. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 14, n. 2, p. 268-282, 2011.

SCHMIDT, Nadia dos santos; GONÇALVES, Samara Lúcia. A importância da enfermagem frente ao tratamento de pacientes com transtornos alimentares do tipo anorexia e bulimia nervosas. **Revista FAROL**, v. 9, n. 9, p. 16-26, 2020.

SOUZA, Alex Aigner; SOUZA, José Carlos; HIRAI, Ester Shiori; LUCIANO, Helena de Almeida; SOUZA, Neomar. Estudo sobre a anorexia e bulimia nervosa em universitárias. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 27, n. 2, p. 195-198, 2011.

TIMERMAN, Fernanda; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza; CORDÁS, Táki Athanassios. Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia nervosa, ao longo do tratamento multiprofissional. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 3, p. 113-117, 2010.

CAPÍTULO 2

BENEFÍCIO DO TOQUE TERAPÊUTICO REIKI NO CONTROLE E REDUÇÃO DE ESTRESSE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 12/03/2021

Gabriela Manuela Rosato de Melo

Universidade São Francisco – USF
Bragança Paulista – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/8272282894167859>

Anaílda Fialho Melo

Universidade São Francisco – USF
Bragança Paulista – São Paulo

Denise de Souza Ribeiro

Universidade São Francisco – USF
Bragança Paulista – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/3685734790228158>

RESUMO: O Reiki é a captação e a utilização da energia cósmica que busca o estado pleno de saúde, harmonia e felicidade, é aplicada através do toque das mãos no corpo do paciente ou até mesmo a distância. O Reiki provoca um estado de relaxamento total, trabalhando na modulação homônimos de estresse como o cortisol, adrenalina e noradrenalina, fazendo um manejo sutil e suave na liberação desses hormônios. Objetivou-se descrever os dados referentes ao benefício do toque terapêutico: Reiki através de uma revisão integrativa da literatura. A coleta de dados realizou-se através de plataformas virtuais: Biblioteca virtual da saúde (Portal BVS), Scientific Electronic Librany Online (SCIELO), através dos Descritores em ciência da saúde (DECS): Reiki, Toque terapêutico, Estresse,

Ansiedade, também foi utilizado como estratégia de busca o operador booleano “AND”. Entre os benefícios evidenciados foram encontrados melhora do bem-estar, relaxamento, controle de ansiedade, controle da dor e estimulação do contato terapeuta-paciente. A falta de informação a respeito das terapias complementares faz com que o paciente tenha maior resistência ao tratamento. Conclui-se que embora a maioria dos artigos apresente uma melhora significativa do bem-estar dos pacientes são necessários estudos mais aprofundados na terapia. A maior dificuldade encontrada foi o número defasado de participantes. A interação terapeuta-paciente é um ponto crucial a ser explorado. A prática integrativa complementar ainda está muito defasada no Brasil, é preciso maior preparo dos profissionais e maiores informações à população. Faz-se necessário protagonismo e empoderamento da enfermagem nessa temática.

PALAVRAS-CHAVE: Reiki, Toque Terapêutico, Ansiedade, Estresse.

BENEFIT OF REIKI THERAPEUTIC TOUCH IN STRESS CONTROL AND REDUCION: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Reiki is the capture and use of cosmic energy that seeks the full state of health, harmony and happiness, it is applied by the touch of the hands on the patient's body or even at a distance. Reiki causes a state of total relaxation, working on modulating stress homonyms such as cortisol, adrenaline and norepinephrine, making a subtle and smooth handling in the release of these hormones. The objective was to describe

the data regarding the benefit of therapeutic touch: Reiki through an integrative literature review. Data collection was carried out through virtual platforms: Virtual Health Library (VHL Portal), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), through Health Science Descriptors (DECS): Reiki, Therapeutic Touch, Stress, Anxiety, also the Boolean operator “AND” was used as a search strategy. Among the evidenced benefits, improvement of well-being, relaxation, anxiety control, pain control and stimulation of therapist-patient contact were found. The lack of information about therapies a Complementary therapy makes the patient has more resistance to the treatment. It is concluded that although most articles show a significant improvement in the well-being of patients, further studies in therapy are needed. The greatest difficulty encountered was the lagged number of participants. The therapist-patient interaction is a crucial point to be explored. The complementary integrative practice is still very outdated in Brazil, it needs more professional preparation and more information to the population. It is necessary a nursing protagonism and empowerment in this topic.

KEYWORDS: Reiki, Therapeutic Touch, Anxiety, Stress.

INTRODUÇÃO

A aplicação de Reiki é a captação e a utilização da energia cósmica que traz de volta o estado pleno de saúde, harmonia e felicidade, sendo um instrumento de transformação e realização. “REI” significa a força cósmica, a energia universal, a essência energética que tudo interpenetra, “KI” é a energia vital, da junção do “Rei-universal” com o “Ki-energia vital” temos a “energia vital universal” (KLATT, LINDNER, 2009).

Como uma técnica de canalização de energia vital, a qual ainda não é qualificada pela física moderna, entretanto alguns estudiosos já relatam a existência de um biocampo, um campo de energia intrínseca a todos os seres vivos, também chamados de campo quântico, clássico e não clássico (VANDERVAART, et al, 2011).

Em uma aplicação de Reiki não é necessário o terapeuta direcionar a energia para lugares específicos do corpo do paciente, não existem contraindicações, pois a energia do Reiki é uma energia inteligente, ou seja, ela age onde e como é necessário, o que atenua a preocupação do terapeuta em relação à perda de sua energia, sendo o terapeuta apenas um canal de ligação entre essa energia e o paciente (BABENKO, 2004).

No dia 27 de março de 2017, uma Portaria do Ministério da Saúde foi publicada no Diário Oficial da União (Portaria 849), incluindo o Reiki como uma prática integrativa na “Tabela de Procedimentos” oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na categoria de “ações de promoção e prevenção em saúde” reconhecendo o Reiki como uma prática integrativa do Sistema Único de Saúde.

O estresse é uma resposta complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais diante de qualquer evento que seja interpretado pela pessoa como desafiante. Esse estímulo, interpretado como desafiador, provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno, que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida (LIPP e MALAGRIS, 2001).

Otávio Leal, mestre de Reiki e fundador da Humaniversidade Holística relata que “a maior contribuição do Reiki é aquietar a mente e corrigir a respiração, causa maior da ansiedade”, na aplicação da técnica Reiki a pessoa entra em um estado de relaxamento profundo, no qual ela consegue maior serenidade e tranquilidade por isso, os transtornos cedem, e essas pessoas começam a ver em perspectiva sua vida e seus problemas, muitas vezes obtendo soluções, além de um autoconhecimento muito maior.

De acordo com COELHO (2010), essa energia quando aplicada vitaliza o sistema orgânico provoca o relaxamento profundo, aumenta a frequência vibratória do corpo, desintoxica e dissolve os bloqueios enérgicos irradiando a sensação de bem-estar e harmonia devido à normalização do fluxo de energia “Ki” em todos os níveis corporais, contribuindo para que o organismo restabeleça seu funcionamento ativando glândulas, revitalizando o sistema nervoso e reativando o sistema imunológico.

O Reiki trata-se de uma energia vital universal que tudo interpenetra, através dele canaliza-se uma energia que permeia o universo e transmite-se para o outro. Ele provoca um estado de relaxamento total, trabalhando na modulação de homônimos de estresse como o cortisol, adrenalina e noradrenalina, fazendo um manejo sutil e suave na liberação desses hormônios, promovendo não somente um relaxamento físico, mas psicológico também.

Existem dados publicados na literatura que classificam o Reiki não somente como uma técnica de imposição de mãos que promove qualidade de vida e bem estar, mas que trabalha um conjunto multissistêmico, que vê o ser humano em toda sua integralidade, e não somente um organismo, mas um ser biológico, social e espiritual, trabalhando a intencionalidade do ser voltada ao cuidado com amor e respeito. Pretendeu-se levantar os dados referentes aos benefícios do toque terapêutico: Reiki na redução de estresse e ansiedade por meio de uma revisão integrativa da literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo tratou-se de uma revisão integrativa da literatura referente ao efeito da terapia Reiki na redução e controle de estresse e ansiedade. Após a escolha do tema de interesse foram realizadas buscas de artigos por meio de plataforma online entre abril e maio de 2020. Por meio de coleta de dados em plataformas virtuais tais como: Biblioteca Virtual em Saúde (Portal BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), através dos Descritores em Ciência da Saúde (DECS): REIKI, toque terapêutico, estresse, ansiedade, também foi utilizado como estratégia de busca o operador booleano “AND”.

Como mostrado na figura 1, encontrou-se 558 artigos na plataforma BVS, 28 artigos na plataforma Scielo, totalizando 586 artigos. Foram então aplicados filtros e critérios de exclusão, sendo eles: idiomas português, inglês e espanhol, textos completos, também foram excluídos artigos repetidos e que não estavam dentro do tema proposto e então se

obteve na amostra final 15 artigos. Foi possível observar que o ano com maior número de publicações foi o ano de 2016 e 2019.

Para inclusão dos artigos analisados foram utilizados critérios como: linguagem em português ou com tradução disponível, teses e dissertações realizadas em seres humanos, artigos relacionados com o tema proposto, relato de experiência e estudo de caso.

Após exclusão dos artigos foi realizada leitura minuciosa de 15 artigos para análise e tabulação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se possível que o ano com maior número de publicações foi o ano de 2016 e 2019.

Nº/ BASE DE DADOS	PERIÓDICO / AUTORES / ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	ÁREA TEMÁTICA
Scielo	Research, Society and Development Silvana Possani Medeiros, Et Al, 2019.	Práticas integrativas e complementares: estratégia de cuidado por meio do Reiki em pessoas com depressão.	Pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa.	Identificar as percepções das pessoas diagnosticadas com depressão acerca do recebimento do Reiki associado ao tratamento tradicional.	Benefícios da utilização do Reiki em pacientes diagnosticados com depressão.
BVS	JOURNAL HEALTH NPEPS, Dayana Senger Mendes Et Al, 2018.	Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem.	Artigo de revisão.	Caracterizar os benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem.	Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse e ansiedade.
SCIELO	REBEN Revista brasileira de enfermagem. Vanessa Miranda Gomes, Maria Júlia Paes da Silva, Eutália Aparecida Cândido Araújo, 2008.	Efeitos gradativos do toque terapêutico na redução da ansiedade de estudantes universitários.	Estudo de campo experimental longitudinal com abordagem quantitativa.	Verificar se a utilização do Toque Terapêutico nas alterações gradativas no Estado de Ansiedade dos estudantes após três sessões.	Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse e ansiedade.
BVS	Cad. Ter. Ocupacional. UFSCar Pedro Mourão Roxo da Motta, Nelson Filice de Barros, 2015.	A aplicação de técnicas de imposição de mãos no estresse-ansiedade: revisão sistemática da literatura.	Revisão de literatura.	Analisar o uso e o efeito das técnicas de imposição das mãos Reiki, toque terapêutico e toque de cura no estresse-ansiedade.	Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse e ansiedade.

BVS	Caderno de Naturologia – José Henrique da Silva Cunha, Heloíse Cristina Figueiredo Frizzo, Lais Madalena de Paula Souza, 2016.	Terapias complementares no cuidado aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas com câncer.	Relato de experiência.	Descrever a utilização de práticas integrativas e complementares através do Reiki e Auriculoterapia.	Outras abordagens relacionadas ao Reiki.
BVS	Escola Paulista de medicina, Ricardo Monezi Julião de Oliveira, 2013.	Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos Psicofisiológicos e de qualidade de vida de Idosos com sintomas de estresse: Estudo placebo e randomizado.	Ensaio clínico controlado randomizado.	Avaliar se a modalidade Terapêutica de imposição das mãos Reiki produz alterações de parâmetros psicofisiológicos e de qualidade de vida em voluntários idosos com sintomas de estresse.	Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse e ansiedade.
BVS	UFF: Escola de Enfermagem. Luis Philippe Barroso Vellinho, 2019.	Reiki aliado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ansiedade: Proposta de Instrumento o Consulta de Enfermagem.	Estudo qualitativo de intervenção.	identificar as características definidoras e os fatores relacionados à ansiedade em profissionais de saúde, com relato de ansiedade, atuantes em uma unidade de saúde da família e descrever as reações desses profissionais, antes e após aplicação do Reiki.	Outras abordagens relacionadas ao Reiki.
SCIELO	RLAE: Revista Latino Americana de enfermagem. Leonice Fumiko Sato Kurebayashi, Et Al, 2016.	Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado.	Ensaio Controlado Randomizado.	Avaliar a efetividade da Massagem e Reiki na redução de estresse e ansiedade em clientes do Instituto de Terapia Integrada e Oriental, em São Paulo (Brasil).	Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse e ansiedade.
SCIELO	EG: revista eletrônica trimestral de enfermagem. José Henrique do Nascimento Bessa Et. Al, 2017.	Efeito do Reiki no bem-estar subjetivo: estudo experimental.	Estudo experimental controlado.	Avaliar o efeito do <i>Reiki</i> no bem-estar subjetivo de pessoas que buscam essa terapia.	Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse e ansiedade.
SCIELO	Enfermagem Global, Vera Lúcia Freitag, Andressa de Andrade, Marcio Rossato, 2015.	Reiki como forma terapêutica na atenção à saúde: uma revisão narrativa da literatura.	Revisão narrativa de literatura.	Restabelecer o equilíbrio físico mental e espiritual e identificar a produção científica em terapia complementar Reiki.	Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse e ansiedade.

BVS	REAS: revista de enfermagem e atenção a saúde. Nerizane Cerutti Fornari, Et. Al, 2018.	Toque terapêutico como estratégia para redução de estresse em estudantes de enfermagem.	Estudo longitudinal do tipo caso controle.	Analisar o toque terapêutico como estratégia para redução de estresse em estudantes de enfermagem.	Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse e ansiedade.
SCIELO	Revista online de pesquisa. Silvana Medeiros, Et. Al, 2019.	Percepção de Estudantes de Graduação em Enfermagem Acerca do Recebimento do Toque Terapêutico.	Pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva exploratória.	Conhecer as percepções de estudantes de graduação em enfermagem acerca do recebimento do Toque Terapêutico.	Outras abordagens relacionadas ao Reiki.
SCIELO	Interface comunicação saúde educação. Maria Martha Duque de Moura, Maria Beatriz Lisbôa Guimarães, Madel Luz, 2013.	Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar.	Pesquisa qualitativa com emprego de observação e análise de dados.	Minimizar o estresse do ambiente hospitalar e interferir positivamente no processo terapêutico.	Outras abordagens relacionadas ao Reiki.
BVS	REVOL - Revista de Enfermagem UFPE on line. Guilherme Augusto Rago Ferras, et. Al, 2019.	A aceitação da medicina alternativa complementar por gestantes com diabetes.	Pesquisa qualitativa, descritivo, exploratório.	Avaliar como as mulheres grávidas com diabetes compreendem a aceitação do uso das práticas complementares em saúde.	Outras abordagens relacionadas ao Reiki.
BVS	Revida Batista, Karla de Melo; Borges, Lavinia Moreira / 2020.	Terapia Reiki como estratégia de intervenção na dor e no estresse em estudantes de enfermagem.	Estudo de intervenção.	Descrever o efeito da Terapia Reiki, enquanto intervenção, na dor musculoesquelética e estresse em estudantes de enfermagem.	Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse e ansiedade.

Quadro 1: Distribuição dos estudos inseridos na revisão integrativa segundo base de dados, periódicos, autores, ano de publicação, título, tipo de estudo, objetivos e área temática, 2012-2020.

Fonte: Próprio autor

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os estudos selecionados foram analisados e separados em duas áreas temáticas: “Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse, ansiedade e depressão”, e “Outras abordagens relacionadas ao Reiki”.

Temática 1: Benefícios do toque terapêutico no controle e redução do estresse, ansiedade e depressão

Entre os estudos que abordaram os “Benefícios do toque terapêutico no controle

e redução do estresse, ansiedade e depressão”, podemos citar três estudos principais realizado nos anos de 2018, 2016 e 2019 que tiveram por objetivo analisar o toque terapêutico como estratégia para redução de estresse em estudantes de enfermagem; avaliar a efetividade da Massagem e Reiki na redução de estresse e ansiedade em clientes do Instituto de Terapia Integrada e Oriental, em São Paulo (Brasil), e verificar se a utilização do Toque Terapêutico nas alterações gradativas no Estado de Ansiedade dos estudantes.

No primeiro artigo destacado foi possível observar que o toque terapêutico também se mostrou estatisticamente positivo no que se refere à diminuição dos níveis de estresse dos estudantes do domínio que engloba questões relacionadas a atividades teóricas, o que é de grande valia, uma vez que o estresse, frente à avaliação pode paralisar o estudante, levando-o a dificuldade de concentração (FORNARI et al. 2018). Dessa forma, pode-se dizer que se apresenta como um grande aliado no tratamento complementar à medicina convencional, pois ele acalma, relaxa e promove o equilíbrio energético humano através da energização dos corpos desintoxicando e dissolvendo os bloqueios geradores de estresse e ansiedade.

De acordo com KUREBAYASHU, STEAD, BARTYS (2016), segundo artigo que foi destacado anteriormente, estudos no país e no exterior provaram a eficácia do Reiki no cuidado médico em muitos aspectos, como liberação de tensão emocional, liberação de energia, limpeza da mente, relaxamento interior, esperança, senso de cuidado, alívio da dor, melhoria física e emocional e melhoria cognitiva, reduzindo-se a depressão e aumentando a autoconfiança.

Analisando esse fenômeno sob a perspectiva do Reiki, uma das questões centrais desse problema é que em diferentes estudos, o estado geral de todos os pacientes que receberam esta terapia de alguma forma melhorou e por causa disso as terapias podem reduzir os sintomas gerais de estresse. O estresse afeta todos os sistemas do corpo, levando a mudanças físicas e psicológicas (KUREBAYASHU et al, 2016).

Pode-se aferir que a prática de Reiki foi efetivo na diminuição da ansiedade e intensidade da dor em várias situações, bem como diminuição dos índices pressóricos dos sujeitos analisados e aumento das células imunológicas segundo os dados do nosso estudo.

O terceiro artigo realizado pelo autor MENDES et al, (2019) traz uma definição do Reiki e ansiedade; aqui ele definiu o Reiki como um sistema de cura por meio de técnicas de imposição de mãos, atuando no físico, mental, espiritual, marcado pela autocura, autoconhecimento, liberdade de escolha e de consciência, trazendo benefícios que vão além do corpo físico e age na causa dos sintomas, aumenta a energia vital e fortalece o sistema imunológico. De acordo com os dados de pesquisa, após serem dados os conceitos de Reiki e ansiedade foi possível perceber, além disso, a eficácia e os efeitos gradativos do toque terapêutico na redução de ansiedade de estudantes universitários.

Nos demais artigos a técnicas de imposição de mãos colaboram com a integralidade

do cuidado ao tratarem do ser humano de maneira multidimensional, com uma abordagem centrada no paciente, considerando dimensões que vão além do biológico, como, por exemplo, o campo de energia. Colaboram, também, com a pluralidade dos saberes ao ampliar o escopo de atuação terapêutica e incluir formas alternativas de tratamento que destoam da lógica biomédica hegemônica. Além disso, promovem saúde, pois permitem a manutenção e melhora da qualidade de vida com técnicas não invasivas de baixo custo e com pequeno registro de contraindicações (RODRIGUEZ et al, 2015).

Os artigos analisados na pesquisa, e não menos importantes dos que os citados acima, relatam e comprovam as diferentes aplicações do Reiki, na redução da ansiedade, na diminuição dos níveis de estresse, depressão e redução da dor, devido à estreita relação entre o terapeuta e o aluno. No estudo realizado em 2008 por GOMES embora não tenha encontrado diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos do estudo, percebe-se que a intervenção (cuidado) reduziu a ansiedade dos alunos (GOMES, et al, 2008).

A ansiedade é considerada um transtorno, na qual os pacientes possuem sinais como estresse, fobias, agonias, diante disso, as práticas integrativas auxiliam no tratamento e no dia a dia de pessoas que possuem esse transtorno (MENDES, et al, 2019).

Dentre as principais alterações encontradas durante a análise dos artigos manifestam-se através de vários sinais, como, por exemplo, variação de frequência respiratória e cardíaca, pressão arterial sistêmica, sudorese e eficácia do processo digestivo. Essas respostas fisiológicas são naturais e vitais, porém, em determinadas situações, se ocorrerem de maneira continuada, podem trazer efeitos prejudiciais para a saúde. Esta situação de estresse crônico que leva ao aparecimento e desenvolvimento de doenças tem sido chamada de Distresse (OLIVEIRA, 2013).

Resultados encontrados por MEDEIROS (2019) mostra que estudantes afirmaram que após o recebimento, houve uma melhora na relação familiar, inclusive na postura diante das situações estressoras, destaca-se também a diminuição da ansiedade e estresse. As pessoas com depressão conseguiram perceber com clareza, as modificações em seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, à medida que as sessões de Reiki foram sendo realizadas.

Esse fenômeno pode ser explicado pelos desbloqueios energéticos realizados durante uma sessão. Os resultados demonstram a influência positiva da terapia Reiki sobre a diminuição dos parâmetros alcançados, caracterizando-se como uma possibilidade de intervenção de enfermagem enquanto prática integrativa e complementar em Saúde (BATISTA, 2020).

Segundo o estudo de CUNHA, et al, 2016, o terapeuta que já era experiente e o número de sessões era maior do que os demais (dezesseis encontros) obtiveram resultados positivos na melhora de dor e ansiedade de pacientes com câncer; os resultados podem ser explicados, pois o Reiki por ser um sistema natural de equilíbrio e de reposição

energética, através da imposição de mãos, contribui para um relaxamento profundo, para o desbloqueio energético, harmonização interior e resgate à saúde (BESSA, et al, 2017).

Os estudos analisados evidenciaram que os estudos que utilizaram mais tempo de intervenção e maior número de sessões obtiveram resultados mais significativos, em relação àqueles com duração menor e pequeno número de intervenção, o que indica que, quanto maior o tempo de aplicação e número de sessões, melhores serão os resultados, por ser uma terapia que não exige grandes custos a sua procura tem aumentado gradativamente.

Tratando-se de uma terapia com recursos financeiros mínimos o Reiki é considerado uma prática que exige apenas espaço e um profissional capacitado. É efetiva para diversas condições de saúde, trazendo consigo mais benefícios do que malefícios. A inclusão desta terapia no ambiente acadêmico pode ser uma estratégia para o atendimento dos estudantes de enfermagem, refletindo-se em uma maior qualidade de vida desse estudante durante o desenvolvimento do curso de graduação, podendo também repercutir nas suas demais áreas de vida (BATISTA, 2020).

Práticas integrativas e complementares estão sendo cada vez mais utilizadas, auxiliando não apenas na redução dos níveis de estresse, ansiedade e depressão, mas também no alívio da dor. Os principais motivos que levam as pessoas a buscar tais práticas são o alcance do bem-estar, da serenidade, da melhora do humor, do sono e da compaixão pelo próximo (RODRIGUEZ et al, 2015).

A falta de informação a respeito das terapias complementares faz com que o paciente tenha maior resistência ao tratamento, mas quando informado, de fato, do que se trata e quais os benefícios, os pacientes têm interesse em receber e conhecer o Reiki. No Brasil, temos uma lacuna de profissionais que trabalham no sistema holístico, não existe atualmente nenhum programa que aborde esses temas; o profissional de saúde holística tem uma abordagem genuína e empírica para o desconforto mental e físico.

Temática 2: Outras abordagens relacionadas ao Reiki

Entre os estudos que abordaram as “outras abordagens relacionadas ao Reiki”, pode-se citar dois estudos realizados em 2013 e 2016 que tiveram por objetivo minimizar o estresse do ambiente hospitalar e interferir positivamente no processo terapêutico, e descrever a utilização de práticas integrativas e complementares através do Reiki e Auriculoterapia.

Trata-se de um estudo de relato de experiência de caráter descritivo que relatou a experiência da utilização de práticas integrativas e complementares no cuidado aos profissionais de saúde que atuam no âmbito hospitalar por meio de um projeto de extensão intitulado “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde” O presente projeto ofereceu Reiki e Auriculoterapia numa frequência semanal no período vespertino, com duração de duas horas, a aproximadamente seis profissionais de saúde, do sexo feminino que trabalhavam na instituição. Dos seis profissionais participantes, dois relataram ansiedade,

os demais relataram ansiedade e dor lombar. Foram realizados estímulos nos pontos cibernéticos, coração, órgão do coração e ansiedade, além de estímulos na região lombar, analgesia e relaxamento muscular (CUNHA et al, 2016).

Ao final de dezesseis encontros, esses profissionais foram reavaliados e relataram, informalmente, diminuição da ansiedade, da dor na região lombar, referindo serem acolhidos e cuidados.

Esses resultados obtidos podem ser explicados, pois o Reiki por ser um sistema natural de equilíbrio e de reposição energética, através da imposição das mãos, contribui para a produção de um relaxamento profundo, para o desbloqueio energético, harmonização interior e resgate à saúde Segundo a literatura especializada, no processo de aplicação do Reiki ocorre sintonia de uma frequência energética de alta vibração, que possibilita contribuir com a elevação da frequência vibracional das pessoas, promovendo a reestruturação dos seus padrões energéticos, que tem relação direta com o sistema glandular endócrino, favorecendo o equilíbrio físico, emocional e mental, após a aplicação do Reiki.

No segundo artigo, onde retrata o tocar como atenção ao vínculo hospitalar objetivou-se minimizar o estresse do ambiente hospitalar e interferir positivamente no processo terapêutico; nesse contexto pode-se analisar o uso do toque terapêutico como componente do processo de cuidar que favorece o vínculo. Isto tem como consequências: o reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde; a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social; uma reorganização do atendimento em saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a incluir toda a equipe multiprofissional; a elaboração de projetos terapêuticos junto aos usuários com base em suas demandas; a operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para fortalecer e potencializar o processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

As principais contribuições e efeitos nesse processo englobam a redução de sensações desconfortáveis e o favorecimento das sensações positivas; a facilitação da comunicação, a promoção de sociabilidade dos indivíduos; a redução de dores físicas e mentais e as mudanças em padrões fisiológicos, além de estímulo corporal, ampliando as possibilidades do sistema terapêutico.

Confirmando os dados desta pesquisa, mais três artigos relataram os benefícios do Reiki no controle da ansiedade e/ou depressão, os demais estudos que abordaram “as outras percepções do Reiki”, pode-se citar uma revisão integrativa que pretendeu analisar a percepção de estudantes de graduação em enfermagem acerca do recebimento do toque terapêutico e avaliar a qualidade de evidências científicas sobre essas intervenções ressaltando os benefícios e experiências de cada um. O relato dos estudantes evidenciou redução dos sinais de estresse e dor, melhora na qualidade sono, acarretando em maior

bem-estar. Logo, quando as pessoas passam a considerar instâncias mais sutis da vida é possível utilizar estratégias, como o toque terapêutico, a fim de proporcionar maior qualidade de vida para si e posteriormente para o outro (MEDEIROS, et al. 2019).

Explorando a singularidade e a diferença como atributos, enfatizando as qualidades inerentes a cada um e a auto responsabilidade pelo que sucede os demais estudos analisados e quanto aos benefícios da utilização das terapias complementares em especial o Reiki, foram mencionados: promoção do relaxamento; oportunidade de contato com o paciente e estabelecimento de uma relação entre profissional e paciente diminuição da dor, do estresse, da ansiedade e um aumento do bem-estar geral. Porém, verifica-se a necessidade de mais pesquisas para determinar a melhor metodologia de intervenção, além de facilitar os contextos de implementação.

CONCLUSÃO

Os estudos realizados sobre o tratamento com o Reiki relataram melhora no bem-estar geral e de alguns sintomas que apresentaram resultados significativos. A melhora de sinais e sintomas como dor, fadiga, estresse, ansiedade sugerem que esta prática pode ser introduzida na prática assistencial ou recomendada no tratamento do estresse e ansiedade.

São vários os fatores que estão relacionados à ansiedade e ao estresse, demonstraram também elevação crescente e acentuada da melhora destes sintomas com a aplicação do toque terapêutico Reiki em toda pesquisa realizada.

Sendo assim, tendo o presente estudo o objetivo geral, o levantamento de dados referentes aos benefícios do toque terapêutico Reiki na redução de estresse e ansiedade, pode-se afirmar que o mesmo foi atendido, já que o conjunto dos resultados obtidos sugere que a terapêutica Reiki produz alterações psicofisiológicas e de qualidade de vida nas pessoas compatíveis com uma redução significativa de estresse.

Os dados encontrados confirmam a melhora no bem-estar geral dos indivíduos o que corrobora com a qualificação do Reiki na renovação do ato de cuidar que busca a integração entre corpo, mente e espírito, e na redução dos sintomas em estudo, e com isso pode se concluir que o estudo se torna valioso àqueles que por ele venham a se interessar pela prática do Reiki.

Embora a maioria dos artigos apresentem uma melhora significativa do bem-estar dos pacientes são necessários estudos mais aprofundados na terapia de imposição de mãos. A maior dificuldade encontrada foi o número defasado de participantes. A interação terapeuta-paciente é um ponto crucial a ser explorado. A prática integrativa complementar ainda está muito defasada no Brasil, é preciso maior preparo dos profissionais e maiores informações à população. Faz-se necessário protagonismo e empoderamento da enfermagem nessa temática.

REFERÊNCIAS

- BABENKO, P. C. **Reiki: um estudo localizado sobre terapias alternativas, ideologia e estilo de vida**. 2004. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.
- BATISTA KM, Borges LM. **Terapia Reiki como estratégia de intervenção na dor e no estresse em estudantes de enfermagem**. *REVISA*. 2020; 9(1): 109-17. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n1.p109a117.M>.
- BESSA, José Henrique do Nascimento *et al*. **Efeito do Reiki no bem-estar subjetivo: estudo experimental**. *Enfermeria Global*, Rio de Janeiro, p. 1-7, 23 fev. 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/pt_1695-6141-eg-16-48-00408.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.
- BIAGGIO, A. M. B. & Natalício, L. (1979). **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- COELHO, Eduardo. **Manual para iniciados**. <http://www.scribd.com/doc/7357166/Usui-Shiki-Rioho-REIKI>. Acesso em 02 de fev de 2020.
- CUNHA, José Henrique da Silva. **Terapias complementares no cuidado de profissionais da saúde que cuidem de pessoas com câncer**. *Caderno de Naturologia - Terapia Complementar*, Caderno de Naturologia, v. 5, ed. 9, 2016. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/4825/3269>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- FERRAZ GAR, Lima SAM, Rodrigues MRK, Spiri WC, Juliani CMCM, Calderon IMP, et al. **A aceitação da medicina alternativa complementar por gestantes com diabetes**. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13:e242061 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242061>.
- FORNARI, Nerizane Cerutti *et al*. **Toque Terapêutico como estratégia para redução de estresse em estudantes de enfermagem**. *REAS*, Revista de Enfermagem e atenção a saúde, 2018. DOI 10.18554/reas.v7i3.3004. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/3004-17716-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/3004-17716-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 5 fev. 2020.
- FREITAG, Vera Lucia et al. **O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura**. *Enfermeria Global*, [s. l.], ed. 38, p. 1-11, Abril 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt_revision5.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.
- GOMES, Vanessa Miranda. **Efeitos gradativos do toque terapêutico na redução da ansiedade de estudantes universitários**. *REBEN*, Revista Brasileira de Enfermagem, 30 ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a08v61n6.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.
- KLATT O.; LINDNER N. *O Reiki e a medicina tradicional*. São Paulo: Pensamento, 2009. 181p.
- KUREBAYASHU LFS, Turrini RNT, Souza TPB, Takiguchi RS, Kuba G, Nagumo MT. **Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2834. Acesso em 12 de mar de 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1614.2834>.
- LIPP, Marilda E. N. e MALAGRIS, Lúcia E. N. **O stress emocional e seu tratamento**. In: Rangé, Bernard *Psicoterapias cognitivo-comportamentais*, Artmed, São Paulo, 2001.

MEDEIROS, Silvana Possani *et al.* **Práticas integrativas e complementares: estratégia de cuidado por meio do Reiki em pessoas com depressão.** *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 1-17, 11 out. 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Praticas_integrativas_e_complementares_estrategia_%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Praticas_integrativas_e_complementares_estrategia_%20(2).pdf). Acesso em: 5 mar. 2020.

MEDEIROS SP, Oliveira ACC, Piexak DR, et al. **Percepção de Estudantes de Graduação em Enfermagem Acerca do Recebimento do Toque Terapêutico.** *Rev Fund Care Online*.2019.11(n. esp):464-469. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.464-469>

MENDES, Dayana Senger. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. **Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem**, *Journal Health NPEPS*, p. 1-17, 31 jan. 2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/999705/3452-12861-7-pb.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria n. 849, de 27 de março 2017.** Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União, Brasília, DF (2017 Mar. 28);Sec. 1:68.Available from:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf.

MOTTA, Pedro Mourão Roxo da *et al.* **A aplicação de técnicas de imposição de mãos no estresse-ansiedade: revisão sistemática da literatura.** *Caderno Terapia ocupacional USFCAR, São Carlos*, 2015. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAR0534>. Acesso em: 27 fev. 2020.

MOURA, M. M. D.; GUIMARÃES, M. B. L.; LUZ, M. **Touch: attention to the bounds in the hospital setting.** *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.393-404, abr./jun. 2013.

PSYCHIATRIC ASSOCIATION, American. **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS.** 5. ed. rev. e atual. [S. l.]: Artmed, 2014. 992 p. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020.

RODRIGUEZ, *Llapa *et al.* **Uso de práticas integrativas e complementares no tratamento de estresse ocupacional: uma revisão integrativa.** *Enfermeria Global*, [S. l.], n. 39, p. 1-12, 1 jun. 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_revision2.pdf. Acesso em: 26 fev. 2020.

VANDERVAART S, Berger H, Tam C, Goh YI, Gijzen VMGJ, de Wildt SN, et al. **The effect of distant Reiki on pain in women after elective caesarean section - a double blinded randomized controlled trial.** *BMJ Open* 2011; DOI: 10.1136/bmjopen-2010- 000021.

VELLINHO, Luis Philippe Barroso. **Reiki aliado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ansiedade: Proposta de Instrumento o Consulta de Enfermagem.** Orientador: Profª. Drª. Fátima Helena do Espírito Santo. 2019. Dissertação Mestrado (Mestrado Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2019. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/13037/1/Luis%20Philippe%20Barroso%20Vellinho.pdf>. Acesso em: 27 maio de 2020.

ANÁLISE DA ACESSIBILIDADE SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 07/03/2021

Liliane Silva do Vale

Universidade Católica do Salvador
Salvador - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5017606704982335>

Cássia Nascimento de Oliveira Santos

Universidade Católica do Salvador
Salvador - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5927604737394604>

Jadson Oliveira Santos Amancio

Universidade Católica do Salvador
Salvador - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9067851471570022>

Marcela Silva da Silveira

Universidade Católica do Salvador
Salvador - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6668151940163369>

Maísa Mônica Flores Martins

Universidade Católica do Salvador
Salvador - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7166331324185178>
<http://orcid.org/0000-0001-8329-614X>

RESUMO: A acessibilidade aos serviços de saúde é caracterizada pelas barreiras ou facilidades encontradas pelo usuário que possibilite o contato a assistência, e por conseguinte, o acesso e utilização desses serviços, a exemplo, considera-se como acessibilidade sócio-organizacional, o tempo de espera que o usuário

enfrenta para conseguir a marcação para uma consulta. Este estudo tem por objetivo analisar na literatura científica a acessibilidade sócio-organizacional na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Trata-se de um estudo de revisão integrativa desenvolvida nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através da seguinte estratégia de busca (“acesso aos serviços de saúde” OR acessibilidade) AND (“atenção primária a saúde” OR “estratégia de saúde da família”). Foram incluídos os artigos em texto completo, disponíveis em português, publicados nos últimos 10 anos e realizados no Brasil. Na primeira etapa da pesquisa foram encontrados 275 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos que correspondem com a temática e com os demais critérios de inclusão, totalizou-se 34 artigos para a amostragem final. A maioria dos artigos encontram-se na base de dados LILACS (55,9%), seguida pela MEDLINE (38,2%) e pela BDEFN - Enfermagem (5,9%). Os estudos destacam que aspectos relacionados à dificuldade para marcação de consultas, tempo de espera pelo atendimento, horários inflexíveis e escuta dos profissionais da recepção, revelam-se como obstáculos para o alcance da acessibilidade aos serviços de saúde. A análise dos estudos permite concluir que é fundamental o desenvolvimento de novos estudos e políticas públicas que favoreçam a acessibilidade sócio-organizacional.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção primária à saúde; Estratégia de saúde da família.

ANALYSIS OF SOCIO-ORGANIZATIONAL ACCESSIBILITY IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Accessibility to use healthcare services is characterized by obstacles or facilities found through the service wearers enabling access to support, therefore access and usage of those services, considering socio-organizational access and the waiting time to schedule medical appointments for instance. The scope of this paper is to analyze with scientific literature socio-organizational's accessibility on Primary Health Care. It is about integrative review research with data analysis from Virtual Health Library (BVS), using ("healthcare services access" OR accessibility) AND ("primary health care" OR "family health strategy") as a searching method. Articles with full text, available in portuguese, published within the past 10 years and held in Brazil, were included whereas incomplete texts, duplicated articles that didn't approach the theme, literature reviews, as well as articles in different languages and produced in other countries were discarded. On the first step of the research 275 articles were found, after reading titles and abstracts with the corresponding theme and including requirements, leading to 34 articles in total. The majority of the papers are found in LILACS (55,9%), followed by MEDLINE (38,2%) and BDEFN - Nursing (5,9%) databases. Aspects related to the difficulties of scheduling medical appointments, inflexible hours and the reception professionals hearing, are emphasized as obstacles to reach accessible health services. The paper analysis concludes that new research development and public policies are fundamental to enhance the socio-organizational's accessibility.

KEYWORDS: Health services access; Primary health care; Family health strategy.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil no decorrer dos anos tem investido especialmente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo estratégias preventivas e de promoção da saúde (PEDRAZA *et al.*, 2018). Estes serviços voltados para a APS estão em crescimento desde a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo o atendimento a toda população, reduzindo assim, as desigualdades de acesso (RÊGO *et al.*, 2018).

Na atual perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem como objetivo incorporar e reafirmar os princípios do SUS, com ênfase na atenção primária à saúde, favorecendo o acesso da população aos serviços de saúde e assegurando atributos da APS, como a longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos usuários (ALVES; AERTS, 2011). Além de que, a ESF favorece a expansão e consolidação da APS sendo porta de entrada para o diagnóstico e resolutividade das necessidades de saúde da população (RÊGO *et al.*, 2018; BRASIL, 2017).

Acesso e acessibilidade são considerados desafios contemporâneos da organização do SUS (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012), na literatura científica disponível, é possível encontrar alguns estudos que utilizam tanto o termo acesso e acessibilidade como sinônimos, enquanto outros fazem a diferenciação de significados (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014). O acesso está relacionado à disponibilidade dos serviços de saúde pela perspectiva

da oferta (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012), a acessibilidade remete-se às características dos recursos de saúde disponíveis e as características da população, para que estes serviços sejam facilmente utilizados pelos usuários, de acordo com suas necessidades, considerando os limites de espaço e tempo (CLEMENTINO; MIRANDA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2012). Além disso, a acessibilidade é ponderada como uma temática fundamental nos processos de avaliação em saúde, pois trata da disponibilidade e distribuição social dos recursos (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Donabedian (2003), apresenta a acessibilidade dividida em duas dimensões: a geográfica e a sócio-organizacional. A acessibilidade sócio-organizacional está ligada a todas as particularidades da oferta que tanto podem facilitar ou dificultar a capacidade dos usuários de usufruírem os serviços de saúde. Dentro dessa dimensão, os serviços precisam ser oportunos, contínuos, que atendam à demanda real e que sejam capazes de garantir o acesso aos outros níveis de atenção.

Aspectos organizacionais estão associados à acessibilidade, principalmente as características de funcionamento dos serviços de saúde, tais como; tempo de agendamento da consulta, horário de funcionamento dos serviços, escuta dos profissionais da recepção e de nível superior, identificação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e implantação do acolhimento como mecanismo facilitador do acesso (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2012). Tais características também são vistas como barreiras organizacionais, e refletem acerca da resistência que o espaço e a oferta de atendimento impõem aos usuários, visto que, a presença de dias específicos para a marcação de consultas, filas para atendimento e dias específicos para atendimento, são considerados obstáculos para a Atenção Primária à Saúde (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; MARTINS *et al.*, 2019).

É primordial que a Atenção Primária à Saúde seja conduzida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017). O termo acessibilidade abarca dimensões socioeconômicas, organizacionais, geográficas, culturais e políticas de contexto social e assistencial, que podem se manifestar como barreiras no atendimento das necessidades dos usuários, efetivos e/ou potenciais do sistema de saúde. Além disso, a acessibilidade é mensurada pela relação da resistência imposta por essas barreiras e a força de superação dos usuários (MENDES *et al.*, 2012). Sendo assim, com o auxílio de novos estudos sistematizados que abordem essa temática, será possível identificar quais as barreiras prejudicam o acesso são mais corriqueiras nas unidades de saúde. A fim de que, as políticas públicas sejam utilizadas com o intuito de aprimorar a acessibilidade aos serviços de saúde, contribuindo assim com a melhoria da qualidade da APS.

Dessa forma, este estudo tem por objetivo analisar na literatura científica a acessibilidade sócio-organizacional nos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa, que pretende responder a seguinte pergunta de investigação: O que a literatura científica disponível traz acerca da acessibilidade sócio-organizacional nos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil?

A revisão integrativa viabiliza a síntese de diversos estudos publicados, permitindo assim o alcance de conclusões gerais acerca de um determinado assunto. Para a elaboração desse tipo de estudo é fundamental o rigor metodológico, além de que, é importante compreender as seis etapas da realização de uma revisão integrativa: identificação do tema e questão de pesquisa para a revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; categorização; avaliação; interpretação dos resultados dos estudos e a apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta de dados foi realizada de maio a junho de 2020, a seleção dos artigos se deu por meio das bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através da seguinte estratégia de busca (“acesso aos serviços de saúde” OR acessibilidade) AND (“atenção primária à saúde” OR “estratégia de saúde da família”).

Os critérios de inclusão para essa revisão foram os artigos disponíveis em texto completo, publicados no idioma português, realizados no Brasil, publicados nos últimos dez anos (2010 - 2020) e que abordassem a temática proposta. Foram excluídos os artigos que não estavam em texto completo, artigos duplicados, que não abordassem a temática proposta, revisões de literatura, assim como, artigos em outros idiomas, produzidos em outros países ou que fossem artigos que apresentassem estudos comparativos entre Brasil e outros países.

Para a seleção dos estudos, a leitura do título e resumo dos 275 estudos previamente selecionados foi realizada, adotando os critérios de inclusão e exclusão. 170 estudos foram excluídos por não corresponderem com a temática abordada, 18 se tratavam de revisões de literatura e 18 eram artigos duplicados. Após a leitura dos estudos na íntegra e a retirada de três estudos que não obtivemos acesso, totalizou-se 34 estudos como amostra final.

Estes foram separados de acordo com as bases de dados disponíveis, os anos de publicação, a metodologia do estudo e a forma que discutia a acessibilidade sócio-organizacional nos serviços de saúde. Abaixo segue o fluxograma elaborado para uma melhor compreensão. (Figura 1).

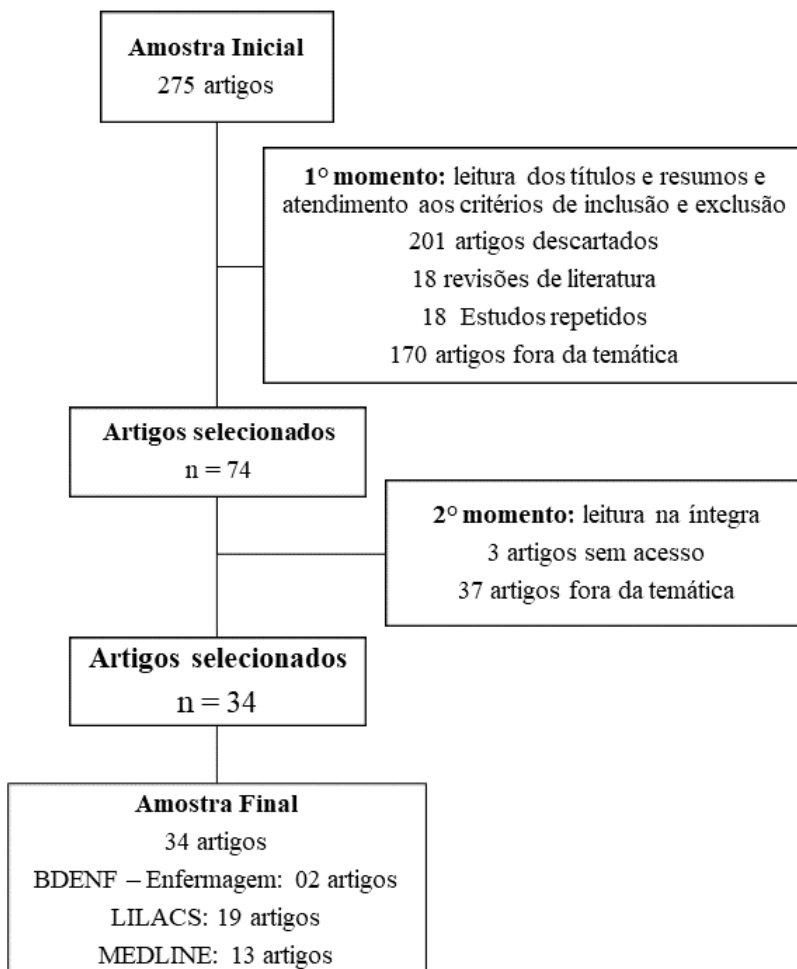


Figura 1: Fluxograma da metodologia empregada para a seleção dos estudos

Fonte: elaboração dos autores

3 | RESULTADOS

Após análise metodológica e leitura dos artigos na íntegra, foram selecionados 34 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Percebe-se que os estudos estão publicados e distribuídos em apenas três bases de dados: dezanove na Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) (55,9%); treze na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) (38,2%) e dois na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) (5,9%). (Gráfico 1).

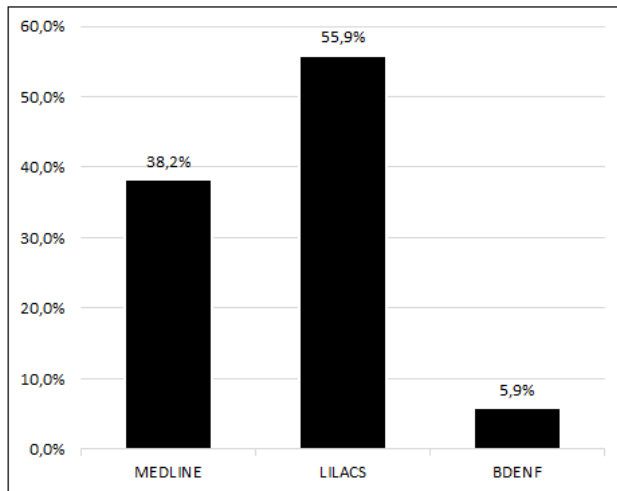


Gráfico 1: Percentual da distribuição das bases de dados

Fonte: elaboração dos autores

De acordo com o ano de publicação no intervalo de dez anos, a distribuição se apresentou da seguinte forma: três estudos no ano de 2010 (8,8%); um em 2011 (2,9%); três em 2012 (8,8%); três em 2013 (8,8%); sete em 2014 (20,6%); dois em 2015 (5,9%); um em 2016 (2,9%); quatro em 2017 (11,8%); sete em 2018 (20,6%); três em 2019 (8,8%) e nenhum em 2020. Tal desfalque no ano de 2020 se deve por conta de a coleta de dados ter sido realizada no início do ano, então não havia muitos estudos publicados. (Gráfico 2).

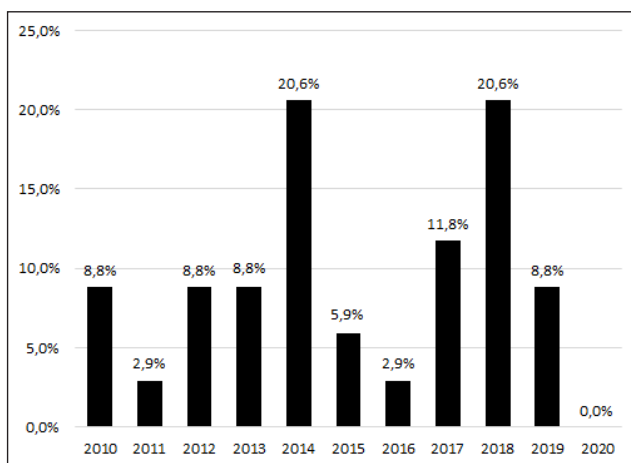


Gráfico 2: Percentual da distribuição ao longo dos 10 anos

Fonte: elaboração dos autores

Em relação a abordagem dos estudos selecionados, verifica-se um maior contingente de estudos quantitativos (73,5%) e qualitativo (26,5%). Na análise do tipo de estudo e com relação aos objetivos do estudo, observa-se que 70,6% dos estudos são transversais, seguidos dos estudos descritivos (20,6). (Gráfico 3).

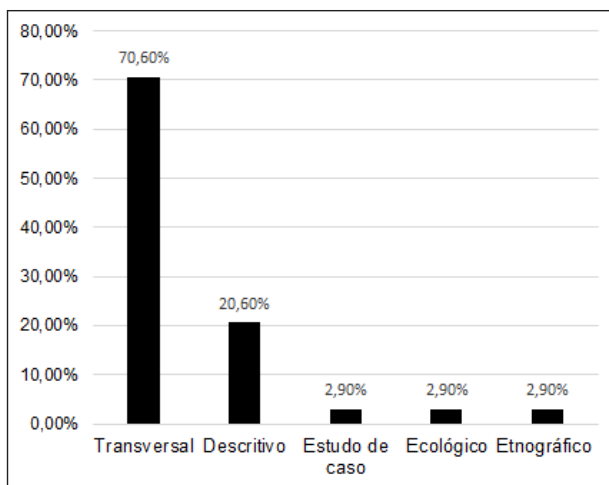


Gráfico 3: Distribuição dos estudos segundo tipo e objetivos dos estudos.

Fonte: elaboração dos autores

Os artigos discutem a respeito da acessibilidade sócio-organizacional de diferentes formas, visto que, muitos autores utilizam o termo acesso e acessibilidade como sinônimos (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014; SILVA; VIEIRA, 2014; VANDERLEI; NAVARRETE, 2013). Outros trazem a acessibilidade como uma dimensão do acesso (SOUSA *et al.*, 2014; LIMA; ASSIS, 2010; LIMA *et al.*, 2015; PINTO; GIOVANELLA, 2018; MARQUES *et al.*, 2014; MARTINS *et al.*, 2019), ou como um dos atributos essenciais da APS (SANTOS *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que, apesar de os estudos estabelecerem abordagens diferentes, tudo que é voltado para a funcionalidade dos serviços de saúde, tais como horário de funcionamento das unidades, presença de filas para marcação de consultas, escuta dos profissionais das unidades, existência de práticas de acolhimento, dentre outros, estão inteiramente relacionados à acessibilidade sócio-organizacional (OLIVEIRA *et al.*, 2012; CLEMENTINO; MIRANDA, 2010; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Para uma melhor discussão, os artigos foram categorizados e separados em três categorias: Avaliação dos serviços de saúde (29%); Acesso aos serviços de saúde (44%) e Acessibilidade sócio-organizacional nos serviços de saúde (26%) (Gráfico 4).

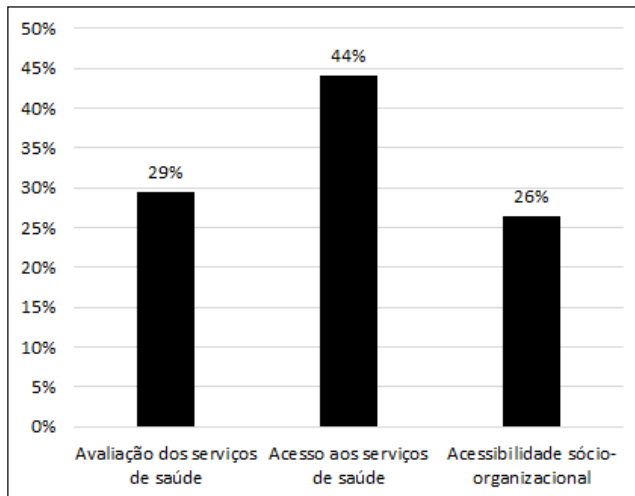


Gráfico 4: Percentual dos estudos de acordo com a categoria

Fonte: elaboração dos autores

Sendo assim, será abordado de uma forma mais ampla a respeito da discussão das categorias que compõem esse estudo, evidenciando os aspectos mais relevantes dos artigos selecionados.

4 | DISCUSSÃO

Categoria 1 – Avaliação dos serviços de saúde

Dentro dessa categoria estão inseridos os artigos voltados para avaliação dos serviços de saúde, no qual trazem a acessibilidade sócio-organizacional como componente fundamental para uma boa avaliação dos serviços, estando dentro dos atributos da APS. Assim, os serviços de saúde devem ser constantemente avaliados, pois a acessibilidade no processo de avaliação, leva em conta as dimensões de natureza geográfica, organizacional, sociocultural e econômica (CLEMENTINO; MIRANDA, 2010).

Araújo *et al.* (2014), afirmam que a acessibilidade representa a ausência de barreiras organizacionais para que os usuários consigam atenção à saúde, tais como a delimitação de dias e horários de funcionamento.

Estudos demonstram que a avaliação dos serviços de saúde relacionada a categoria da acessibilidade, apresentou o pior escore médio dentre todos os outros componentes avaliados. Destacam-se os itens de horário limitado de atendimento, relacionados com a provisão de atenção à noite, nos finais de semana e feriados, se o usuário adoecer fora do horário de funcionamento da unidade de saúde, terá que recorrer a outro serviço de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2014; GOMES; FRACOLLI, 2019). Um estudo voltado para a

avaliação dos serviços de saúde destinados à população quilombola, revelou que quase todos os atributos da atenção primária não estão adequadamente presentes no processo assistencial. No que diz respeito a acessibilidade como dimensão do acesso, a mesma apresentou escore insatisfatório, demonstrando a presença de barreiras que dificultam o acesso das crianças aos serviços de saúde (MARQUES *et al.*, 2014).

Outros pontos relacionados a acessibilidade sócio-organizacional e que limitam o atendimento é o fato de os usuários esperarem muito tempo para agendar uma consulta e têm que falar com muitas pessoas para que o agendamento seja efetivado. Além disso, muitas vezes o usuário precisa se deslocar até a unidade de referência para que seja realizado esse agendamento, tendo que faltar ao trabalho e à escola (SHIMIZU; RAMOS, 2019; CAMPOS *et al.*, 2014). A inexistência de um telefone para a marcação de consultas ou para pedir informações quando a unidade de saúde se encontra fechada também se tornam barreiras organizacionais relativas ao acesso que comprometem a qualidade do cuidado na APS (VIDAL *et al.*, 2018).

Um estudo ressalta que a maioria das unidades de APS do Brasil não funcionam no período noturno, e o agendamento de consultas de referência para outro nível de atenção é realizado por uma central de marcação, sendo que, as consultas nem sempre são agendadas em um tempo hábil para que seja disponibilizada a assistência necessária, prejudicando o cuidado integral. O somatório destes fatores exprime que a extensão do atributo de acessibilidade se torna considerado como insatisfatório para atender às necessidades dos usuários (SANTOS *et al.*, 2017).

A seguir será apresentado uma análise de estudos realizados nas regiões e unidades da federação brasileira, que trazem evidências a respeito da presença de barreiras organizacionais nos serviços de APS, suas diferenças regionais e como a qualidade da acessibilidade é crucial para um bom funcionamento das unidades de saúde.

Santiago *et al.* (2013) abordam em seu estudo que a avaliação da acessibilidade na dimensão sócio-organizacional se mostrou prejudicada nos serviços de saúde da APS de Recife, PE. Isso se deu pela grande insatisfação dos usuários com os tempos de espera relativos ao agendamento de consulta especializada e realização de consulta na própria unidade de saúde, comprometendo assim, a garantia do acesso à atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo.

Um estudo realizado em caráter nacional englobou todos os municípios de pequeno porte que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Destaca-se que nos pequenos municípios da região Nordeste, os serviços de saúde apresentam problemas de acessibilidade organizacional, destacando a marcação de consulta, que são em dias e horários fixos, assim como, horário de funcionamento das unidades que não se adequam às necessidades dos usuários e, principalmente, pelas unidades de saúde não funcionarem nos cinco dias úteis da semana. Os resultados destes estudos manifestam descontentamento quanto a demora do atendimento e da resolução de

seus problemas de saúde, além da inexistência de um telefone para marcação de consultas ou pedir informações (CARVALHO *et al.*, 2018, CAMPOS *et al.*, 2014, SHIMIZU; RAMOS, 2019).

Tais acontecimentos entram em discordância com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visto que a mesma declara que os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de uma forma que garanta amplamente o acesso aos serviços de saúde e o vínculo entre profissionais e usuários (BRASIL, 2017).

Em contrapartida, nas regiões Sul e Sudeste, os municípios de pequeno porte apresentaram características positivas, relacionadas ao funcionamento das unidades básicas de saúde durante todos os dias da semana, inclusive aos sábados e/ou domingos, ao horário de funcionamento das unidades de saúde atender às necessidades dos usuários e à realização da marcação de consultas. Sendo assim, os usuários das regiões Sul e Sudeste avaliaram mais positivamente a acessibilidade sócio-organizacional dos serviços de APS do que os usuários das outras regiões do país (CARVALHO *et al.*, 2018), vale ressaltar uma possível adequação nos horários e dias de funcionamento que atendam às necessidades daqueles usuários que não têm disponibilidade para procurarem o serviço em dias e horários comerciais.

Um estudo realizado em Santo Antônio de Jesus, BA, relata uma situação bem divergente de todos os outros estudos, a maioria dos usuários entrevistados se mostraram satisfeitos, isso demonstra que as barreiras de acessibilidade à APS estão sendo quebradas e os usuários têm acesso aos serviços de acordo com suas necessidades. Os resultados do estudo apontam melhorias no acesso aos serviços de saúde após a implantação da ESF nos distritos sanitários, essa implantação possibilitou a ampliação do acesso e assim da acessibilidade, uma vez que, a unidade de saúde está próxima a residência dos usuários. Essa avaliação está de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que coloca a ESF como a porta de entrada acessível dos usuários aos serviços de saúde (CRUZ *et al.*, 2017, BRASIL, 2012).

Fica expresso o quão fundamental será implantar mudanças no sentido de melhorar a acessibilidade nos serviços de saúde. Alterações na forma de agendamento de consultas contribuem neste aspecto. As equipes de ESF têm buscado melhorar a acessibilidade, permitindo assim, um maior equilíbrio entre a capacidade de oferta e demanda dos serviços de saúde, reduzindo o tempo de espera para consultas (VIDAL *et al.*, 2018).

A percepção dos usuários frente a avaliação dos serviços de saúde é fundamental, pois produz informações a respeito dos serviços prestados. Os estudos abordados revelam a presença de fragilidades na estrutura, processo e resultados, que geram impactos negativos na melhoria da saúde da população. É evidente que essas fragilidades impactam na acessibilidade aos serviços de saúde, visto que as avaliações demonstram que a acessibilidade apresenta um desempenho baixíssimo em comparação aos outros atributos da APS (GOMES; FRACOLLI, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2014; SHIMIZU; RAMOS, 2019).

Categoria 2 – Acesso aos serviços de saúde

Martins *et al.*, (2019) apresentam o acesso como um dos elementos do sistema de saúde, composto por características organizacionais e geográficas, que podem facilitar ou dificultar a entrada dos usuários nos serviços de saúde. Além de que, envolve elementos que se configuram como condição essencial à transformação da realidade e ao atendimento aos direitos de cidadania, representando um grande avanço no atendimento aos usuários menos favorecidos (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014).

É importante salientar que embora os estudos utilizem o termo acesso, este é utilizado como sinônimo de acessibilidade e indicam o grau de facilidade ou dificuldade que os usuários obtêm cuidados de saúde, além de estarem relacionados à dimensão sócio-organizacional: presença de filas de espera, tempo de espera pela consulta, entre outros fatores.

Um dos estudos dessa categoria, avalia uma unidade básica tradicional (UBST) e outra com a ESF incorporada, foi notável que na verificação da acessibilidade, a maioria dos aspectos pontuados tiveram uma avaliação positiva, sendo que os usuários da ESF se mostraram mais satisfeitos quando comparados aos usuários da Unidade Básica de saúde tradicional. Porém a demora em marcar uma consulta médica, está inteiramente associada com a restrição de horários de funcionamento das unidades de saúde (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014).

Um estudo realizado com a população de adolescente e jovens, aborda alguns fatores associados a acessibilidade sócio-organizacional, vistos como potenciais dificultadores do acesso, tais como: não atendimento no mesmo dia da marcação da consulta e a existência de filas e dias específicos para a realização da marcação da consulta. Quando os problemas relacionados à acessibilidade organizacional são persistentes, estes demonstraram afastar o público-alvo do estudo dos serviços da Estratégia de Saúde da Família. Um achado importante deste estudo é que os usuários entrevistados relatam que conhecem o Agente Comunitário de Saúde (ACS), este se mostra como comunicador entre o usuário e a unidade de saúde, facilitando assim, o acesso aos serviços (MARTINS *et al.*, 2019, BRASIL, 2017).

Reis *et al.* (2013) propõem que melhorias sejam implementadas a respeito dos indicadores relacionados ao tempo de espera pela consulta e disponibilidade de medicamento, visto que se mostraram insatisfatórios. Neste estudo, os usuários relatam que muitas vezes perdem o dia de trabalho para serem atendidos. Conforme a nova PNAB, o planejamento dos horários de funcionamento precisa ser revisto, para que os usuários possam ser atendidos em horário alternativo ao seu horário de trabalho. Um mecanismo facilitador seria a abertura da agenda aos sábados, possibilitaria a acessibilidade e a maior utilização da APS (BRASIL, 2017).

A literatura dispõe de estudos sobre as questões de acesso aos serviços voltados para populações específicas, com necessidades de saúde semelhantes, a exemplo de

pesquisas direcionadas para pacientes com tuberculose. Os fatores que influenciam diretamente na acessibilidade de tipo específico de pacientes, estão inteiramente ligados aos horários rígidos e limitados, e as formas de marcação de consultas, que na maioria das vezes é somente presencial, dificultando assim o acesso efetivo na APS. Os autores reconhecem que existe a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde a respeito do diagnóstico da tuberculose (QUINTERO *et al.*, 2018; LOUREIRO *et al.*, 2014; NEVES *et al.*, 2016).

Silva & Vieira (2014), apresentaram o acesso ao cuidado à saúde da criança e identificaram barreiras funcionais que dificultaram o cuidado, Lima *et al.* (2015) expressam em seu estudo o descontentamento dos usuários frente aos serviços oferecidos pela APS no Recife, PE. Entre as barreiras apontadas em ambos os estudos, destacam-se: a organização dos serviços relacionados aos dias e horários de atendimento, os usuários precisam chegar muito cedo à unidade, pernoitar ou madrugar, e esperar horas para conseguir pegar uma ficha, a falta de atendimento no turno da noite e nos finais de semana e a forma de agendamento de consultas, pois os dias são limitados. Os usuários também apontaram o reduzido número de visitas domiciliares realizadas tanto pelos profissionais de nível superior quanto pelos Agentes Comunitários de Saúde (LIMA *et al.*, 2015), haja vista que o ACS tem o dever de informar os usuários a respeito das datas e horários de consultas e exames agendados (BRASIL, 2017). Tais características se mostram como dificultadores do acesso aos serviços.

Na realidade estudada por Sousa *et al.* (2014), verificou-se a demora no agendamento, a baixa oferta de consultas especializadas e exames complementares nos serviços de referência, são alguns dos aspectos que restringem o acesso dessa população à rede de serviços de saúde.

Sob a ótica dos profissionais das Unidades de Saúde de um município do sudoeste goiano, o estudo avaliou os atributos da APS (acessibilidade à assistência, longitudinalidade, integralidade e coordenação da assistência; orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). Evidenciou-se que todos os outros atributos demonstraram uma avaliação satisfatória, exceto a acessibilidade, que apresentou uma pontuação mais baixa. Não existem horários alternativos nem flexíveis para atender os usuários que trabalham durante o dia e as consultas nem sempre são agendadas em tempo hábil para disponibilizar a assistência necessária. Tais fatores comprovam que a extensão do atributo acessibilidade é insatisfatória para atender as necessidades dos usuários (SANTOS *et al.*, 2017).

Sendo assim, é primordial facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território social, integrando serviços e práticas por meio da referência e contra referência na rede SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

Categoria 3 – Acessibilidade sócio organizacional

Dentro da dimensão sócio-organizacional, a acessibilidade refere-se aos elementos

estruturais dos serviços que interferem na relação destes com os usuários, tais como, o tempo de espera para o atendimento. São considerados aspectos organizacionais, que dificultam ou facilitam os esforços dos usuários em obter atendimento (DONABEDIAN, 1988). Starfield (2002), reitera que a acessibilidade se configura como elemento estrutural necessário para que a atenção ao primeiro contato seja alcançada, possibilitando assim, a chegada das pessoas aos serviços. Os fatores relativos à acessibilidade sócio-organizacional (tempo de espera para a marcação de consulta e para o atendimento, facilidade na realização de exames e aquisição de medicamentos) são apontados como atributos essenciais que garantem a qualidade da APS.

Reconhecendo a importância da acessibilidade nos serviços de saúde, Vieira-da-Silva *et al.* (2010), avaliaram a acessibilidade após a implantação de um programa voltado para a melhoria da acessibilidade e do acolhimento aos usuários da rede básica de Salvador, BA. A acessibilidade e o acolhimento são fatores considerados eficientes para que os usuários consigam ter acesso aos serviços de saúde, conforme suas necessidades. Posteriormente a implantação do programa, as unidades selecionadas mostraram avanços, tais como: extinção de filas evitáveis, a marcação de consultas por telefone, a implantação do profissional de nível médio na recepção, diminuição do tempo de espera na fila e no tempo entre agendamento e realização da consulta.

Em contrapartida, um outro estudo realizado em um distrito sanitário de Salvador, BA, os autores identificam problemas atrelados à acessibilidade sócio-organizacional, como o longo tempo de espera para a realização da consulta e o tempo de agendamento da consulta, esses tipos de problemas afastam o usuário dos serviços de saúde. Todavia, outros pontos foram referidos como facilitadores para o acesso, como o horário de funcionamento da unidade de saúde, a escuta pelos profissionais da recepção e escuta dos profissionais de nível superior (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Mendes *et al.* (2012) abordam a respeito da acessibilidade sócio-organizacional fazendo um comparativo entre duas Unidade Básicas de Saúde de diferentes modalidades da APS, sendo uma tradicional (UBST) e outra com a ESF incorporada. Os usuários de ambas as unidades demonstram grande descontentamento em relação aos tempos de espera, com tempo de espera de mais de 15 dias para conseguir o atendimento após a marcação da consulta. Em contrapartida, os usuários declaram satisfação em relação a marcação de consulta ser realizada na própria unidade, ao recebimento de medicação e a facilidade para realização de exames, sendo considerados aspectos facilitadores ao acesso aos serviços de saúde.

Um segundo estudo realizado em Salvador, BA teve como foco a acessibilidade à atenção primária de famílias negras. Aspectos relacionados a deficiências organizacionais ou insatisfação com a forma de organização dos serviços, foram relatados como eventuais barreiras ou obstáculos que interpõem entre os usuários e o serviço. O elevado tempo de espera na unidade ou no agendamento de consultas e/ou procedimentos e o horário restrito

as consultas médicas ou odontológicas, foram os principais pontos para a insatisfação das famílias. O estudo destaca que os entrevistados declaram realizar o agendamento em unidades diferentes, com o objetivo de driblar a demora da marcação de consultas. É importante ressaltar que, a questão voltada para o étnico-racial foi raramente ligada à acessibilidade aos serviços (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012), tal achado corrobora com outro estudo (MARTINS *et al.*, 2019).

Costa *et al.* (2017) abordam em seu estudo a acessibilidade das mulheres rurais que vivenciam situações de violência. Comprovou-se que a acessibilidade, dentro da qualidade de direitos de cidadania, é limitada para as mulheres em contextos rurais, isso ocorre diante das iniquidades urbano/rurais, às distâncias geográficas e à oferta de serviços. Estes são resultados das desigualdades na oferta pública e da existência de opções por recursos assistenciais. O quesito (des) atenção dos profissionais foi apontado como limitador do acesso, dentro da dimensão da acessibilidade sócio-organizacional, esse item está inteiramente relacionado com a escuta dos profissionais da recepção e dos profissionais de nível superior, sendo fundamental qualificá-los para uma prática mais acolhedora.

As evidências apontadas por Santos *et al.* (2015) mostram que os motivos que impedem os homens a procurarem os serviços de saúde estão relacionados a fatores institucionais relacionados com a organização de horário de funcionamento das unidades de Saúde da Família, pois não atendem às necessidades do grupo masculino. Os homens na faixa etária produtiva não fazem uso dos serviços de saúde por inconveniência de ter que faltar ao trabalho, outro achado deste estudo, é o fato dos entrevistados afirmarem não ter recebido nenhum tipo de orientação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) a respeito do funcionamento da unidade de saúde. A acessibilidade da classe masculina à unidade de atenção primária à saúde ainda não acontece conforme determina a política de atenção integral à saúde do homem.

Algumas literaturas relatam sobre a acessibilidade sócio-organizacional no ponto de vista de usuários portadores de patologias, a exemplo da tuberculose. A satisfação do usuário está inteiramente ligada ao relacionamento que se estabelece entre o profissional e o usuário, dois estudos identificaram que essa satisfação está associada ao fato dos usuários terem acesso à consulta médica e odontológica, sem longa espera, além do acesso aos medicamentos. Os usuários relataram dificuldades no agendamento das consultas, sendo necessário madrugar para que seja garantido o atendimento. Além disso, os horários rígidos e limitados e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas, se mostram como barreiras organizacionais inteiramente atreladas à acessibilidade, o que impedem o acesso aos serviços de saúde (PAIVA *et al.*, 2014; CLEMENTINO; MIRANDA, 2010).

As evidências apontadas pelos estudos desta categoria abarcam os mecanismos que facilitam e dificultam o acesso aos serviços de saúde, grande parte desses mecanismos estão voltados para a acessibilidade sócio-organizacional, que se tornam barreiras

organizacionais, quanto esta se mostra ineficaz. A não existência de uma infraestrutura organizacional e sistematizada impede que os usuários sejam atendidos conforme as suas necessidades de saúde. É explícito em um estudo que a organização da APS como porta de entrada dos serviços, articulada a uma central de marcação de consultas especializada, deveria funcionar como facilitador do uso dos serviços pelos usuários a fim de aumentar a acessibilidade (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a acessibilidade sócio-organizacional na Atenção Primária no Brasil enfrenta muitos problemas que repercutem no não ou na dificuldade de acesso do usuário a este tipo de serviços de saúde. As pesquisas levantam a questão da necessidade de estudos que explorem a dimensão sócio-organizacional da acessibilidade de forma mais profunda e detalhada, a fim de certificar as evidências sobre a influência da acessibilidade na forma de funcionamento dos serviços de saúde.

A análise dos artigos permitiu concluir que é fundamental o desenvolvimento de novos estudos e políticas públicas que favoreçam a acessibilidade sócio-organizacional, visto que a mesma se mostrou como um excelente indicador da qualidade dos serviços de saúde. Sendo assim, fica claro que o conhecimento a respeito da organização e do funcionamento dos serviços de saúde, são necessários para fortalecer suas potencialidades e assim, superar os desafios existentes.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* **Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco.** SAÚDE DEBATE, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 182-194, out. 2014.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.319-325, jan. 2011.
- ARAÚJO, L. U. A. *et al.* **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso.** Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2865-2875, nov. 2012.
- BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF), 2017.
- CAMPOS, R. T. O. *et al.* **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários.** SAÚDE DEBATE, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, out. 2014.

CARVALHO, B. R. **Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 462-469, 2018.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. **Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de Saúde da Família.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 584-90, out./dez. 2010.

COSTA, M. C. *et al.* **Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde.** Rev. Gaúcha Enferm, [s. l.], v. 38, n. 2, ed. 59553, 2017.

CRUZ, J. S. *et al.* **Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil.** Rev. Salud Pública., [s. l.], v. 19, n. 5, p. 641-648, 2017.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

SANTOS, A. dos S. *et al.* **Análise da acessibilidade masculina aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do Nordeste da Bahia, Brasil.** Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 26-34, 2015.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de La organización de La atención médica.** México DF: Fondo de Cultura Económica; 1988.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford University, 2003.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família na região de Presidente Prudente - SP, Brasil.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 306-325, 2019.

LIMA, S. A. V. *et al.* **Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

LIMA, W. C. M. B.; ASSIS, M. M. A. **Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea.** Revista Baiana de Saúde Pública, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 439-449, jul./set. 2010.

LOUREIRO, R. B. *et al.* **Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 1233-1244, 2014.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. **Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica.** Ver. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-36, set./out. 2014.

MARTINS, M. M. F. *et al.* **Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, [s. l.], v. 35, n. 1, ed. 00044718, 2019.

MENDES, A. C. G. *et al.* **Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

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, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

NEVES, R. R. *et al.* **Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde.** *Rev. Fund. Care Online*, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 5143-5149, out./dez. 2016.

OLIVEIRA, L. S. *et al.* **Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

PAIVA, R. C. G. *et al.* **Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica.** *Rev. Eletr. Enf.*, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 520-6, jul./set. 2014.

PEDRAZA, D. F. *et al.* **Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 923-933, mar. 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

QUINTERO, M. C. F. *et al.* **Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte.** *Rev. Salud Pública*, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 103-109, 2018.

RÊGO, A. S. *et al.* **Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família.** *Rev. Gaúcha Enferm.*, [s. l.], v. 39, ed. 20180037, 2018.

REIS, R. S. *et al.* **Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

SANTIAGO, R. F. *et al.* **Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SANTOS, N. A. *et al.* **AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE.** *Rev. APS.*, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 339 - 348, jul./set. 2017.

SHIMIZUI, H. E.; RAMOS, M. C. **Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal.** *Rev. Bras. Enferm.*, [s. l.], v. 72, n. 2, p. 385-392, 2019.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. **Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária.** *Ver. Bras. Enferm.*, [s. l.], v. 67, n. 5, p. 794-802, set./out. 2014.

SOUSA, F. O. S. *et al.* **Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, MS; 2002.

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S. **Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil.** Rev. Saúde Pública, [s. l.], v. 46, n. 6, p. 1007-13, 2012.

VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. **Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil.** Rev. Saúde Pública, [s. l.], v. 47, n. 2, p. 379-89, 2013.

VIDAL, T. B. *et al.* **Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 27, n. 4, ed. 2017504, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* **Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 10, Supl. 1, p. S131-S143, nov. 2010.

CAPÍTULO 4

AUTOIMAGEM DE MULHERES PORTADORAS DE COLOSTOMIA E OS CUIDADOS DERMATOLÓGICOS PERIESTOMA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/04/2021

Gilvanise do Nascimento de Melo

Faculdade Santa Emília de Rodat
João Pessoa – PB

RESUMO: Sabe-se que a realização de uma colostomia mexe com a vida ordinária das mulheres e sua autoimagem. Este procedimento consiste na exteriorização temporária ou definitiva do cólon, para eliminação fecal e de secreções. Acarretando, assim, consequências corporais, psíquicas, emocionais e comportamentais significativas. O estudo objetivou analisar a produção científica nacional sobre a autoimagem das mulheres com o uso das bolsas de colostomia e os cuidados de enfermagem dermatológicos periestoma. A metodologia utilizada foi de um estudo de revisão integrativa de literatura, um método que permite fazer uma análise ampla do tema proposto, pois inclui diferentes tipos de estudos através da leitura dos mesmos, identificando o objeto estudado. A fonte de dados foi realizada no portal de periódicos capes na base de dados do Google Acadêmico. O Google Acadêmico tem se projetado como uma das principais bases de dados, uma vez que o resgate de artigos científicos é feito por toda a web, teoricamente não possuindo limites. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos que abordassem a autoimagem da mulher estomizada; disponíveis na íntegra. Nesta pesquisa foram analisados 08 artigos. A revista da Universidade de Brasília foi

a que mais teve publicação, com duas. Dos 8 artigos analisados contabilizaram um total de 22 autores, todos eles enfermeiros. Conclui-se que a orientação da enfermagem é primordial para o desenvolvimento do autocuidado, promovendo desta forma as complicações dermatológicas periestoma visando a independência e adaptação para as pacientes ostomizadas possibilitando a reconstrução de sua autoimagem e autoestima de acordo com a individualidade das mesmas.

PALAVRAS-CHAVE: Autoimagem. Mulheres. Colostomia.

SELF-IMAGE OF WOMEN WITH COLOSTOMY AND PERIESTOMA DERMATOLOGICAL CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: It is known that performing a colostomy affects the ordinary life of women and their self-image. This procedure consists of the temporary or definitive exteriorization of the colon, for fecal and secretion elimination. Thus, causing significant bodily, psychological, emotional and behavioral consequences. The study aimed to analyze the national scientific production on women's self-image with the use of colostomy bags and peristome dermatological nursing care. The methodology used was an integrative literature review study, a method that allows a broad analysis of the proposed theme, as it includes different types of studies by reading them, identifying the object studied. The data source was carried out on the portal of periodicals capes in the Google Scholar database. Google Scholar has projected itself as one of the main databases, since the retrieval of scientific articles

is done across the web, theoretically without limits. The inclusion criteria established were: articles that addressed the self-image of ostomized women; available in full. In this research, 08 articles were analyzed. The University of Brasilia magazine was the one that had the most publication, with two. Of the 8 articles analyzed, there were a total of 22 authors, all of whom were nurses. It is concluded that nursing guidance is essential for the development of self-care, thus promoting peristomal dermatological complications aiming at independence and adaptation for ostomized patients, enabling the reconstruction of their self-image and self-esteem according to their individuality.

KEYWORDS: Self-image. Women. Colostomy.

1 | INTRODUÇÃO

A estomia é uma comunicação das vísceras com o meio externo, realizada por meio cirúrgico que proporciona a eliminação de excretas. A confecção de um estoma pode se dar por diversas causas, sendo as mais frequentes doenças autoimunes e câncer de reto. O estoma pode ser temporário, a fim de que a área comprometida seja tratada, ou mesmo definitivo, quando se tem a perda total da função do órgão, não sendo possível o tratamento para o reestabelecimento da atividade do organismo (ALVES et al., 2013; KIMURA et al., 2013). A confecção de um estoma causa um grande impacto sobre a vida do paciente a partir do momento em que sua identidade visual é afetada/modificada e sua autoestima sofre alterações. Além disso a estomia pode vir a causar grande impacto na sexualidade do paciente (KIMURA et al., 2013).

O indivíduo ao receber o diagnóstico para realização de uma colostomia tem dificuldades de enfrentar e vencer as mudanças que ocorrerão nessa nova fase da vida. Isso inclui: pré, trans e pós-operatório, pois, ocorrem transformações na imagem corporal e autoimagem de difícil aceitação (SAMPAIO, 2008).

Conforme Turnbull (1995), o colostomizado, além de enfrentar a ostomia, que é vista como uma mutilação do corpo, ainda tem de lidar com o uso da bolsa coletora, embora esta esteja “escondida” sob suas roupas.

O uso da bolsa coletora representa a mutilação sofrida, apresentando uma relação direta com a perda da capacidade produtiva da pessoa. Muitas vezes, a pessoa colostomizada tem dificuldades na sua própria aceitação e no seu processo de adaptação, principalmente no que se refere à bolsa coletora (SONOBE, 2002).

As condições clínicas que levam à realização de uma ostomia intestinal estão relacionadas às patologias benignas ou malignas do órgão e são muito comuns em oncologia, trauma e cirurgia gastroenterológica. A ostomia pode ser temporária ou definitiva, isto é, podem ser realizadas e depois fechadas, ou mantidas pelo resto da vida (SANTOS, 2006).

Após uma grande cirurgia, o processo de adaptação às mudanças e alterações de vida não é imediata, mas vai acontecendo ao longo do tempo (Wondergem, 2006). Ao ter a

estrutura anatômica modificada, o colostomizado defronta-se com seus conflitos e fantasias em função da imagem que ele faz do corpo, como também da imagem que fazem dele as pessoas que o cercam. Este fato favorece a perda da autoestima, uma vez que ao lidar com a colostomia focaliza-se a atenção das pessoas sobre os valores relacionados à eliminação intestinal, e o que antes era naturalizado passa a ser refletido e revisto (MARRA, 2014).

Acredita-se que as mulheres com estomia intestinal, sentem-se desconfortáveis com a sua imagem corporal devido a localização do estoma confeccionado no abdômen, de modo a ficar exposto e visível (OLIVEIRA, 2016). Além disso, após o primeiro momento da realização de uma colostomia, as pacientes referem diversas dificuldades. Como principal, merece destaque a troca da bolsa, e a higiene com as mesmas, não poderia ser diferente, pois é algo novo que elas começam a ter que enfrentar, devido a isso, principalmente no início, quando passam por uma fase de adaptação e ansiedade, e o medo do desconhecido sobressai (TOSATO; ZIMMERMANN, 2007).

A angústia, assim analisada, é o único sentimento que pode arrancar o ser humano de sua decadência cotidiana, transcender sua condição de ser lançado-no-mundo e assumir seu projeto essencial, isto é, transformar-se em um ser de cura, manifestando-se por meio da preocupação por si e pelos entes ao seu redor e tornando-se livre para assumir as possibilidades concretas de seu existir (SALES et al, 2010).

Neste contexto, cabe ao Enfermeiro como profissional de saúde, identificar e compreender demais alterações, com intuito de amenizar o sofrimento, buscando alternativas na melhoria de vida dessas mulheres, que podem contar ainda com o PAE (Programa de Assistência do Estomizado) do Ministério da Saúde, que visa à integração e reabilitação pós-ostomia, através da assistência de uma equipe interdisciplinar. Com distribuição de bolsas coletoras e produtos adjuvantes para o tratamento do colostomizado, utilizado em diversos estados do país com diretrizes próprias de suas estruturas (Pereira et al, 2018). Para nortear a pesquisa tem-se a seguinte questão: qual a produção científica nacional sobre a autoimagem das mulheres com o uso das bolsas de colostomia e os cuidados de enfermagem dermatológicos periestoma. Este estudo tem por objetivo analisar a produção científica nacional sobre a autoimagem das mulheres com o uso das bolsas de colostomia e os cuidados de enfermagem dermatológicos periestoma.

2 | METODOLOGIA

Na primeira busca na base de dados foram encontrados 185 artigos. Destes, 178 foram descartados por não contemplar o objeto de estudo. Ao final, apenas 07 artigos compuseram a amostra. Após a leitura dos artigos, as informações foram registradas em uma ficha catalográfica para cada trabalho, que continha informações sobre título, autor, ano, base de dados, revista científica, tipo do estudo.

Utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo por meio da leitura e releitura

dos resultados dos estudos, procurando identificar aspectos relevantes que se repetiam ou se destacavam, surgindo as categorias de análise.

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, é um método que permite fazer uma análise ampla do tema proposto, pois inclui diferentes tipos de estudos (MENDES et al., 2008). A revisão integrativa se subdivide em seis etapas: identificação do tema e definição da questão norteadora da pesquisa, delimitação dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, análise dos estudos incluídos, análise dos dados obtidos, interpretação dos resultados, e agrupamento dos dados encontrados (MENDES et al., 2008). Sendo assim o presente método escolhido possibilita ter uma visão ampliada do tema a ser analisado. No presente estudo a questão norteadora analisada é: Qual a autoimagem de mulheres com bolsa de colostomia? Como as mulheres se percebem em sua autoimagem com o uso das bolsas de colostomia?

Esta pesquisa foi realizada no portal de periódicos capes na base de dados do Google Acadêmico. A busca dos dados foi realizada no portal de periódicos capes na base de dados do Google Acadêmico. O Google Acadêmico tem se projetado como uma das principais bases de dados, uma vez que o resgate de artigos científicos é feito por toda a web, teoricamente não possuindo limites (FALAGAS et al., 2008). Outra questão é que esta base é muito utilizada pelos usuários, devido à sua simplicidade, rapidez e amplitude de informação (GIUSTINI et al., 2005).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos que abordassem a autoimagem da mulher estomizada; disponíveis na íntegra; publicados no período compreendido de 2008 a 2018 e artigos em português. Não foram estabelecidos critérios de exclusão.

3 | RESULTADO E ANÁLISE

Nesta pesquisa foram analisados 08 artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente. Para facilitar a análise e apresentação dos resultados, elaborou-se o Quadro 1 caracterizando esses estudos.

AUTOR	TÍTULO	ANO	BASE DE DADOS	PERÍODICO	TIPO DE PESQUISA
Oliveira	A mulher com estomia e sua sexualidade	2016	Google acadêmico	Universidade de Brasília	Revisão integrativa de literatura
Longarito, Brito e Branco	Depois da colostomia... experiências e vivências da pessoa portadora	2015	Google acadêmico	Universidade Católica Portuguesa	abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva
Marra	Bolsa de colostomia: o que tem sido abordado em periódicos e artigos brasileiros	2014	Google acadêmico	Universidade Católica de Brasília	Revisão sistemática da bibliografia
Batista, Rocha, Silva e Junior	Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora	2011	Google acadêmico	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo descritivo com abordagem qualitativa
Pereira e Sousa	Mulheres ostomizadas: dificuldades em conviver com uma colostomia	2018	Google acadêmico	Repositório Institucional Tiradentes	Abordagem qualitativa de natureza exploratória e descritiva
Santos, Poggeto e Rodrigues	A percepção da mulher portadora de estomia intestinal acerca de sua sexualidade.	2008	Google acadêmico	REME - Rev. Min. Enferm.	Estudo descritivo de caráter qualitativo.
Sales, Violin, Waidman, Marcon e Silva	Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial.	2010	Google acadêmico	Revista Escola de Enfermagem da USP;	Abordagem qualitativa na linha fenomenológica existencial de Martin Heidegger
Fernandes, Miguir, e Donoso	Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais	2011	Google acadêmico	Revista brasileira Coloproctologia	pesquisa descritiva de abordagem quanti-qualitativa

Quadro 1: Caracterização dos artigos analisados sobre a temática da autoimagem de mulheres portadoras de colostomia

Quanto ao ano de publicação, obteve – se uma publicação ao ano de 2008 ao ano de 2018. A revista da Universidade de Brasília foi a que mais teve publicação, com duas. Esses dados estão relacionados com o fato desses periódicos serem destinados ao público da enfermagem, garantindo espaço para publicações que surgem do interesse dos enfermeiros para prestar uma assistência de saúde mais segura e qualificada.

No quesito autoria, destaca-se a parceria entre orientando e orientador em todos os artigos, pois são trabalhos oriundos trabalho de conclusão de curso da graduação e pós-graduação. Ainda relacionando com esse aspecto de autoria, os 8 artigos analisados contabilizaram um total de 22 autores diferentes, todos eles enfermeiros.

Em relação aos aspectos metodológicos, cinco eram estudos qualitativos e dois revisões de literatura. As principais técnicas empregadas para coleta de dados foram à

entrevista com pacientes ou enfermeiros e análise de prontuário.

A partir dos resultados apresentados pelos estudos em análise, constituíram-se duas categorias temáticas: prestação de cuidados do profissional de enfermagem a mulher portadora de colostomia e preservação de sua autoimagem e autocuidado.

3.1 Cuidados de enfermagem à mulher portadora de colostomia e a confecção do estoma

Santos é o único a trazer relatos de que as mulheres tinham desconhecimento do procedimento cirúrgico que foi realizado, as mesmas relataram que compreenderam que haveria somente a retirada da parte comprometida pela doença, não foram informadas que haveria a confecção de um estoma na parede abdominal e que através dessa se daria as suas eliminações (SANTOS et al., 2006).

Alguns estudos consideram que para uma melhor compreensão das reações à presença de um estoma abdominal permanente devido a neoplasia, ter-se-á que refletir sobre as 3 reações da pessoa ao confrontar-se com duas realidades: o cancro e a ostomia, tendo de integrar e ajustar, não apenas o diagnóstico de cancro, como o procedimento cirúrgico resultante (KAY et al, 2004; ALVES, 2004).

Uma intervenção de enfermagem sistematizada em estomaterapia, iniciada na fase pré-operatória, facilita a identificação de problemas, ajudando a trabalhar os medos, a insegurança e a ansiedade de modo a encontrar soluções para a cada situação.

A intervenção de enfermagem na fase pré-operatória é fundamental, tendo em conta que a pessoa doente e familiares estão fragilizados, preocupados e com dúvidas, mas por outro lado, ávidos de apoio e informação. Esta etapa permite, também, uma observação e negociação entre a pessoa doente e o(a) enfermeiro(a) estomaterapeuta, de modo a escolher o melhor local de implantação do estoma, apoiar a exteriorização de emoções e verbalização de receios e dúvidas (HAUGEN, et al, 2006).

O acompanhamento pós alta é defendido por vários autores, como favorecedor da adaptação e do reencontro do sentido da vida, com especial atenção ao estado emocional, adequação dos dispositivos e evolução do estado do estoma, motivando e ensinando a visualizá-lo e a aprender a conhecer as suas características normais e alteradas, cuidados com a higiene, com a alimentação e com o vestuário (KAY et al, 2004).

3.2 Preservação dermatológica periestoma no autocuidado e autoestima

Cuidar diretamente da ostomia e seus acessórios significa uma etapa difícil para as pacientes que precisam manipular diariamente as próprias fezes (GOMES et al, 2012). Ainda se referem à adaptação em encontrar a bolsa mais adequada ao seu tipo de pele, como também a realizar a higiene e a troca frequentemente. Que também proporciona a retirada das camadas protetora da pele, provocando hiperemia e erosões (TOSATO; ZIMMERMANN, 2007). O uso da bolsa coletora, ainda causa a preocupação com os gases e o odor de fezes. À possibilidade de vazamento e ao desconforto físico, se dá uma grande

preocupação com a alimentação. Esta consiste em evitar alimentos que provoquem gases, diarreia ou que aumente o desconforto, como alimentos crus e frutas principalmente.

Estudo realizado por Fernandes, Miguir, e Donoso (2011) aponta que a maioria (66,7%) dos pacientes apresentava complicações no estoma ou na pele ao redor deste. Em alguns pacientes havia mais de uma complicação. No grupo dos oito pacientes com complicações houve predomínio de dermatite (50,0%), prolapso (37,5%) e hérnia periestomal, esta última estava em um paciente, evidenciou-se que a complicação mais comum apresentada pelos pacientes foi a dermatite periestomal. Alguns pacientes apresentavam prolapso, porém todos de pequeno tamanho.

Cabe ao profissional de saúde informar a paciente acerca dos procedimentos realizados de modo a torná-lo participante do processo de cuidado (SAMPALIO et al., 2008).

Verificou-se que mesmo após vários anos de vivência com a estomia, as mulheres ainda buscam meios para se adaptar ao dia-dia, apresentam-se inseguras durante o convívio social, medo de que a bolsa venha a romper-se ou descolar e dos odores provenientes, vergonha, e continuam buscando alternativas de adaptação com a estomia. Outro fator que acaba causando desconforto é a falta de controle sobre as eliminações (SANTOS et al., 2006). Para Gomes et al (2012) muitas mulheres procuram manter secreta sua condição, temendo serem estigmatizadas. Isso afeta as relações sociais e objetivas, em que se tornam necessárias a intervenção de profissionais da saúde para problematização da situação e formulação de estratégia que visem à reconstrução da autoimagem e da autoestima das clientes).

A perda da autoestima é outro sentimento manifesto decorrente da mudança da percepção do próprio corpo, ao deparar-se com as alterações corporais provocadas pelas mutilações advindas da cirurgia e do tratamento. Há estágios emocionais de negação corresponsáveis pelo decaimento da autoestima, provocando assim, sensação de mutilação, rejeição de si próprio e dos semelhantes, além de alterações em outras dimensões, tais como: o humor (MARRA, 2014)..

O corpo alterado, agora desviado dos padrões vigentes, não condiz mais com a autoimagem que foi construída ao longo da existência (BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008). De acordo com Souza (2011), a pessoa portadora de colostomia sofre impacto físico e psicológico, bem como uma súbita destruição de sua imagem corporal. O estado emocional do paciente anteriormente e logo após a cirurgia pode ser caracterizado por sintomas de ansiedade e depressão que contribuem de forma negativa no estabelecimento de novas relações sociais, além de exacerbar o medo, a dor e o sofrimento.

Cabe ressaltar que quando os estomas se complicam, requerem mais dedicação dos profissionais e conhecimento dos produtos disponíveis, com a finalidade de amenizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, são imprescindíveis a reabilitação e a recuperação do paciente pela atuação do enfermeiro capacitado nessa reintegração social e o conhecimento destes produtos disponíveis

bem como sua utilização. Acredita-se que a compreensão das mulheres ostomizadas a partir de relatos de suas vivências, possa proporcionar aos profissionais de enfermagem uma perspectiva ampliada para orientar a orientação de um cuidado apropriado, visando o desenvolvimento de atividades educativas permanentes, individuais e em grupos, para facilitar a adaptação das colostomizadas, por meio de uma assistência qualificada (NASCIMENTO et al, 2011).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mulher portadora de colostomia percebe-se negativamente quanto ao uso da bolsa coletora, apresentando medos, insegurança, mutilações, sofrimento, além dos pensamentos autodestrutivos. As reações mais comuns relacionam-se à manutenção de vivência social, por sentirem-se rejeitadas. Há uma crescente desordem emocional, física, psicológica e espiritual, porém percebe-se onde se dará o apoio necessário a mesma. Esperando-se assim resultados norteadores neste estudo visando a melhoria no cuidado ordinário e vigente dos profissionais de Enfermagem e da própria mulher em sua percepção de autoimagem e autocuidado diário. Fazendo com que a mesma participe ativamente de seu autocuidado e melhore sua autoestima e percepção física, mental e psicológica, contribuindo em uma total superação e acolhimento de sua condição atual.

Conclui-se que a orientação da enfermagem é primordial para o desenvolvimento do autocuidado, promovendo desta forma as complicações dermatológicas periestoma visando a independência e adaptação para as pacientes ostomizadas. A colostomia resulta um significativo impacto na vida destas pacientes, afetando de uma maneira geral seu modo de vida. Porém favorece uma qualidade de vida, possibilitando a reconstrução de sua autoimagem e autoestima de acordo com a individualidade das mesmas.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. C. P.; FRANCO, C. P. P.; MOREIRA, K. C. R.; OLIVEIRA, D. C. **A percepção do paciente portador de ostomia com relação a sua sexualidade.** Revista Interdisciplinar. 2013.

Batista, F. F./ Rosário, M. do; Rocha, F. C. V.; Silva, D. M. G.; Junior, F. J. G. S. **Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2011.

BARBUTTI, R.; SILVA, M. & ABREU, M. **Ostomia, uma difícil adaptação.** Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 11 (12), 27-39. 2008.

FALAGAS, Matthew E; PITSOUNI, Eleni I.; MALIETZIS, George A.; PAPPAS, Georgious. Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: strengths and weaknesses. Scientific Databases, Pros and cons. **The FASEB Journal**, Vol. 22 February 2008.

FERNANDES RM; MIGUIR ELB; DONOSO TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. *Rev bras Coloproct*, 2011;30(4): 385-392.

GIUSTINI D, BARSKY E: "A look at Google Scholar, PubMed, and Scirus: comparisons and recommendations". **Journal of the Canadian Health Libraries Association**, 26(3):85-9, 2005.

GOMES, C. et al. Ser mulher estomizada: percepções acerca da sexualidade. Revista Eletrônica Semestral de Enfermaria. n. 27, Jul. 2012.

HAUGEN, V. [et al].- **Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy**. J. Wound Ostomy Continence Nurs, 2006.

KAY, Susan, B. [et al] – **Traditional Versus Telenursing Outpatient Management of Patients With Cancer With New Ostomies**. Oncology Nursing Fórum, 2004; Vol.31, N 5. 2008].

KIMURA, C. A.; KAMADA, I.; GUILHEM, D.; FORTESA, C. R. **Perception of sexual activities and the care process in ostomized women**. Journal of Coloproctology v.33, n.3, p.145-150. 2013

LONGARITO; C. Brito; D.; Branco, Z.; **Depois da colostomia...experiências e vivências da pessoa portadora** . Doutorandas em Enfermagem – Universidade Católica Portuguesa. 2015.

MARRA, V. **BOLSA DE COLOSTOMIA: O QUE TEM SIDO ABORDADO EM PERIÓDICOS E ARTIGOS BRASILEIROS**. TCC apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharelado em Psicologia. 2014

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M., **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enfermagem vol.17, n.4, p.758-764. 2008**

OLIVEIRA, C. de S. **A mulher com estomia e sua sexualidade: revisão integrativa de literatura**, TCC apresentado na Universidade de Brasília, 2016.

PEREIRA, M. E. N.; Silva, A, R. Sousa; **Mulheres ostomizadas: dificuldades em conviver com uma colostomia**. Repositório Institucional Tiradentes. 2018.

SALES, C. A.; VIOLIN, M. R.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; da Silva, M. A. P. **Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial**. Rev Esc Enferm USP; 2010.

SANTOS, F. S.; POGGETO, M. T. D.; RODRIGUES, L. R. **A percepção da mulher portadora de estomia intestinal acerca de sua sexualidade**. REME rev. min. enferm. 2008

SANTOS, G. D. S.; LEAL, S. M. C.; VARGAS, M. A. **Conhecendo as vivências de mulheres ostomizadas: contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem**. Online Brazilian Journal of Nursing v.15, n.3. 2006.

SONOBE, H.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. **A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia**. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.48, n.3, p.341- 348, jul/set. 2002.

SOUZA, P. **As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2011. 13(1):50-9.

SAMPAIO, F. **Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria.** Atual de enfermagem, 2008. 21(1):94-100.

TOSATO, S. R.; ZIMMERMANN, M. H. **Conhecimento do indivíduo ostomizado em relação ao autocuidado** – Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Revista Conexão UEPG. v. 2, n. 1, 2007.

TURNBULL, R. **Estomas intestinais.** Clínica norte Americana, 1995; 38: 1361-72.

WONDERGEM, Fiona -. **Stoma care - a guide to daily living.** Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing April 2007, Vol. 21, 2008.

NURSE'S PERFORMANCE IN AIR PRE-HOSPITAL CARE IN POLYTRAUMATIZED PATIENTS- LITERATURE REVIEW

Data de aceite: 20/04/2021

Karen Leme Bonuzzi

Universidade Nove de Julho
São Paulo-SP

<http://lattes.cnpq.br/4196347904313985>

Rodrigo Marques da Silva

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires
Sena Aires
Valparaíso de Goiás-GO

<http://lattes.cnpq.br/6469518473430107>

Kerolyn Ramos Garcia

Universidade de Brasília
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/6119405140634549>

Linconl Agudo Oliveira Benito

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/7780343507481308>

Leila Batista Ribeiro

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/6643277716864528>

Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/1737775115488718>

Danielle Ferreira Silva

Faculdade Fibra
Anápolis-GO

<http://lattes.cnpq.br/7896899624574923>

ABSTRACT: This is a bibliographic research, aiming to characterize the scientific production related to the role of nurses in pre-hospital air care; to verify the nurse's performance in relation to air pre-hospital care to polytraumatized patients; and list the duties of the Emergency Flight Nurse. The exhausting research has showed poverty of literary and scientific material, this lack of literature difficult a comprehensive discussion on contexts included in air rescues, there are some extremely important factors to be considered, because it requires a patient's previous preparation, he might be more stabilized as possible, besides a properly prepared team to do the correct handling of all needed material during the flight. The flight nurse must have a good physical condition, emotional control, creativity and improving skills; all these abilities are needed to do a better performance during nursing procedures inside an aircraft with rotating wings. From this point, we can notice the importance of specialized and prepared nurse to work with prehospital emergency and aeromedical evacuation, the main subject of this paper.

KEYWORDS: Air prehospital care, Polytrauma, Urgency and Emergency.

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, objetivando caracterizar a produção científica relacionada a atuação do enfermeiro no atendimento pré hospitalar aéreo; verificar a atuação do Enfermeiro frente ao atendimento pré-hospitalar aéreo aos pacientes politraumatizados; e elencar as atribuições do Enfermeiro de Bordo Emergencista. A busca exaustiva mostrou que a pobreza de materiais literários e científicos

dificulta uma discussão mais abrangente dos contextos que permeiam os resgates aéreos, existem alguns fatores extremamente importantes a serem considerados, pois este requer uma preparação prévia do paciente, que deverá estar o mais estabilizado possível, além de uma equipe devidamente preparada para o correto manuseio de todo o material necessário durante o voo. O enfermeiro de bordo deve ter uma boa condição física, controle emocional, criatividade e habilidades de improviso; necessários para o bom desempenho durante os procedimentos de enfermagem em relação ao transporte aéreo com asas rotativas. A partir dessa experiência constatou-se a importância do Enfermeiro especializado e preparado para atuar na área de emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica como um todo, assunto central deste trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento Pré Hospitalar Aéreo; Politraumatizados; Urgência e Emergência.

INTRODUCTION

Disasters, accidents and emergencies do not follow rules, therefore, predicting the time, place and number of victims to be helped becomes impossible (ROMANI, SPERANDIO, SPERANDIO, DINIZ AND INACIO, 2009), making it necessary to provide adequate prior structure for good care; so, this is the difference between success or failure in the perfect care of these victims (MALVESTIO E SOUSA, 2009).

Understanding the needs of each type of occurrence may be the most important point for offering good care to each case, since the emergency in a generalized manner concerns public health, accident prevention, closely related to public education policies, traffic legislation or technical standards (ROMANI, SPERANDIO, SPERANDIO, DINIZ AND INACIO, 2009).

Worldwide, in an attempt to reduce social costs and improve the care of victims, numerous technologies have been incorporated (MALVESTIO E SOUSA, 2009), however, it is not always possible to evidence the real impact of care on the survival of victims, because many factors contribute to this result. Among these factors are aspects related to the victim and the mechanism of trauma, as well as clinical aspects, such as the severity of the lesions and their physiological repercussion, as well as the initial care received (MALVESTIO E SOUSA, 2009).

In air rescues there are some extremely important factors to be considered (SHWEITZER, NASCIMENTO, MOREIRA AND BERTONCELLO, 2011), this requires a prior preparation of the patient, which should be as stabilized as possible, because within the aircraft the mobility of the nurse is reduced, due to the limitation of the internal physical space (SHWEITZER, NASCIMENTO, MOREIRA AND BERTONCELLO, 2011). The team must be properly prepared for the correct handling of all necessary material during the flight, including the system of personal communication between the crew must be perfect to carry out a safe transport to everyone (SHWEITZER, NASCIMENTO, MOREIRA E

BERTONCELLO, 2011).

Prior preparation is essential for the team of first responders, the on-board nurse will have their mobility reduced due to the limitedly small physical space inside the transport, so as to limit its performance which makes it have to be more prepared for this, in order to ensure the viability of air transport, as well as the state of the most stabilized patient possible within the aircraft, thus justifying the need for work of this nature since this set of human factors depend on the entire operation (SHWEITZER, NASCIMENTO, MOREIRA AND BERTONCELLO, 2011).

OBJECTIVES

- Characterize of scientific production related to the role of nurses in pre-hospital air care;
- Verify, in the scientific literature, the role of nurses in relation to air pre-hospital care to polytraumatized patients;
- List the duties of the Emergencista Board Nurse.

METHODOLOGY

This is a bibliographic research of basic nature, carried out in the following online database: Lilacs, Scielo, Medline, Google Scholar. Also consulted is the library collection of the Nove de Julho University (UNINOVE). For the search, the descriptors used to select the materials were: Air Pre-Hospital Care, Nursing, Polytraumatized and Urgency and Emergency.

Studies from the last five years (2011 to 2016), written in Portuguese and specifically aimed at the object of study, were included. As an exclusion criterion, articles with more than five years of publication and articles in other languages were discarded.

The initial reading of the studies was performed through the title and abstracts, excluding those that do not meet the eligibility criteria. After this pre-selection, the studies that remained in the sample were read in full and analyzed again according to the eligibility criteria. After the final selection of the materials, the following information was extracted through its own form: title, year of publication, methodological approach of the study, central theme, source and descriptors. The results of this study were presented descriptively, and the quantitative variables were grouped in absolute and relative frequency.

RESULTS AND DISCUSSION

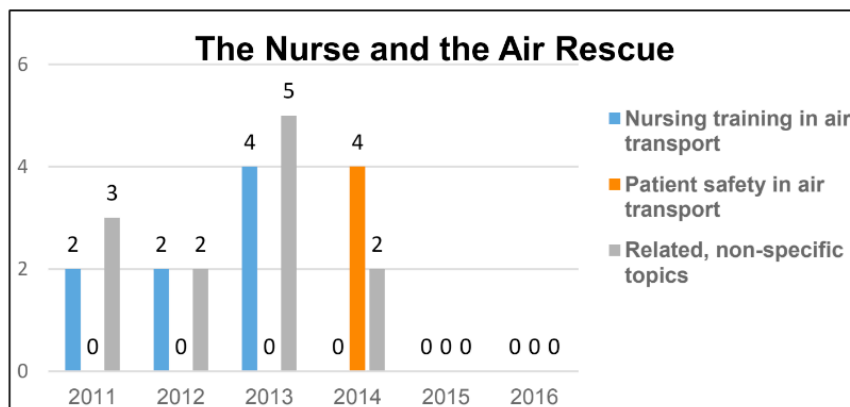


Figure 1- Distribution of publications according to the year of publication.

In the figure above, there is an increase in the scientific production of specific topics with health professionals until 2013, decreasing in the following years. The production with health students was found between 2011-2014, there was a predominance of articles on topics related to emergency care protocols and the like, with regard to specific themes were only found between 2011 and 2013; referring to the patient safety issues in air transport only in 2014 there was publication. It is important to note that 2015 and 2016 no articles were found on the subject.

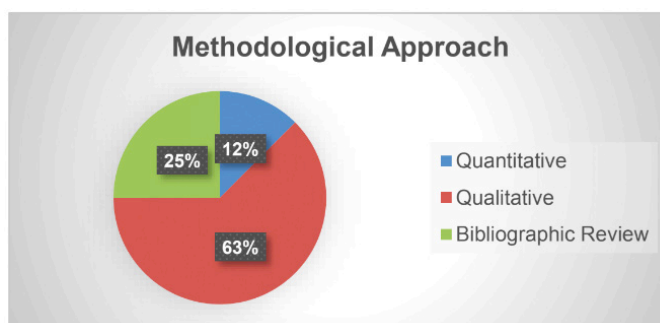


Figure 2- Distributions of scientific publications according to the methodological approach, 2016.

Figure 2 shows the distribution of scientific publications according to the methodological approach. 2016. There is a predominance of quantitative studies (12%), followed by review studies (25%) and qualitative approach (63%).

Regarding the proposed theme of relevance to the discussion were found with the

theme of: Nursing Training in air transport and Patient Safety in air transport, however the literature showed us that there are a number of requirements that the nurse on board The Federal Nursing Council (COFEN), by Resolution 260/2001, began to define Aerospace Nursing as a specialty should have, a good physical condition, emotional control, creativity and impromptu skills; necessary for good performance during nursing procedures in relation to air transport with rotary wings (helicopter). “[...] These resolutions and ordinances began to classify the types of ambulances and determine their equipment, materials and medicines, as well as the composition and training of the teams, screening criteria, obligations and documents involved[.]” (NAEMT, 2011, p.20).

Air pre-hospital care for polytraumatized patients; in addition to emergency and emergency care, they also require protocols and systematization, according to The Wanda theory of Aguiar Horta. Even with different types of Pre-Hospital Care, list the attributions of the In-Flight Nurse and Emergencista, as well as the proper preparation of each one can be the differential between success or failure in the restoration of the perfect health of the patient. And one of the major challenges of nursing today is the specialization in aero-removed patient care, recognized by resolution COFEN 290/2004, repealed by resolution COFEN 389/2011[...], fixing the “[...] areas of nursing specialties, including aerospace nursing[.]” (LINS, LIMA, VERÍSSIMO AND OLIVEIRA, 2013).

The exhaustive search showed that the poverty of literary and scientific materials makes it difficult to discuss the contexts that permeate air rescues, since there are some extremely important factors to be considered, so that every detail is important for the good result of the rescue. “[...] The offshore nurse performs first aid and subsidizes preliminary actions, aiming at ensuring patient care and safety, so that the Aeromedical rescue proceeds with emergency transport[.]” (PASSOS IPBD, TOLEDO VP, DURAN, 2011, p.658).

PRE-HOSPITAL AIR CARE

The main objective in the care of pre-hospital emerging is to respond to the situation in a systematized and rapid way. Among the various types of transport existing in PHC, currently the air has been growing considerably, which is justified by its considerable speed to other transports, mainly speaking of large cities (COSTA et al, 2012).

For the viability of air transport it is necessary that there is a prior preparation of the patient, which should be as stable as possible, because within the aircraft the mobility of the nurse will be reduced, due to the limitation of the physical internal space. The team must be properly prepared for the correct handling of all necessary material during the flight, including the system of personal communication between the crew must be perfect to carry out a safe transport to all. Since this set of human factors depend on the entire operation (PASSOS IPBD, TOLEDO VP, DURAN, 2011, p.658).

There are a number of requirements that the flight nurse must have, among them is good physical condition, emotional control, creativity and impromptu skills. Nursing

procedures in relation to air transport with rotary wings (helicopter) encounter adverse situations of a hospital environment, such as reduced space within the aircraft, altitudes ranging from 500 to 5,000 feet in relation to the ground, unavoidable weather conditions and constant noise, in addition to flight stresses, and may be greater as the altitude increases (SCUISSIATO et al, 2012).

Origin of Air Pre-Hospital Care

Historically, the locomotion of victims has been carried out due to the need for specific and delicate care offered most often by electrical and complex equipment too complex to be easily locomoved. Thus, in order for the victim or patient to receive the necessary treatment for the maintenance of his life, he was then taken to the nearest hospitals to receive such treatment (PASSOS IPBD, TOLEDO VP, DURAN, 2011, p.658).

The rescue was conceived by the Wars, which took place all over the world, initially developed with the use of animal traction transports, later in the French Revolution, passing through Franco-Prussiana, in which 160 wounded were rescued by hot air balloons, already in 1908 they carried these, in Zeppelin VII. It was also from these emergencies from the war, that we arrived today to the use of sophisticated devices and vehicles of air or land locomotion (GOMES, ALBERTI, FERREIRA And GOMES, 2013).

Thus, its origin comes mainly from the experiences of war related to the rapidly remove the wounded in the battles (SCUISSIATO et al, 2012). It began in the year 1870 during the Prussian Franco War, where soldiers were removed using hot air balloons. However, it was during The First World War that this type of transport was established to victims (SCUISSIATO et al, 2012).

History shows us that air transport has been highlighted due to wars, and its technological advances also prioritize such needs, however, in this type of transport, it makes necessary the fundamental presence of the nurse, and according to the Emergency Nurses Association (ENA), and it is extremely important that this professional be trained in care for critically obese patients (GOMES, ALBERTI, FERREIRA And GOMES, 2013).

Aeromedical removal began in the Brazilian Air Force (FAB), with the Search and Rescue Service in 1950 (BERLOFI And SANNA, 2013). Then many other places implemented this type of removal as well as the Rescue Project of the State of São Paulo. The body responsible for homologating is today the ANAC (National Civil Aviation Agency), which supervises and establishes a minimum curriculum for the training and training of aeromedical crew (GOMES, ALBERTI, FERREIRA E GOMES, 2013).

In Brazil, this type of aeromedical transport began in the 1960s, the same period when the Brazilian Air Force introduced the rescue with the use of helicopters, with the aim of searching for injuries from aeronautical accidents. However, it was with Petrobras that this type of service was introduced in the civil environment through the Emergency Relief Group of the Fire Department of Rio de Janeiro and Air Patrol Radio Group of the Military

Police of São Paulo. In 1990, the use of large-scale Aeromedical Transport emerged, due to the needs presented by critically ill patients in the search for improvements in the health service (SCUISSIATO et al, 2012).

ROLE OF NURSES IN AIR TRANSPORT

The Nurse was introduced to Aeromedical transport during World War II being called Flight Nurses. Its participation was considered fundamental by the Emergency Nurses Association and the National Flight Nurses Association in the USA, where the professional was fundamentally qualified and with extensive experience to work with this type of care (SCUISSIATO et al, 2012).

In Brazil, the practice of on-board nursing is governed by law no. 7,498/86, which regulates the Practice of nursing Professionals. In this professional category there are also legal bases for acting in this era as in Ordinance GM 2048 of November 5, 2002, which determines the training and the theme of aeromedical transport professionals, which is an effective and valuable resource capable of bringing benefits for patient care in various regions of the country (SCUISSIATO et al, 2012).

There are several requirements that the on-board nurse needs to have, among them: good physical condition, emotional control, creativity and ability to improvise (PASSOS IPBD, TOLEDO VP, DURAN, 2011). Direct care to the patient is done by the Nurse, who attends the occurrence in a responsible and ethical manner, and should thus plan, organize and perform the best care with the available resources (COSTA et al, 2012).

The situations inside a helicopter are adverse in relation to the procedures performed within a hospital environment, so nursing procedures should take some factors into consideration such as: the reduced space inside the aircraft, altitudes ranging from 500 to 5,000 feet (1 foot equals 0.33cm) in relation to the ground, climatic conditions and constant noise. It is evident that this type of removal, still recent in our country, requires specific training and constant updating, aiming at quality nursing care (SHWEITZER, NASCIMENTO, MOREIRA AND BERTONCELLO, 2011). The professional should also pay close to so-called flight stresses such as vibration, humidity, noise, temperature and aerodilation (gas expansion in the body cavities due to the drop in atmospheric pressure). Taking into account also as the altitude increases, these factors will be more present, causing discomfort both in the patient and in the team (SCUISSIATO et al, 2012).

FINAL CONSIDERATIONS

The Literature Review, applied here, showed that really many are the academic and scientific needs, as well as urgent and evident so that there is a perfect performance of all professionals who are part of the action team in this modality of action.

In cases of hospital care, pre-care is an applied reality, in most emergency care units,

already in cases of air care, perhaps due to the high cost to offer this type of care, this does not offer many options of preparation for professionals in the area, who intend to act in this modality.

It is noted in the literature that although Resolution 260/2001 defined parameters for nurses working in air rescue, defining him as an Aerospace Nurse, even in 2016, we still do not find enough materials to deal with the theme.

REFERENCES

- BERLOFI LM, SANNA MC. 7. Produção científica sobre a enfermagem brasileira na II guerra mundial: um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 3, n. 1, p. 60-67. [Online].; 2013 [cited 2016 Março 16]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=24719&indexSearch=ID> . Visualização 16 Março 2016.
- COSTA IKF, FARIAS GM, ROCHA KMM, FREITAS MCS, SOUZA AAM. Conhecimento da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel sobre precaução padrão. *Revista Cogitar Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 85-90. [Online].; 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/26379/17572>. Visualização 12 Março 2016.
- GOMES MAV, ALBERTI LR, FERREIRA FL, GOMES VM. Aspectos históricos do transporte aeromédico e da medicina aeroespacial– revisão. *Revista medica de Minas GeraisMMG*,v.23,n.1. [Online].; 2013. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArt/602>. Visualização 10 Abril 2016.
- LINS TH, LIMA AXBC, VERÍSSIMO RCSS, OLIVEIRA JM. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 34-43. [Online].; 2013. Disponível em: http://www.fen.urg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a04.pdf. Visualização 20 Março 2016.
- MALVESTIO MAA, SOUSA RMC. Indicadores clínicos e pré-hospitalares de sobrevivência no trauma fechado: uma análise multivariada. *Revista Esc. Enfermagem USP*, v. 44, n. 2, p. 352-359. [Online].; 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/16.pdf>. Visualização 20 Março 2016.
- NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). *Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado PHTLS*. In edição 7, editor. *Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado PHTLS*. São Paulo: Editora Elsevier; 2011.
- PASSOS IPBD, TOLEDO VP, DURAN CM. Transporte aéreo de pacientes: análise do conhecimento científico. *Revista bras. Enfermagem*, v. 64, n. 6, p. 1127-1131. [Online].; 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a21.pdf>. Visualização 21 Março 2016.
- ROMANI HM, SPERANDIO JA, SPERANDIO JL, DINIZ MN, INACIO MAM. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Revista Bioética*, v. 17, n. 1, p. 41-53. [Online].; 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82Visualização 20 Março 2016.
- SCUISSIATO DR, BOFFI LV, ROCHA RR, BORDIN MT, PERES AM. Compreensão de enfermeiros de bordo sobre o papel na equipe multiprofissional de transporte Aeromédico. *Revista bras. Enfermagem*, v. 65, n.4, p. 614-620. [Online].; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/sc>. Visualização 13 Abril 2016.
- SHWEITZER G, NASCIMENTO ERP, MOREIRA AR, BERTONCELLO KCG. Protocolo de Cuidados de Enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo. *Revista bras. Enfermagem*, v. 64, n. 6, p. 1056-1066. [Online].; 2011. Disponível em Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600011. Visualização 20 Março 2016.

CAPÍTULO 6

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, PROFISSIONAIS E DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM COM POSSIBILIDADE DE APOSENTADORIA

Data de aceite: 20/04/2021

Data submissão: 20/03/2021

Ariane da Silva Pires

Professora Assistente do Departamento Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro. Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1123-493X>

Liana Viana Ribeiro

Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) Rio de Janeiro. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1492681099703009>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ENF/UERJ. Professora Permanente da Pós-graduação Stricto Senso da ENF/UERJ. Bolsista de Produtividade 2 do CNPq. Procientista da UERJ Rio de Janeiro. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1202954878696472>

Eugenio Fuentes Pérez Júnior

Professor Assistente do Departamento Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro. Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4611-0443>

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves

Doutorando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN-UFRJ) Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro. Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5649276239696033>

RESUMO: Objetivo: identificar e discutir as características socioeconômicas, profissionais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem com possibilidade de aposentadoria. **Metodologia:** tratou-se de pesquisa quantitativa, transversal e observacional. Os sujeitos foram 20 profissionais de enfermagem. A coleta ocorreu de janeiro a março de 2012 e o instrumento foi um questionário. O método de tratamento dos dados foi a estatística descritiva e os dados foram apresentados em tabelas. **Resultados:** verificou-se que a maioria era mulheres, adultas e idosas, atuantes na profissão há mais de 30 anos e principais mantenedoras financeiras do lar. Antes de iniciarem a vida profissional, não apresentavam problemas de saúde e, após inserção no mundo do trabalho, adquiriram doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Conclusão:** analisar este perfil possibilita apreender dados que ajudem na implantação de estratégias para melhores condições laborais aos trabalhadores idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Aposentadoria; Saúde do trabalhador.

SOCIOECONOMICS, PROFESSIONALS AND HEALTH CHARACTERISTICS OF THE NURSING WORKERS ON RETIREMENT POSSIBILITY

ABSTRACT: Objectives: to identify and discuss socioeconomic, professional and health characteristics of nursing workers with possibility

of retirement. **Methodology:** this was quantitative, cross-sectional and observational research. The subjects were 20 nursing professionals. Data collection occurred from January to March 2012 and the instrument was a questionnaire. The method of data analysis was the descriptive statistics and the data were presented in tables. **Results:** it was found that the majority were adult and elderly women in the profession for over 30 years, with intense workday. They were the main financial supporters in home. Before beginning their work activities, they hadn't health problems and, after insertion into the work, they acquired diseases such as hypertension and diabetes mellitus. **Conclusion:** analyzing this profile allows to capture data that help in the strategies implementation for better working conditions for elderly workers.

KEYWORDS: Nursing; Retirement; Occupational health.

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo trata das características socioeconômicas, profissionais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem com possibilidade de aposentadoria.

O número de pessoas idosas no mundo está aumentando e, no Brasil, este processo encontra-se mais acelerado, por conta do controle das taxas de natalidade observadas nas últimas décadas, bem como o avanço da medicina e da tecnologia no cuidado à saúde e devido à melhoria das condições de vida dos indivíduos⁽¹⁾.

A literatura apresenta uma variedade de critérios para a demarcação do que venha a ser uma pessoa “idososa”, baseando-se no conceito mais frequente da faixa etária, como é o caso da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) e do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com sessenta anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais, se residem em países desenvolvidos⁽²⁻³⁾.

O envelhecimento é definido como um conjunto de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, as quais determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo. Durante o processo do envelhecer, ocorre um gradativo declínio das funções orgânicas, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também de uma pessoa para outra. Essas diferenças no processo de envelhecimento devem-se às condições desiguais de vida e de trabalho das pessoas⁽⁴⁾.

Por sua vez, aposentadoria é um benefício concedido ao trabalhador, depois de satisfeitas certas condições legais e regulamentares, com sua passagem para a inatividade remunerada⁽⁵⁾.

De acordo com a legislação brasileira para aposentadoria, o tempo de contribuição para obter a aposentadoria – de 30 anos para o sexo feminino e 35 anos para o masculino – já garante o direito à concessão do benefício; no entanto, de acordo com a legislação vigente (Lei nº 10.887, de 18 de junho de 2012), se o trabalhador não apresentar a faixa etária mínima – de 60 anos para as mulheres e 65 anos para os homens – concomitante com o tempo de contribuição, o valor da aposentadoria não será integral ⁽⁶⁾.

Sabe-se que o problema do envelhecimento da população faz emergir dúvidas sobre a relação da sociedade com a aposentadoria. Este tema aparece em estudos recentes que reforçam, acima de tudo, as questões relacionadas à necessidade do indivíduo preparar-se para esta fase da vida, visto que no cenário atual elege-se o trabalho como ponto central da identidade humana. Pois, para alguns, a aposentadoria pode ser a perda do próprio sentido da vida, uma espécie de morte social⁽⁷⁻⁸⁾.

A renda da aposentadoria muitas vezes é insuficiente para suprir todas suas necessidades, agravadas pelos gastos com a saúde; conseqüentemente, ocorrem casos em que muitos trabalhadores postergam o direito à aposentadoria para não reduzir em sua renda, já que o valor recebido na aposentadoria é menor do que o da época de contribuição⁽⁹⁾.

Aponta-se a participação cada vez maior do idoso no mundo do trabalho, e os motivos desse fato envolvem uma série de razões, que variam entre a necessidade de se manter produtivo e valorizado no meio social, a carência econômica – isto é, a necessidade de assegurar um padrão de consumo aceitável e comparável aos parâmetros anteriores – e a estratégia para vencer a solidão e o isolamento impostos por uma sociedade que segrega os idosos⁽¹⁰⁾.

Desta forma, questões como o aumento da expectativa e da qualidade de vida dos seres humanos, aliado a questões socioeconômicas referentes à garantia da subsistência, às melhores condições de vida na sociedade e ao sentimento de produtividade, tem resultado na permanência de pessoas idosas no mundo do trabalho⁽¹¹⁾.

Paralelo a isto, o exercício da profissão pode representar uma forma de sentido na vida, pois o trabalho, enquanto atividade profissional pode promover sentido não pela tarefa, pelo simples fazer, mas pelo modo de como a tarefa é executada. Pois, em nossa sociedade, o trabalho não representa apenas uma fonte de renda para o indivíduo. Ele estabelece também, a forma como o indivíduo organiza seus horários e rotina, estabelece planos, metas e aspirações, constrói seus laços afetivos, exerce a criatividade, garante a independência e expressa a produtividade⁽¹²⁾.

E ainda, o trabalho é um importante elemento da identidade pessoal. Exemplo desta afirmativa é o enfoque dado ao nosso trabalho quando nos apresentamos a alguém. Porém, ele como uma atividade laboral pode resultar em transformações psíquicas e fisiológicas para o trabalhador, as quais podem ser positivas ou negativas para sua saúde⁽¹³⁾.

Nesta perspectiva, o trabalho representa centralidade na vida da sociedade contemporânea, pois ele se traduz na possibilidade de consumo, de status social, de pertencimento a um grupo, de prazer em produzir algo útil para sociedade. Enfim, estar ou não trabalhando implica em uma variedade de desdobramentos biopsicossociais que fazem da atividade laboral algo desejado ou não, dependendo do contexto e das condições em que se trabalha, além das características subjetivas e físicas do trabalhador⁽¹⁴⁾.

Desta forma, as relações entre trabalho, estresse e seu impacto na saúde dos

trabalhadores têm sido evidenciadas em pesquisas com abordagens metodológicas diferenciadas. Temas como os acidentes de trabalho, absenteísmo e os crescentes índices de sintomas físicos e psíquicos, entre determinadas categorias de profissionais, parecem ter uma maior incidência⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Dentre as categorias profissionais, destacam-se os trabalhadores da saúde, tendo em vista as inúmeras circunstâncias desgastantes presentes em seu cotidiano laboral⁽¹⁶⁾. Ademais a insalubridade do trabalho provém da permanente exposição a um ou mais fatores que podem levar a doenças ou sofrimento, decorrentes da própria natureza do trabalho, evidenciados por sinais e sintomas orgânicos e psíquicos inespecíficos. Dentre os trabalhadores da saúde, estudos apontam a enfermagem como uma das ocupações com alto risco para desgaste e adoecimento⁽¹⁷⁾.

A enfermagem desenvolveu-se durante os séculos como uma profissão prestadora de cuidado humano. Por conseguinte, sabe-se que o trabalho de enfermagem é o quarto mais estressante do serviço público, apresentando inúmeros riscos ocupacionais. Além disso, ela tem pouco reconhecimento social e profissional, além de baixos salários⁽¹²⁾. Neste sentido, verifica-se que o trabalho de enfermagem, apesar de apresentar sentimento de utilidade, mostra-se também, desgastante e permeado de riscos ocupacionais. Assim, verifica-se que ele se caracteriza como complexo e apresenta, muitas vezes, intenso sofrimento psicofísico⁽¹⁸⁾.

Paralelo ao processo de trabalho desgastante da própria profissão de enfermagem, agrega-se o fato do envelhecimento dos trabalhadores. Fato este que produz uma gama de alterações biopsíquicas que podem impactar diretamente na qualidade da atividade laboral. Nesta perspectiva, considerou-se importante traçar as características socioeconômicas, profissionais e de saúde desses trabalhadores para contribuir na compreensão das razões pelas quais esses trabalhadores optaram por permanecer no mundo do trabalho, apesar de poderem se aposentar.

A análise desses elementos possibilita perceber como se entrelaçam a qualidade de vida dos enfermeiros nessa fase da vida e seu processo saúde-doença, permitindo contribuir para compreender este novo fenômeno que é o trabalhador de idade avançada, e/ou bem próximo desta fase de vida, no mundo laboral.

Igualmente, avaliou-se importante coletar e analisar esses dados no sentido de contribuir com a área da Saúde do Trabalhador, pois se entende que é preciso reunir informações que possibilitem a esse campo refletir criticamente e implantar estratégias que favoreçam as condições laborais das pessoas idosas que optam por permanecer trabalhando.

Diante dessas considerações, torna-se pertinente levantar dados que ajudem entender um pouco mais sobre as pessoas que escolhem por permanecer no mundo do trabalho, apesar de poderem se aposentar. Assim, elencou-se como objetivos deste estudo identificar e discutir as características socioeconômicas, profissionais e de saúde dos

trabalhadores de enfermagem com possibilidade de aposentadoria.

MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como quantitativo, transversal e observacional. Apresentou como campo de pesquisa uma Universidade situada no Município do Rio de Janeiro. Os locais de coleta de dados foram um hospital-escola e uma faculdade de enfermagem, ambos pertencentes à referida Universidade.

Nesse campo de coleta, constatou-se haver, por meio de dados fornecidos pelo Serviço de Recursos Humanos da Universidade, uma população de 27 profissionais de enfermagem com possibilidade de aposentadoria; Desse quantitativo, três encontravam-se licenciados, um recusou-se a participar da pesquisa e três não puderam ser contatados, devido ao fato de terem sido remanejado/readaptado(s), ou seja, não estavam em seus setores de origem. Sendo assim, a amostra foi feita com vinte profissionais de enfermagem, a qual, encontravam-se enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com possibilidade de aposentadoria.

Para que esses indivíduos pudessem fazer parte da pesquisa ora realizada, eles deveriam ter tempo de contribuição à Previdência suficiente para aposentadoria e/ou faixa etária que possibilitasse estar aposentado. Na amostra selecionada, havia mulheres com trinta ou mais anos de contribuição e/ou faixa etária maior ou igual a 60 anos, e homens com 35 ou mais anos de contribuição e faixa etária maior ou igual a 65 anos. Além disso, adotou-se como critério de inclusão o fato de os trabalhadores estarem em pleno exercício de suas funções, ou seja, eles não se encontravam licenciados.

Para que o profissional participasse da pesquisa, ele deveria ter um dos seguintes tipos de vínculos empregatícios: estatutário (profissional concursado/efetivo) ou contratado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Optou-se por esses vínculos por eles serem predominantemente as formas de contratação na Instituição na qual ocorreu a pesquisa. Após aplicação desse critério verificou-se que não havia auxiliares que atendessem aos requisitos, sendo a pesquisa realizada apenas com enfermeiros (assistentes e/ou docentes) e técnicos de enfermagem.

Esta pesquisa foi cadastrada no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos (SISNEP), do Conselho Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP) do Ministério da Saúde, com emissão de parecer nº 482775, de 24 de novembro de 2011. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi encaminhado e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital geral vinculado à universidade onde se pretendia coletar os dados, o qual aprovou o desenvolvimento do projeto sob número de protocolo 3151/2011. Sendo assim, esta pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução nº 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹⁹⁾.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2012. O instrumento de coleta de

dados foi o questionário, contendo 14 perguntas fechadas, tendo os sujeitos à opção de marcarem em determinadas alternativas mais de uma opção de resposta.

As variáveis investigadas foram: i) idade, ii) sexo, iii) estado civil, iv) categoria profissional, v) tempo de exercício profissional, vi) setor de atuação, vii) remanejamento/readaptação, viii) tipo de vínculo empregatício, ix) carga horária semanal, x) existência de outro vínculo empregatício atual, xi) existência de mais de um vínculo empregatício simultâneo no passado, xii) renda mensal, xiii) principal mantenedor da família, xiv) pessoas dependentes da renda mensal, xv) doenças anteriores ao início da vida laboral e xvi) doenças atuais.

Para processamento dos dados, utilizou-se, software Microsoft Excel® 2010. A análise foi realizada valendo-se de abordagem quantitativa, descritiva em números absolutos e frequência simples. Os resultados foram confrontados com a literatura acerca da temática pesquisada.

RESULTADOS

Para melhor visualização do resultado, os dados foram distribuídos em cinco tabelas, a partir das características dos entrevistados quanto aos dados de identificação: I) idade, sexo, e estado civil (TAB 1); II) quanto ao perfil profissional: categoria profissional, tempo de profissão e setor de atuação (TAB 2); III) tipo de vínculo empregatício, carga horária semanal, existência de outro vínculo laboral, existência de mais de um vínculo no passado, renda mensal e principal mantenedor da casa (TAB 3); IV) quanto à existência de doenças antes e durante a vida profissional (TAB 4); e quanto às doenças desenvolvidas ao longo da vida laboral (TAB 5).

Neste sentido, a primeira tabela apresenta os dados das seguintes variáveis: idade, sexo e estado civil.

Variável	N=20	%
Idade (anos)		
56 a 60	9	45
61 a 65	7	35
mais de 65	4	20
Sexo		
Feminino	18	90
Masculino	2	10
Estado civil		
Solteiro(a)	7	35
Casado(a)	9	45
União estável	3	15
Viúvo	1	5

Tabela 1 – Dados de identificação dos trabalhadores de enfermagem com possibilidade de aposentadoria. Rio de Janeiro, 2012.

Verifica-se que a faixa etária mais prevalente foi a de 61 a 65 anos, caracterizando que os participantes do estudo, em sua maioria, eram idosos. A tabela também mostra que 90% dos participantes eram mulheres e que 45% dos indivíduos eram casados.

A tabela 2 apresenta os dados sobre a distribuição da frequência acerca das categorias de enfermagem que participaram do estudo, o tempo de exercício profissional, o setor que desenvolvem suas atividades laborais e se estavam remanejados dos setores de origem.

Variável	N=20	%
Categoria profissional		
Enfermeiro(a)	11	55
Técnico(a) de enfermagem	9	45
Tempo de exercício profissional (anos)		
26 a 30	3	15
31 a 35	9	45
Acima de 35	8	40
Setor de atuação		
Enfermaria	5	25
Ambulatório	7	35
Chefia de setor	1	5
Faculdade/ensino	7	35
Remanejamento/readaptação		
Sim	9	45
Não	11	55

Tabela 2 – Características profissionais dos trabalhadores de enfermagem com possibilidade de aposentadoria. Rio de Janeiro, 2012.

Os dados apresentados nesta tabela revelam que 55% dos participantes eram enfermeiros. Sobre o tempo de atuação profissional prevaleceu, com 45%, aqueles participantes que exerciam suas atividades profissionais entre 31 a 35 anos. Com frequência idêntica (35%), verificou-se que os mais altos percentuais estavam distribuídos entre o trabalho em ambulatório e entre as atividades de ensino na faculdade de enfermagem.

A seguir, na tabela 3, a continuação do perfil profissional dos participantes da pesquisa.

Variável	N=20	%
Tipo de vínculo empregatício		
Estatutário	19	95
Contrato (CLT)	1	5
Carga horária semanal (horas)		
12	1	5
20	2	10
30	4	20
36	3	15
40	10	50
Outro vínculo empregatício atual		
Sim	4	20
Não	16	80
Mais de um vínculo empregatício simultâneo no passado		
Sim	19	95
Não	1	5
Renda mensal (salários mínimo)		
1 a 3	1	5
3 a 5	4	20
Mais de 5	15	75
Principal mantenedor da família		
Sim	12	60
Não	8	40

Tabela 3 – Características profissionais dos trabalhadores de enfermagem com possibilidade de aposentadoria. Rio de Janeiro, 2012.

Constatou-se que 95% dos participantes do estudo eram servidores públicos, e que 50% executavam quarenta horas semanais de trabalho. Verificou-se também que 80% não apresentavam outro vínculo laboral, logo, 20% dos participantes possuíam outro emprego. No entanto, evidenciou-se que 95% dos entrevistados já tiveram dois ou mais vínculos empregatícios concomitantes em anos anteriores. A renda mais prevalente foi de mais de cinco salários mínimos (75%) e 60% dos participantes eram os principais mantenedores econômicos da família.

A tabela 4, a seguir, explicita a ocorrência de patologias nos participantes antes e após a inserção no mercado de trabalho.

Variável	N=20	%
Doença antes de iniciar as atividades laborais		
Não	20	100
Doença atual		
Não	7	35
Sim	13	65

Tabela 4 – Características de saúde dos trabalhadores de enfermagem com possibilidade de aposentadoria. Rio de Janeiro, 2012.

Os dados apresentados na tabela 4 revelaram que 100% da amostra não possuíam doenças antes de se inserirem no mundo do trabalho, mas 65% dos participantes referiram desenvolver enfermidades após desenvolverem suas atividades laborais.

Complementando os dados da tabela 4, apresenta-se a seguir as doenças que os participantes desenvolveram após inserirem-se no mundo do trabalho.

Doenças	N=13	65%
Problemas de coluna	1	7,7
Hipertensão	7	53,8
Diabetes mellitus	3	23,1
Distúrbios tireoidianos	2	15,4
Angina	1	7,7
Osteoporose	1	7,7
Hérnia	2	15,4
Pólipo vaginal	1	7,7
Gastrite	1	7,7
Artrite	1	7,7

Notas: Dados referentes aos 65% (N=13) dos trabalhadores que atualmente possuem uma ou mais doenças. A soma dos dados referentes à quantidade (n) de doenças é 20, superando o total de 13 – quantitativo de entrevistados que apresentam enfermidades – pelo fato de um mesmo indivíduo apresentar mais de uma doença; o mesmo ocorre com a frequência relativa (%).

Tabela 5 - Principais problemas de saúde atualmente. Rio de Janeiro, março de 2012.

Verifica-se que há uma variedade de doenças que os trabalhadores investigados contraíram ao longo da trajetória profissional, com destaque para hipertensão arterial (53,8%), seguida de Diabetes Mellitus (23,1%); com o mesmo percentual (15,4%), constatou-se a ocorrência de distúrbios tireoidianos e hérnia.

DISCUSSÃO

Os resultados levantados acerca do sexo não se distanciam de outros resultados elaborados por pesquisas que investigam esta variável na enfermagem, pois a profissão é eminentemente feminina, devido a questões de gênero que permeiam a sociedade, uma vez que o cuidado está intrinsecamente ligado ao universo feminino⁽²⁰⁾.

Historicamente, a mulher era considerada uma figura submissa ao homem e inserida no contexto familiar como a responsável pelo lar e pela criação dos filhos, enquanto o homem era quem trabalhava, tendo o papel de provedor da família e uma imagem social destacada⁽²⁰⁾.

“A sociedade brasileira, até o início do século 20, era caracterizada como sendo patriarcal. As posições sociais mais importantes eram ocupadas por representantes do sexo masculino. As mulheres ainda estavam com seus direitos de cidadania negados; sua posição na sociedade era desfavorável social e culturalmente. Ela estava destinada a servir a seu marido, criar e educar os filhos, não tendo o direito de tomar decisões sobre sua própria vida. Esse traço cultural enfatiza no papel da mulher o instinto de mãe, cuidadora, provedora do bem-estar e do êxito dos membros da família”^(20: 475).

A transição histórica e cultural ocorrida na metade do século 20 é evidenciada pela ruptura da imagem da mulher tradicional e pelo surgimento de novas figuras femininas. As mulheres começam a inserir-se no mercado de trabalho e distanciar-se do espaço domiciliar⁽²⁰⁾. As profissões na área da enfermagem e magistério propiciaram que as mulheres saíssem de suas casas para o mercado de trabalho, uma vez que, socialmente, a mulher aparece com funções de cuidado e ensino remetidas ao universo familiar. A partir desses fatos, a enfermagem caracteriza-se como uma profissão historicamente de mulheres, representando no mundo público uma extensão do lar, das representações de um feminino dócil, que cuida, nutre e educa⁽¹⁴⁾.

Além disso, a faixa etária encontra-se em consonância com os critérios de inclusão da pesquisa, uma vez que foi necessário coletar os dados com trabalhadores que estejam em vias de aposentadoria ou que já podem estar aposentados, pelo aspecto da faixa etária. Como a Previdência Social estabelece um critério etário para aposentadoria, critério esse seguido no presente trabalho, os dados aqui apresentados espelham a exigência legal para a obtenção do direito à aposentadoria.

A Enfermagem é exercida por categorias nas quais se incluem as profissões de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira, respeitando os respectivos graus de habilitação⁽²¹⁾. Sabe-se que o quantitativo de enfermeiros é inferior ao de técnicos, uma vez que o número de profissionais de nível superior é reduzido quando comparado àqueles de nível médio. Esse dado se comprova com a estatística do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na qual os técnicos de enfermagem representam duas vezes mais do que o percentual de enfermeiros.

“Em março de 2009, segundo o Conselho Federal de Enfermagem, os profissionais de enfermagem totalizavam, no Brasil, 1.243.804, sendo 178.546 enfermeiros (161.032 mulheres – 90,2%), 466.985 técnicos em enfermagem (407.754 mulheres – 87,3%) e 598.273 auxiliares de enfermagem (525.666 mulheres 87,8%). Em outubro de 2010, o total de profissionais de enfermagem somava 1.500.335, sendo 224.708 enfermeiras(os) (15%), 567.734 técnicas(os) de enfermagem (38%), 648.567 auxiliares de enfermagem (43%), 58.989 atendentes de enfermagem (4%) e 337 parteiras (0,002%)”^(21:115).

Na pesquisa atual, o quantitativo de enfermeiros foi superior aos de técnicos de enfermagem, circunstância que se explica pelo somatório de enfermeiros nos dois campos selecionados, o hospital e a faculdade de enfermagem. Nas faculdades de enfermagem,

teremos somente profissionais de nível superior, diferentemente dos ambientes hospitalar e ambulatorial, nos quais os técnicos de enfermagem compõem a equipe de enfermagem em maior número, confirmando com isso a literatura.

No cenário escolhido para esta pesquisa, há predominantemente duas formas de contratação de trabalhadores: uma é por concurso público, na qual o funcionário é denominado como efetivo/concursado; a outra forma é pela CLT, quando o profissional é denominado de contratado.

O setor de atuação predominante ainda são os hospitais e ambulatórios, visto que são ambientes que possuem caráter assistencialista e se vinculam ao processo sociocultural e histórico desde o surgimento da enfermagem. O setor relacionado à chefia envolveu um quantitativo mais baixo, tendo em vista que, como gestores, seu serviço caracteriza uma hierarquia organizacional em que apenas poucos conseguem atingir cargos mais elevados.

Já o setor de ensino, como a faculdade, também expressa um percentual minimamente ocupado, uma vez que se exige um profissional do nível superior formação voltada especificamente para área acadêmica; além disso, existem poucos enfermeiros docentes comparados ao elevado quantitativo daqueles que trabalham diretamente com a assistência⁽²¹⁾.

Diferente de outras categorias profissionais da saúde, a enfermagem ainda não possui uma carga horária semanal definida; por isso, são criadas diversas escalas de trabalho e contratos empregatícios com cargas horárias diferentes para uma mesma categoria profissional. A enfermagem caracteriza-se por uma profissão dinâmica, constante e que se exige intensamente força física, além de ser associada a excessivas jornadas de trabalho; tal situação resulta em desgaste físico e mental no trabalhador, o que consequentemente acarreta uma má qualidade de vida⁽¹⁷⁾.

“A Enfermagem desenvolve um trabalho essencial à vida, um trabalho especial de cuidado às pessoas para o bem viver e em situações de dor e sofrimento. No entanto, apesar do grande contingente numérico e da influência decisiva de seu trabalho na qualidade das ações de saúde, esse grupo profissional não dispõe, até hoje, no Brasil, de nenhuma proteção legal a seu trabalho”^(21:115).

E, devido às características do trabalho de enfermagem e à ausência de proteção legal em relação às condições laborais, potencializa-se o surgimento de problemas de saúde nos trabalhadores, que resultam no absenteísmo por motivo de doença. No retorno para suas atividades, o profissional encontra-se em período de reabilitação e reestabelecimento de sua saúde. A fim de não colocá-lo no mesmo ambiente de trabalho que lhe foi prejudicial, ocorre o remanejamento desse trabalhador para outro setor, supostamente com um processo laboral mais leve ou uma atividade que não exija tanto física e/ou emocionalmente⁽¹⁵⁾. Isso justifica o fato de que 45% da amostra encontravam-se em situação de remanejamento.

Outro aspecto levado em consideração nesta pesquisa é a remuneração salarial da enfermagem, muito baixa e incompatível a responsabilidade da função, não favorecendo

assim uma boa qualidade de vida, ainda mais quando se leva em consideração a necessidade de lazer, educação, saúde. Com isso, o trabalhador dessa área procura outro vínculo empregatício, mantendo-o durante seus anos de exercício profissional. Além disso, fatores como manutenção do padrão de vida, necessidade de subsistência da família, questões de desemprego dentro do núcleo familiar, criação de filhos sem qualquer apoio financeiro do cônjuge ou companheiro (como é o caso de mães solteiras) fortalecem os motivos decisivos para a escolha de duplas e até triplas jornadas de trabalho⁽¹⁶⁾.

“A remuneração insuficiente pode ser responsável pela necessidade de manter outro vínculo de trabalho, o que é possível na profissão, uma vez que esta atua nas 24 horas e permite conciliar o trabalho em turnos diferentes (diurno e noturno). Isso leva o trabalhador a sacrificar seus horários de descanso e lazer para manter mais de um emprego. Entretanto, essa prática sobrecarrega o trabalhador de enfermagem, gerando danos físicos e psicossociais ao seu corpo”^(16:249).

Diferente da população jovem, que é acometida por doenças infectocontagiosas, o idoso apresenta prevalência de doenças crônicas, havendo, portanto uma mudança no perfil. Porém, ao controlarem suas doenças, muitos idosos levam uma vida independente e produtiva⁽²²⁾.

A relação do trabalhador com a dinâmica do trabalho pode gerar sofrimento, sendo evidenciado um sentimento de tensão. Se esse processo se prolongar por um longo período de tempo, as manifestações poderão ser somatizadas em quadros de hipertensão arterial, diabetes mellitus, distúrbios ortopédicos, neurológicos, gástricos e outros. Nessa perspectiva, na medida em que o profissional de enfermagem vai vivenciando situações de desgaste ao longo de sua vida produtiva, verifica-se um alto potencial para o desenvolvimento de doenças psicossomáticas e enfermidades crônicas não transmissíveis⁽¹⁷⁾.

A permanência no ambiente dos serviços de saúde, a vivência de maior parte de sua vida produtiva no trabalho e a diminuição de tempo para atividades de lazer e recreação, necessárias para a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores, eleva o período de exposição aos riscos ocupacionais existentes no local, podendo então, haver prejuízo para o processo saúde-doença dos trabalhadores e para a qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, constatou-se que os participantes, em sua maioria, eram mulheres adultas e idosas que exerciam a profissão há mais de trinta anos, com intensa jornada de trabalho (mais de 30 horas semanais), embora, no momento da coleta, a maioria possuísse apenas um vínculo empregatício.

Os participantes eram os principais mantenedores financeiros da família, havendo várias pessoas que dependiam da contribuição mensal desses trabalhadores. Verificou-se que, ao iniciarem suas vivências no mundo do trabalho, os profissionais não apresentavam

problemas de saúde; com o decorrer dos anos, os entrevistados as adquiriram, havendo maior prevalência de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A permanência dos trabalhadores no mundo laboral somente é possível porque as pessoas têm envelhecido com mais qualidade de vida. Tal constatação precisa ser considerada pelas organizações e pelos serviços de saúde dos trabalhadores, no sentido de pensarem ambientes e processos laborais que favoreçam a saúde das pessoas idosas que querem permanecer no mundo do trabalho.

Conhecer o perfil dos trabalhadores presentes na instituição é fundamental para a continuidade desses profissionais nos setores, a partir da adequação dos serviços de modo que não sejam prejudiciais à saúde dos trabalhadores que, mesmo com idade mais avançada, se mantêm ativos e produtivos. Fomentar o sentimento de produtividade e utilidade torna-se benéfico para a saúde dos trabalhadores idosos e para o trabalho, uma vez que o serviço continuará a ser produzido e com qualidade.

As empresas, diante dessa população madura e ainda ativa no mundo laboral, devem também criar políticas e subsídios que preparem os profissionais para um aposentar saudável, de modo que não sintam diretamente o impacto da aposentadoria. Estimular a ocupação do tempo com novas atividades e ações educativas sobre a temática que procurem esclarecer e desmistificar a temida aposentadoria contribuirá de forma positiva na vida desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Araújo DD, Azevedo RS, Chianca TM. Perfil demográfico da população idosa de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil. *Rev enferm Cent-Oeste Min.* 2011; v1(4):462-9.
2. Brasil. Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 05 janeiro de 1994.* Disponível em: <www.conselhos.sp.gov.br>.
3. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.*
4. Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP [internet].* 2010 Dez [cited 20 jun. 2012];44(4):1065-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf>
5. Moreira JO. Imaginários sobre aposentadoria, trabalho, velhice: estudo de caso com professores universitários. *Psicol estud.* 2011;16(4):541-50.
6. Brasil. Lei 10.887, de 18 de junho de 2004. Dispõe sobre a aplicação de disposições da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, altera dispositivos das Leis 9.717, de 27 de novembro de 1998, 8.213, de 24 de julho de 1991, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e dá outras providências.

7. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54.
8. Pires AS, Ribeiro LV, Souza NVDO, Sá CMS, Gonçalves FGA, et al. A permanência no mundo do trabalho de profissionais de enfermagem com possibilidade de aposentadoria. *Cienc cuid saude*. 2013;12(2):338-45.
9. Mancia JR, Portela VCC, Viecili R. A imagem dos acadêmicos de enfermagem acerca do próprio envelhecimento. *Rev bras enferm* [internet]. 2008 Mar-Abr [cited 12 maio 2012];61(2):221-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a12v61n2.pdf>
10. Sá CMS, Souza NVDO, Caldas CP, Lisboa MTL, Tavares KFA. O idoso no mundo do trabalho: configurações atuais. *Cogitare enferm* [internet]. 2011 Jul-Set [cited 05 abr 2012];16(3):537-42. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/19517/16296>
11. Alvarenga LN, Kiyam L, Bitencourt B, Wanderley KS. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2009 Dez [cited 20 abr 2012];43(4):796-802. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a09v43n4.pdf>
12. Souza NVDO, Correia LM, Cunha LS, Eccard J, Patrício RA, Antunes TCS. O Egresso de enfermagem da FENF/UERJ no Mundo do Trabalho. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2011 Mar [cited 10 abr 2012];45(1):250-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/35.pdf>
13. Figaro, R. Comunicação e trabalho para mudanças na perspectiva sociotécnica. *Revista USP* [internet]. 2010 Jun-Ago [cited 05 jun 2012];86:96-107. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13816>
14. Souza NVDO, Cunha LS, Pires AS, Gonçalves FGA, Ribeiro LV, Silva SFLS. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de Enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. *REME rev min enferm* [internet]. 2012 Abr-Jun [cited 14 abr 2012];16(2):232-240. Available from: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_501bf3211a106.pdf
15. Pires D, Lopes MGD, Silva MCN, Lorenzetti J, Peruzzo SA, Bresciani HR. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. *Enferm foco* [internet]. 2010 [cited 07 jun 2012]; 1(3):114-18. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br>
16. Mauro MYC, Paz AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva, VG. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um Hospital Universitário. *Esc Anna Nery* [internet]. 2010 Abr-Jun [cited 16 maio 2012];14(2):244-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/05.pdf>
17. Silva LG, Yamada KN. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. *Ciênc cuid saúde* [internet]. 2008 Jan-Mar [cited 25 jun 2012];7(1):98-105. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4912/3215>
18. Oliveira NVDO, Pires AS, Gonçalves FGA, Cunha LS, Shoji S, Ribeiro LV, et al. Riscos ocupacionais relacionados ao trabalho de enfermagem em uma unidade ambulatorial especializada. *Rev enferm UERJ*. 2012;20(esp.1):609-14.
19. Conselho Nacional de Saúde (Br). Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 maio 2013.

20. Aperibense PGGs, Barreira IA. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde [internet]. Rev Esc Enferm USP. 2008 Set [cited 10 jun 2012];42(3):474-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf

21. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União; 1986.

22. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. 2008; 6 (suppl 1):S4-S6.

CAPÍTULO 7

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA DE MULHERES COM DOR CRÔNICA POR DISTÚRBIOS MUSCOLOESQUELÉTICOS

Data de aceite: 20/04/2021

Ilkelyne de Freitas Costa

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/5635248872907736>

Mayane Cristina Pereira Marques

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/6722397696896183>

Camila Lima Moraes dos Santos

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/7767665844205928>

Líscia Divana Carvalho Silva

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/8574936257819873>

Rosilda Silva Dias

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís- Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/6699170604660310>

RESUMO: Objetivo: Avaliar as características sociodemográficas e econômicas de mulheres com dor crônica por distúrbios musculoesqueléticos. **Metodologia:** Estudo transversal, quantitativo, realizado do Núcleo de Extensão da Vila Embratel em São Luís, Maranhão, Brasil. A amostra foi composta por 15 mulheres com dor crônica por distúrbios musculoesqueléticos. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal do Maranhão, nº 3.180.211. **Resultados:** Prevaleceu mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos de idade 07 (46,6%), casadas 07 (46,6%), moradoras do bairro da Vila Embratel 13 (86,6%), não aposentadas 09 (60%), sem atividade remunerada 10 (66,6%), donas de casa 15 (100%), ensino fundamental incompleto 05 (33,3%). **Conclusão:** As mulheres com dor crônica por disfunções musculoesqueléticas possuem idade avançada, pouca escolaridade e baixo nível socioeconômico que poderá subsidiar políticas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Dor crônica. Doenças Reumáticas. Cuidados de Enfermagem.

SOCIODEMOGRAPHIC AND ECONOMIC CHARACTERIZATION OF WOMEN WITH CHRONIC PAIN BY SHRETCETIC DISORDERS

ABSTRACT: Objective: To evaluate the sociodemographic and economic characteristics of women with chronic pain from musculoskeletal disorders. **Methodology:** Cross-sectional, quantitative study, carried out from the Extension Center of Vila Embratel in São Luís, Maranhão, Brazil. The sample consisted of 15 women with chronic pain from musculoskeletal disorders. Study approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Maranhão, no. 3,180,211. **Resultate:** Vroue tussen die ouderdomme van 60 en 69 jaar 07 (46.6%), getroud 07 (46.6%), wat in die omgewing van Vila Embratel 13 (86.6%), nie afgetree 09 (60%), sonder betaalde aktiwiteit 10 (66.6%), huisvroue 15 (100%), onvolledige laerskool 05 (33.3%). **Conclusion:** Women with chronic pain due to

musculoskeletal dysfunctions have advanced age, little education and low socioeconomic level that may support health policies.

KEYWORDS: Chronic pain. Rheumatic diseases. Nursing care.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre prevalência apontam que, em média 7 a 8% da população geral, 2% na América Latina, e 10% em uma capital brasileira revelam dor crônica com características neuropáticas e divergência quanto às diferentes metodologias e ferramentas para o diagnóstico (DIAS, 2013).

O município de São Luís apresenta uma prevalência de dor crônica de 42%, percentual acima das estimativas mundiais. Dentre as dores crônicas a dor na região lombar ou lombalgia representa 36% dos casos, caracterizando um problema de saúde pública com impacto social e financeiro (VIEIRA, 2012). A lombalgia é definida como toda e qualquer condição de dor ou rigidez, localizada na região inferior da coluna vertebral, situada entre o último arco costal e a prega glútea, podendo apresentar ou não irradiação para um, ou ambos os membros inferiores, manifesta-se de três formas: dor lombar, dor pélvica posterior ou dor combinada, representa 36% dos casos, caracterizando um grave problema de saúde pública com impacto social e financeiro (MADEIRA *et al.*, 2013).

É uma disfunção que acomete ambos os sexos, podendo variar de uma dor súbita à dor intensa e prolongada. É um problema de saúde comum, que afeta a maioria das pessoas em alguma etapa da vida e, em função da dor e incapacidade provocada por essa condição, causa prejuízos nas atividades de vida diária e em consequência, nas atividades profissionais e nas relações sociais e familiares dos indivíduos (BAILLY *et al.*, 2015).

OBJETIVO

- Avaliar as características sociodemográficas e econômicas de mulheres com dor crônica por distúrbios musculoesqueléticos.

METODOLOGIA

Estudo transversal, quantitativo realizado no Núcleo de Extensão da Vila Embratel (NEVE), localizado na zona urbana do município de São Luís, Maranhão, Brasil. O NEVE foi inaugurado no ano de 2005 e possui atividades vinculadas a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), tem como missão viabilizar a execução de projetos capazes de garantir maiores níveis de produtividade das atividades acadêmicas, aproximando a universidade da comunidade. É uma unidade composta por quatro ambulatórios de saúde, salão de dança, sala de informática e secretaria, que presta serviço aos usuários do Sistema Único de Saúde, oferecendo serviços como: consultas médicas, pediátricas, enfermagem,

psicologia, esportes e atende em média 5 mil pessoas por mês.

Como critério para definição de dor crônica utilizou-se a duração superior a seis meses, conforme preconiza a Associação Internacional para estudo da Dor que, para fins de pesquisa, a dor crônica é aquela com duração maior que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente, três episódios em três meses (MERSKEY, 1994). A população foi composta por mulheres com queixa de lombalgia a mais de seis meses que fazem acompanhamento ambulatorial no NEVE durante o ano de 2018. A amostra foi composta por 15 mulheres que atenderam os critérios de inclusão da pesquisa: maiores de 18 anos de idade, queixa de lombalgia por um período igual ou maior a seis meses, com disponibilidade para participar de todas as etapas da pesquisa e que concordaram e assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, Brasil, parecer nº 3.180.211 em 01 de março de 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a frequência de respostas obtidas sobre os aspectos sociodemográficos e econômicos das mulheres participantes da pesquisa.

Variável		N	%
Faixa etária	50-59	06	40,0
	60- 69	07	46,6
	70 ou mais	02	13,3
Estado civil	Casada	07	46,6
	Solteira	04	26,6
	Separada	01	6,6
	Viúva	03	20,0
Bairro	Vila Embratel	13	86,0
	Outros	02	13,0
Aposentadoria	Aposentada	06	40,0
	Não aposentada	09	60,0
	Pensionista	04	26,6
Atividade remunerada	Sim	05	33,3
	Não	10	66,6
Profissão	Costureira	03	20,0
	Dona de casa	11	73,3

	Agente de saúde	01	6,6
Escolaridade	Fundamental incompleto	05	33,3
	Fundamental completo	03	20,0
	Médio incompleto	01	6,6
	Médio completo	06	40,0
Total		15	100

Tabela 1. Caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres com dor crônica por distúrbios musculoesqueléticos. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Prevaleceu mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos de idade 07 (46,6%), casadas 07 (46,6%), moradoras do bairro da Vila Embratel 13 (86,6%), não aposentadas 09 (60%), sem atividade remunerada 10 (66,6%), donas de casa 15 (100%), ensino fundamental incompleto 05 (33,3%), conforme demonstrado na Tabela 1.

Pesquisa epidemiológica e transversal de base populacional e domiciliar realizado com 1.705 residentes no sul do país com dor crônica, as mulheres apresentaram prevalência 82% maior de dor crônica em relação aos homens (RP = 1,82; IC95%1,45 - 2,29), e idosos (≥ 60 anos) em que 29,3% (IC95% 26,5 - 32,2) relataram dor crônica. Observou-se que as variáveis sexo feminino, menor escolaridade e pior situação econômica ficaram associadas significativamente com maior prevalência de dor crônica; ser fisicamente ativo no lazer ficou associado significativamente com menor prevalência do desfecho (SANTOS; SOUZA; ANTES; ORSI, 2015).

Em uma investigação com 172 idosos (101 mulheres e 71 homens) a presença de dor crônica foi observada em 107 (62,21%); no sexo feminino esta prevalência foi de 69,3% e no masculino 52,1% ($p = 0,004$). Os idosos mais velhos com 80 anos ou mais apresentaram maior referência de dor crônica ($p = 0,01$), assim como os idosos com depressão ($p < 0,001$) (DELLAROZA et al., 2008). Outras pesquisas realizadas no sul do país em indivíduos com dor crônica predominou mais mulheres (86,6%), casadas (53,3%), do lar (42,2%) com faixa etária acima de 46 anos (RUVIARO; FILIPPIN 2012) e mulheres, casadas e com idades acima de 50 anos (CIPRIANO, ALMEIDA, VALL, 2011).

Malta *et al* (2017) identificou que a faixa etária mais acometida por dor lombar foi de 40 a 59 anos e pode ser explicada pelas mudanças que ocorrem no organismo devido ao processo de envelhecimento, com problemas posturais, redução da flexibilidade, maior degeneração osteomuscular e, conseqüentemente, agravamento da dor. Além disso, a lombalgia encontrada em adultos de meia idade e faixa etária economicamente ativa pode estar associada às atividades laborais.

A constatação de que as mulheres com idade mais avançada, com baixa escolaridade,

pior situação econômica e insuficientemente ativas apresentam maior prevalência de dor crônica representando um importante achado, que poderá subsidiar políticas de saúde focadas na atenção ao idoso (SANTOS, 2015).

Observam-se mudanças no perfil sociodemográfico brasileiro, acarretando mudanças no perfil epidemiológico e no envelhecimento populacional. Considera-se o aumento da população idosa com doença crônica relevante, e considerada um problema de saúde pública (ALVES et al., 2019).

CONCLUSÃO

Apesar da pequena amostra do estudo, a dor crônica foi mais observada em mulheres com idade avançada, baixa escolaridade e situação econômica desfavorável e este achado é concordante com outras pesquisas, inclusive de base populacional. Faz-se necessária atenção dos profissionais as condições sociodemográficas da população para de maneira eficiente traçar estratégias adequadas de assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. S et al. **Pain and sleeping problems in the elderly**. BrJP. v.2, n.3, p: 217-24, 2019.

BAILLY, F. et al. **The impact of chronic low back pain is partly related to loss of social role: A qualitative study**. Joint Bone Spine. v. 82, n. 6, p. 437-441, 2015.

CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D. B.; VALL, J. **Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil**. Rev Dor. v.12, n.4, p: 297-300, 2011.

DELLAROZA, M.S.G et al. **Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade**. Rev Assoc Med Bras. v.54, n.1, p: 36-41, 2008.

DIAS, R. S. **Avaliação da cetamina no tratamento dor neuropática e qualidade de vida em portadores de hanseníase**. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro – 2013.

MADEIRA, H.G.R. et al. **Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol. 35, no. 12, 2013.

MALTA, D.C et al. **Factores associated with chronic back pain in adults in Brazil**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.51, p. 1S-9S, 2017.

MERSKEY N.B. **Classification of chronic pain: descriptions f chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain**. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

RUVIARO, L.F; FILIPPIN, LI. **Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte**. Rev. Dor, v.13 n.2, 2012

SANTOS, F.A.A; SOUZA, J. ANTES, B.L; ORSI E. **Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional.** Rev. Bras. Epidem. v. 18, n.1, p: 234-47, 2015.

VIEIRA, E. B. et al. **Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes?** Cad Saude Publica, v. 28, n. 8, p. 1459-67, 2012.

CAPÍTULO 8

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL DE BOA VISTA/RR E A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Marcella Lima Marinho

Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde PROCISA/UFRR
Boa Vista-Roraima, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8109741364976971>

Dayanna Luu Silva e Silva

Faculdade Roraimense de Ensino Superior FARES
Boa Vista-Roraima, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8734568879693663>

Ivandra Santiago de Souza

Faculdade Roraimense de Ensino Superior FARES
Boa Vista-Roraima, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3835092433381503>

RESUMO: A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), de fácil disseminação em locais aglomerados e com condições de higiene e saneamento insatisfatórias. As Unidades Prisionais (UP), em sua grande maioria, são ambientes pouco arejados, contendo pouca iluminação, pouca ventilação e com celas superlotadas, desencadeando com mais facilidade a transmissão da Tuberculose (TB). Portanto, as condições ambientais desfavoráveis nas UP tornam – se um alerta ao risco da transmissão à população encarcerada que é

mais vulnerável. Neste cenário, os profissionais de saúde possuem extrema importância, pois buscam reduzir os números de casos com ações de prevenção e controle. Sendo assim, a pesquisadora analisa informações a respeito das ações que os profissionais de saúde podem proporcionar para o controle da tuberculose nas Unidades Prisionais e relatar a situação epidemiológica da Tuberculose no sistema prisional de Roraima. Trata-se de um estudo de natureza exploratória – descritiva, baseada em base de dados eletrônicos: Medline, Scielo, Lilacs e em dados epidemiológicos retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2016 a 2019. Percebe-se que a realidade da situação da População Privada de Liberdade (PPL) em Roraima, não difere da encontrada em outras UP's no restante do Brasil. A necessidade em manter a Saúde Pública e ter um controle da TB neste ambiente, evidenciam a importância da presença dos profissionais de saúde. Todavia, também torna-se necessário o investimento em Políticas Públicas de saúde e nas ações de prevenção e controle da doença, para amenizar ou reverter o avanço epidemiológico.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, População Privada de Liberdade, Profissionais de Saúde.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS IN THE PRISONAL SYSTEM OF BOA VISTA/RR AND THE IMPORTANCE OF THE PERFORMANCE OF HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: Tuberculosis is an infectious

disease caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), easily spread in crowded places and with unsatisfactory hygiene and sanitation conditions. The vast majority of prison units (PU) are poorly ventilated environments, with poor lighting, poor ventilation and overcrowded cells, triggering the transmission of Tuberculosis (TB) more easily. Therefore, the unfavorable environmental conditions in the PU become an alert to the risk of transmission to the incarcerated population that is most vulnerable. In this scenario, health professionals are extremely important, as they seek to reduce the number of cases with prevention and control actions. Thus, the research aims to analyze information about the actions that health professionals can provide for the control of tuberculosis in prison units and report the epidemiological situation of tuberculosis in the prison system in Roraima. This is an exploratory - descriptive study, based on an electronic database: Medline, Scielo, Lilacs and on epidemiological data taken from the Notifiable Diseases Information System (NDIS), in the period from 2016 to 2019. It is known that the reality of the situation of the Population Deprived of Liberty (PDL) in Roraima does not differ from that found in other PU in the rest of Brazil. The need to maintain Public Health and to have tuberculosis control in this environment, evidence the importance of the presence of health professionals. However, it is also necessary to invest in Public Health Policies and in disease prevention and control actions, to mitigate or reverse the epidemiological advance.

KEYWORDS: Tuberculosis, Population Deprived of Liberty, Health Professionals.

1 | INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), desenvolvida a partir do bacilo de Koch, que atinge principalmente os pulmões, também podendo acometer outros órgãos do corpo. Pode ser vista como uma doença negligenciada e com preeminência maior entre os presidiários, tornando – se motivo de grande precaução para a Saúde Pública em relação ao seu controle.

A transmissibilidade da doença é relacionada à pobreza, presença de aglomerações de pessoas e as condições de fragilidade em saúde. Portanto, os riscos de adquirir a Tuberculose (TB) nas Unidades Prisionais (UP) aumentam, devido a condição de vida em encarceramento, em consequência da estrutura física das UP's que não possuem ventilação adequada, pouca luminosidade e celas superlotadas.

Considerando as altas incidências de Tuberculose em pessoas privadas de liberdade e os riscos de transmissibilidade da doença, os profissionais de saúde devem ser capacitados para lidar com a situação dentro das unidades prisionais, executando diagnóstico precoce e ações de controle para amenizar casos novos.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) organizou e incrementou informações estratégicas a partir do monitorização e avaliação para o acompanhamento das ações e serviços de atenção básica em saúde nas Unidades Prisionais, sendo exercida por equipes interdisciplinares de saúde. É fundamental para os profissionais de saúde obterem informações sobre a população encarcerada, para assim analisar métodos de diagnosticar e tratar a doença, precaver medidas de segurança, além

de possibilitar não apenas o controle da doença, mas também uma qualidade de vida a todas as pessoas que vivem encarceradas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Todavia, existem múltiplos obstáculos que dificultam à implementação de estratégias de controle, pois além da situação de saúde em estado de encarceramento, dificilmente os detentos colaboram com o diagnóstico e tratamento, dificultando as ações dos profissionais de saúde, comprometendo sua estabilidade de saúde e daqueles que possuem contato com o doente ativo. Neste sentido, o objetivo do estudo é analisar as ações que os profissionais de saúde podem proporcionar para o controle da tuberculose nas Unidades Prisionais e relatar a situação epidemiológica da Tuberculose no sistema prisional de Roraima.

A deficiência em manter a saúde pública e obter um controle da TB no sistema prisional é um dos motivos fundamentais para uma condição de vida mais vulnerável aos presidiários. Portanto, é importante o acompanhamento das ações no sistema prisional devido às peculiaridades do ambiente e dos riscos de enfermidades para esses cidadãos assim como para os profissionais de saúde.

Trata-se de um estudo de natureza exploratória – descritiva, baseada em base de dados eletrônicos: Medline, Scielo, Lilac. Os descritores utilizados foram: “Tuberculose nas prisões”, “Tuberculose”, “Controle de TB nas Unidades Prisionais”, “diagnóstico e tratamento de Tuberculose na PPL”. Também foram utilizados dados epidemiológicos retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2016 a 2019.

Ressalta-se que a medida mais eficaz que deverá remover as condições de riscos da TB, quanto à prevenção, é a extinção dos agentes de contaminação, através da busca ativa e tratamento apropriado aos enfermos.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 População Privativa de Liberdade (PPL) e a situação epidemiológica da Tuberculose (TB) no Brasil

Entende-se que a privação de liberdade (reclusão ou detenção) é um meio em que toda pessoa imputável que praticar um crime cumprirá determinada pena de acordo com o tipo penal que infringir. Segundo o Artigo 38 do Código Penal Brasileiro, a população privada de liberdade conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todos as autoridades o respeito à sua integridade física e moral.

A população privada de liberdade apresenta condições de saúde física, mental e social pior do que a população geral. No entanto, esse estado normalmente não se inicia na prisão, já que a maioria dessas pessoas tinha pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde, ou a estilos de vida saudáveis antes de se tornarem detentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Apesar da existência de Políticas de Saúde como a Atenção Integral à Saúde do

Homem e da Mulher e o Plano Nacional da Saúde no Sistema Penitenciário no Brasil, a atenção das pessoas privadas de liberdade se mostra um importante desafio, uma vez que os dados epidemiológicos apontam que a saúde prisional está pouco visível na prática, principalmente nas políticas de saúde (SOUZA *et al.*, 2013).

Segundo o Ministério de Saúde (2011) a população privada de liberdade representa aproximadamente 0,3% da população brasileira, e contribui com 8,3% dos casos novos de tuberculose notificados no país: 5.729 casos novos em 2015. Também é particularmente elevada a frequência de formas resistentes relacionadas ao tratamento irregular e à detecção tardia nesse grupo populacional. A taxa de incidência segundo sexo foi de 50,1/100.000 habitantes do sexo masculino e 23,9/100.000 habitantes do sexo feminino.

A maioria da população encarcerada é formada por homens (93,6%). Quase 500 mil homens privados de liberdade, destes 54,8% são jovens de 18 a 29 anos (menos de 10% têm mais de 46 anos) e 60,8% são negros. A prevalência masculina é uma característica que está relacionada com a mortalidade e morbidade, assim como a forma de relacionamento com o sistema de saúde (BRASIL, 2013).

Segundo o Anuário de Segurança Pública, em 2012 havia 483.658 homens privados de liberdade, o que correspondia a 93,8% da população carcerária no país. Dados que causam espanto, uma vez que a diferença na proporção de homens e mulheres na população brasileira é de 48,7% e 51,3%, respectivamente (BRASIL, 2013a).

Os casos de tuberculose na população privada de liberdade representam 6,8% dos casos notificados no Brasil, mesmo que o sistema prisional corresponda somente 0,2% da população do país (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

A população privada de liberdade é composta por 54,8% dos jovens entre 18 a 29 anos. Dado que cresce com relevância, frente a faixa etária que representa apenas 21,4% da população brasileira. De acordo com o Sistema Nacional de Informação Penitenciária (InfoPen), a maioria desses homens não concluiu o Ensino Fundamental completo (BRASIL, 2013a).

2.2 Fatores que contribuem para a alta endemicidade da Tuberculose na PPL

No mundo, as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) apresentam coeficientes mais elevados de Tuberculose quando comparados à população geral. Em países desenvolvidos, onde se encontram níveis baixo de endemicidade, também ocorreram aumento na incidência e prevalência entre os presos nas últimas décadas, e o surgimento das cepas resistentes (DARA *et. al.*, 2009; WHO, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, entre as Pessoas Privadas de Liberdade, a incidência de tuberculose no Brasil foi de 1037,7 casos por 100 mil, cerca de 30 vezes maior do que na população geral no de 2011 (BRASIL, 2012b).

Os principais responsáveis pela elevação de transmissão da tuberculose nas

penitenciárias é a superlotação, permitindo maior contato entre os indivíduos; ventilação inadequada; diagnóstico tardio, dificuldades para isolamento, baixas taxas de cura, saída em liberdade antes de concluir o tratamento com posterior interrupção. Com maior susceptibilidade das pessoas privadas de liberdade como jovens de baixo grau de instrução, baixa renda, usuários de drogas e elevada co-infecção pelo HIV (DARA *et al.*, 2009; CONINX *et al.*, 2000).

2.3 Métodos Diagnósticos da Tuberculose na População Privada de Liberdade e contatos

Os diagnósticos da tuberculose devem ser realizados em ambiente que possa oferecer o tratamento apropriado, e conseqüentemente a suspensão da cadeia de transmissão da doença. Detectar e tratar corretamente os casos de tuberculose torna - se essencial para as medidas de controle.

Segundo o Manual de Recomendação para o Controle de Tuberculose no Brasil (2011), a busca ativa dos casos deve ser realizada no momento do ingresso do detento, periodicamente e nos contatos, associando estratégias de informação, educação e comunicação sobre a TB e a infecção pelo HIV.

O modo mais significativo para o diagnóstico da TB que facilita o reconhecimento da fonte de transmissão é a baciloscopia de escarro, permitindo assim, a descoberta de novos casos (BRASIL, 2011).

Com o intuito de dificultar a cadeia de transmissão da tuberculose na população encarcerada é necessário o descobrimento precoce dos casos bacilíferos. Desta forma, a busca ativa nas UP's deve obter estratégias que priorizem os serviços de saúde na identificação dos casos (BRASIL, 2018).

Ao executar a busca ativa de sintomático respiratório (SR) na população privada de liberdade, é fundamental identificar o principal sintoma da tuberculose, ou seja, a tosse. No entanto, torna – se suspeito, portador de tuberculose, indivíduos que apresentam tosse por tempo igual ou superior a duas semanas.

A busca ativa periódica de casos de Tuberculose na PLL é essencial ao menos uma vez ao ano, à vista disso, toda a população aprisionada de uma determinada UP deve ser sondada em um curto intervalo de tempo. Entretanto, deve ser exercida com base na lista nominal por cela, oferecida pela administração da Unidade. É necessário que todos os prisioneiros de uma mesma cela sejam classificados como contatos, ou melhor, que sejam examinados, assegurando, assim, a análise em toda a PPL (BRASIL, 2011; BARROS, NETO, NOGUEIRA, 2018)

Havendo casos confirmados de tuberculose nas UP's, é fundamental avaliar todos os contatos. Pois as circunstâncias de vida desses cidadãos tornam – se fatores de risco para o avanço da doença.

Rodrigues e Cardoso (2010), afirmam que a intenção principal da busca em contatos

em ambientes penitenciários é a investigação a respeito de casos de TB ativa. A baciloscopia de escarro é adequada a todos os contatos que possuem excreção, independente da permanência e presença da tosse. Se viável, efetivar também o exame radiológico do tórax que realiza - se em serviços de rede pública ou no centro hospitalar do sistema carcerário, porém, este exame não é executado em todos os casos.

A PPD não é exercida para os contatos em ambiente penitenciário, pois há situações na qual, a hipótese de reinfecções em curto período é extremamente alta. Portanto, o tratamento da infecção latente torna – se duvidosa (BRASIL, 2011). Entretanto, os parentes da população encarcerada com tuberculose ativa precisam ser instruídos a procurar serviços de saúde básica, fora das UP's para identificarem o contato, e também, efetuar exames precisos.

2.4 Tratamento da Tuberculose no Sistema Penitenciário

A supervisão do tratamento durante o encarceramento deve ser realizada por profissional de saúde criterioso, que tenha entendimento de uma pessoa encarcerada como base importante para a busca do contexto histórico do paciente e para a realização dos objetivos que o profissional de saúde deve executar.

Resolução da Secretaria da Administração Penitenciária (SAP), determinou atendimento à Recomendação Técnica da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário que define normas e procedimentos para o tratamento e o controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais da SAP, entre elas estão o isolamento do caso suspeito até confirmação diagnóstica, tratamento supervisionado, acompanhamento clínico e laboratorial até a alta, controle de comunicantes, baciloscopia de escarro até confirmação diagnóstica e teste sorológico para HIV (SÃO PAULO, 2008).

As consultas com baciloscopias são realizadas nos 2 °, 4 ° e 6 ° meses no mínimo, incluindo aferição de peso e aconselhamento para uma boa adesão ao tratamento. O tratamento para as PPL deve se integrar a essas consultas mensalmente (BRASIL,2011).

O tratando também necessita do sistema de informação e comunicação entre os serviços de saúde, que são importantes, devido as frequentes transferências nas prisões, garantindo que não ocorra nenhum tipo de interrupção do tratamento nas unidades prisionais em que se encontram as PPL (BRASIL,2011).

Aos profissionais de saúde, entre outras ações, compete: identificar os SR durante a inclusão, na rotina e nas campanhas de busca ativa, solicitar baciloscopia, orientar quanto à coleta de escarro, oferecer teste anti-HIV, realizar consulta mensal de enfermagem com solicitação de exame de escarro, identificar e examinar os comunicantes, realizar o tratamento diretamente observado para todos os doentes, agendar consulta quando necessário, convocar o paciente faltoso ou em abandono de tratamento, notificar e planejar e participar de ações educativas (SÃO PAULO, 2012b).

Garantir o tratamento a um paciente após ter sua liberdade é um dos principais

desafios para um profissional de saúde, pois não se sabe a antecedência e onde esse paciente vai se instalar. Com a incerteza de um tratamento abandonado é importante encaminhar sua continuidade em uma unidade de saúde extramuros, com as informações sobre a data, início e esquema do tratamento necessário (BRASIL, 2011).

2.5 Ações preventivas pelos profissionais de Saúde na Unidade Prisional

Os profissionais de saúde desenvolvem ações de controle com a intenção de diminuir a incidência da TB dentro das UP's, diante de grandes desafios frente aos atributos internos e as circunstâncias de trabalho. Todavia, para o acompanhamento das ações nas UP's há diversos obstáculos que dificultam a implementação de estratégias para o controle. Independentemente das dificuldades existentes, a concentração dos profissionais, gestores e comissão no combate a TB, buscam alcançar sucesso nos desenvolvimentos de atividades importantes, como testagem HIV, baciloscopias de controle e cultura com teste de sensibilidade para o diagnóstico (BRASIL, 2011).

Todos os casos de TB identificados devem ser notificados por meio da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, mencionando a origem prisional do caso.

Com objetivo de oportunizar atividades educativas para melhorias no monitoramento da TB, devem ser incentivadas investigações que indiquem confirmações e que auxiliem na forma sucinta para o controle da tuberculose no sistema prisional (BRASIL, 2011).

Os conhecimentos relacionados às informações das análises da constatação e os resultados dos tratamentos diante de cada UP, devem ser usufruídas em casos de reuniões com os Profissionais de saúde das UP's e adequar – se as metas, indicadores e estratégias de intervenção. Além do mais, é essencial para o controle da tuberculose, diminuir a superlotação das celas das unidades prisionais, obter espaços arejados, ventilados e com iluminação adequada, em casos de reformas e construção de novas unidades prisionais. A única precaução que devesse remover as condições de riscos da TB, quanto à prevenção, é a extinção dos agentes de contaminação, através da busca ativa e tratamento apropriado aos enfermos (BRASIL, 2011; BARROS, NETO, NOGUEIRA *et al.*, 2018).

2.6 Realidade da Tuberculose no Sistema Prisional de Roraima

A realidade da Unidade Prisional no Estado de Roraima não difere da situação encontrada em outras unidades prisionais no Brasil. A superlotação e a conseqüente aglomeração de detentos, são importantes fatores que favorecem a ocorrência dos casos de Tuberculose.

Ano Diagnóstico	CASO NOVO	REINGRESSO ABANDONO	APÓS	Total
2016	11	1		12
2017	17	0		17
2018	21	3		24
2019	36	4		40
Total	85	8		93

Tabela 1 - Frequência por Tipo de entrada segundo Ano Diagnóstico (20-29 anos)

Fonte: SINAN NET

De acordo os dados epidemiológicos informados na tabela 1, percebemos ao longo do período analisado, considerando os casos novos e o reingresso após abandono do tratamento, aumento significativo de casos de tuberculose diagnosticados no período de 2016 à 2019 entre pessoas privadas de liberdade na faixa etária de 20 a 29 anos. No que tange a forma clínica da doença, observa-se que em todos os anos analisados a forma pulmonar foi a mais prevalente (tabela 2).

Ano Diagnóstico	PULMONAR	EXTRAPULMONAR	Total
2016	11	1	12
2017	15	2	17
2018	41	1	42
2019	45	2	47
Total	112	6	118

Tabela 2 - Frequência por Forma Clínica (20-29 anos)

Fonte: SINAN NET

Ao analisarmos a situação de encerramento dos casos no período estudados (tabela 3), evidenciamos que entre os principais tipos de encerramento, a maioria dos acometidos na faixa etária verificada recebeu alta por cura, seguido respectivamente das altas por abandono, por transferência e óbitos por outras causas.

Ano Diagnóstico	CURA	ABANDONO	ÓBITOS POROUTRAS CAUSAS	TRANSFE- -RÊNCIA	Total
2016	9	1	1	1	12
2017	5	3	2	3	13
2018	16	5	2	1	24
2019	29	4	0	2	35
Total	59	13	5	7	84

Tabela 3 - Situação de encerramento do casos (20-29 anos)

Fonte: SINAN NET

Neste contexto, referente a situação de encerramento dos casos, evidenciamos situação preocupante em relação ao número de abandonos de tratamento, que corresponde a segunda maior causa de alta, correspondendo a 15.5% do total.

3 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, para diminuir a transmissão da TB e reverter às diversas situações devido ao aumento epidemiológico é necessário ter controle, sendo fundamental não apenas para as PPL, mas para todos os profissionais que estão correlacionados com o ambiente prisional, ressaltando como uma das populações-alvo para um melhor controle da TB. Nota-se que a maior parte das propostas feitas pelas equipes de saúde dentro do setor penitenciário se deve principal pelo trabalho dos profissionais de enfermagem.

A implementação de medidas de controle merece destaque no tratamento de ações educativas que tragam conscientização e prevenção da TB, sendo destinadas também ao cuidado por parte dos funcionários do sistema prisional. Essas medidas precisam ser discutidas e implementadas para se tornar uma realidade efetiva no controle de novos casos já os fatores estruturais do setor prisional estão ligados com a alta endemicidade da doença.

Os planos a serem seguidos para uma boa adesão ao tratamento estão em consonância uns com os outros certificando – se que todos sejam exercidos de forma eficiente. O tratamento deve-se estar adequado as metas, estratégias de intervenções, indicadores no controle e prevenção. Diminuir a superlotação nas unidades prisionais, com espaços arejados, ventilados e iluminados, colaboraram para uma precaução significativa nas condições de risco da TB.

Neste artigo, também abordamos a realidade do sistema prisional de Roraima no que preocupa os casos de Tuberculose, onde evidenciamos que na faixa etária avaliada, o número de casos novos teve aumento significativo ao longo dos anos estudados, sendo a forma pulmonar a mais prevalente e a alta por cura a maior forma de encerramento de casos.

Finalmente é necessário assumir que a principal questão dos problemas enfrentados tantos pelos profissionais de saúde ou de segurança é a necessidade enfrentada por questões sociais e políticas. Pois, a sociedade deveria ter a ciência da importância que cada ser humano tem, no direito à saúde tanto em pessoas privadas de liberdade como em qualquer outra. É necessário investimento nas ações efetivas para o combate à doença prisional que coloca em risco tanto a vida da população. A eficácia no controle da TB em seu diagnóstico e tratamento deve ser consequente às Políticas de Saúde eficazes.

REFERÊNCIAS

BARROS, A.K.R.; NETO, J.A.N.; NOGUEIRA, L.M.V. **Monitoramento das ações de controle da tuberculose no Sistema Prisional**. Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 09, n. 02, maio. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 1ª edição – 2004.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Ministério da Segurança Pública. **Campanha nacional de combate à Tuberculose no Sistema Prisional: Prorrogação de inscrição**. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/tuberculose-e-populacao-privada-de-liberdade-pp>> 17 de maio de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tuberculose. **População de Vulneráveis**. Disponível em: <<http://portalm.saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose/populacoes-vulneraveis>> 2013/2018.

RODRIGUES, I.L.A.; CARDOSO, N. C. **Deteção de Sintomáticos Respiratórios em Serviços de Saúde da rede pública de Belém, Pará, Brasil**. Saude v.1 n.1 Ananideua mar. 2010.

SOUZA, K.M.J.S; SÁ, L.D; SILVA, L.M.C; PALHA, P.F. **Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose**. Rev Esc Enferm USP. Artigo Original. 2014.

AVALIAÇÃO DO POTENCIAL ANTIBACTERIANO DA SULFADIAZINA DE PRATA A 1%

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Ariane Larissa Silva Mangold

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Unioeste
Foz do Iguaçu-Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8619288589555830>

Jéssica Stranburger da Silva

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Unioeste
Foz do Iguaçu - Paraná
<https://orcid.org/0000-0003-1336-2337>

Helder Ferreira

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Unioeste
Foz do Iguaçu-Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9227029037577765>

RESUMO: A sulfadiazina de prata (Ag-SD) é um dos recursos mais utilizados no tratamento de feridas do mercado. Desde que foi desenvolvida, tornou-se um dos tratamentos mais utilizados para feridas em todo mundo, estimulando a fase de granulação e de epitelização cutânea. Os produtos utilizados para o tratamento de úlceras têm por finalidade além de promover a cicatrização, o controle de microrganismos no seu leito. Nesse sentido, o objetivo da pesquisa foi avaliar o potencial antibacteriano da Sulfadiazina de Prata a 1% sobre bactérias patogênicas. Trata-se de um estudo experimental, desenvolvido em 2019 e 2020, no laboratório de microbiologia

da Unioeste campus de Foz do Iguaçu. A metodologia utilizada foi de método disco de difusão em meio sólido e cepas bacterianas de *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli* da American Type Culture Collection. O halo de inibição de crescimento bacteriano formado pela sulfadiazina de prata a 1% sobre as bactérias *Staphylococcus aureus* ATCC (25923) foi de 24mm, e para *Escherichia coli* foi de 23mm ATCC (25922), apresentando inibição bacteriana. O estudo indica que a sulfadiazina de prata a 1% é uma substância benéfica, podendo ser utilizada pela equipe de enfermagem na assistência integral humana, como prevenção de infecções e regeneração da pele.

PALAVRAS-CHAVE: Sulfadiazina de prata, Ação antibacteriana, Feridas.

EVALUATION OF THE ANTIBACTERIAL POTENTIAL OF 1% SILVER SULFADIAZINE

ABSTRACT: Silver sulfadiazine (Ag-SD) is one of the most widely used wound care resources on the market. Since it was developed it has become one of the most widely used treatments for wounds worldwide, stimulating the granulation phase and epithelialization of the skin. The products used for the treatment of ulcers have as a purpose not only to promote healing but also to control microorganisms in their beds. In this sense, the objective of this research was to evaluate the antibacterial potential of 1% Silver Sulfadiazine on pathogenic bacteria. This is an experimental study, developed in 2019 and 2020, in the microbiology laboratory of the Unioeste

campus of Foz do Iguaçu. The methodology used was diffusion disc method in solid medium and bacterial strains of *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli* from the American Type Culture Collection. The bacterial growth inhibition halo formed by 1% silver sulfadiazine on *Staphylococcus aureus* ATCC (25923) bacteria was 24mm, and for *Escherichia coli* it was 23mm ATCC (25922), showing bacterial inhibition. The study indicates that silver sulfadiazine 1% is a beneficial substance that can be used by the nursing team in integral human care, as infection prevention and skin regeneration.

KEYWORDS: Silver sulfadiazine, Antibacterial action, Wounds.

1 | INTRODUÇÃO

A Sulfadiazina de Prata a 1% foi desenvolvida no ano de 1973 por Charles L. Fox Jr. da Universidade de Columbia nos Estados Unidos, tornando-se um dos tratamentos mais utilizados para feridas em todo mundo, sendo indicada para queimaduras, lesão por pressão, feridas cirúrgicas e lesão de membros inferiores (Ragonha, *et al.*, 2005). É resultado da combinação do nitrato de prata (AgNO_3) e sulfadiazina de sódio (SD), e é disponibilizado comercialmente na forma de creme branco, hidrossolúvel e inodoro, para uso tópico (Rigo, *et al.*, 2012).

Além de promover a cicatrização, os produtos utilizados para o tratamento de feridas devem controlar microrganismos no leito da ferida, na intenção de auxiliar na cicatrização, visto que, bactéria e fungos retardam a proliferação de novas células epiteliais por competirem por nutrientes e oxigênio e por liberarem toxinas que destroem células (Aziz, 2012). A atividade da sulfadiazina de prata a 1% é mediada pela ação na membrana e na parede celular, promovendo e enfraquecimento dessas com conseqüente rompimento da célula. Como é relativamente insolúvel, reage lentamente com cloreto e com componentes protéicos dos tecidos, formando cloreto de prata, complexos proteicos de prata e sulfadiazina de sódio. O mecanismo de liberação de íon da prata é complexo e lento, mas exerce efeito bacterístico. Essa liberação lenta de prata não causa rápida depleção de íon, cloreto como ocorre no uso de nitrato de prata, portanto, distúrbios eletrolíticos são minimizados (Coelho, 2010).

A colonização de feridas ocorre frequentemente por *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli*, e constitui-se um grande desafio aos profissionais da saúde, sobretudo no que se refere ao elevado potencial para desenvolver infecções (Ragonha, *et al.*, 2005).

Portanto, esse estudo objetivou avaliar o potencial antibacteriano da Sulfadiazina de Prata a 1% para maior segurança e autonomia na administração da Ag-SD para o tratamento de feridas.

2 | OBJETIVOS

Avaliar a atividade antibacteriana da sulfadiazina de prata a 1% sobre bactérias patogênicas.

3 | MATERIAL E MÉTODOS LOCAL DE ANÁLISE E CONDUTA DO EXPERIMENTO

A pesquisa foi desenvolvida no Laboratório de microbiologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus de Foz do Iguaçu.

3.1 Atividade antimicrobiana da sulfadiazina de prata 1% pelo método disco de difusão em meio sólido

Para avaliação da sulfadiazina de prata a 1%, foi empregado o método de disco difusão em ágar (CLSI, 2009). Cada suspensão de microrganismo foi semeada (em triplicata), com auxílio de um *swab* descartável, em toda a superfície de meio ágar Muller Hinton. Em seguida foram adicionados discos para antibióticos brancos esterilizados, de 6 mm de diâmetro, impregnados com 0,01g de Sulfadiazina de Prata a 1%. Após incubação das placas a 36°C por 24 h foi realizada a leitura dos resultados medindo-se o halo formado ao redor dos discos contendo a Ag-SD. Os resultados foram interpretados de acordo com dados do “*Clinical and Laboratory Standards Institute*” (CLSI, 2009).

3.2 Linhagens bacterianas

Para avaliação da atividade antibacteriana da sulfadiazina de prata a 1% foram utilizadas cepas padrão de bactérias gram positiva *Staphylococcus aureus* e de gram negativa *Escherichia coli*.

A utilização da linhagem padrão ATCC (*American Type Culture Collection*)[®], destina-se à verificação dos resultados obtidos no experimento, visto que, trata-se de uma amostra provenientes de uma coleção de culturas reconhecidas internacionalmente, acompanhadas de um certificado contendo a descrição de suas características fenotípicas e genotípicas (ATCC, 2017).

4 | RESULTADOS

De acordo com o cronograma estabelecido, no primeiro trimestre de desenvolvimento do projeto, destinou-se a revisão bibliográfica. As bases de dados utilizadas para busca de artigos foram: Scielo, Google Acadêmico, PubMed, MEDLINE, DeCS, LILACS, Scopus preview e periódicos Capes. Os termos de busca utilizados foram: Sulfadiazina de prata; ação antibacteriana; feridas e sulfadiazina de prata; atividade antimicrobiana e Ag-SD.

Na busca nas bases de dados, foram selecionados 5 artigos que estão sintetizados no quadro a seguir (Quadro 1).

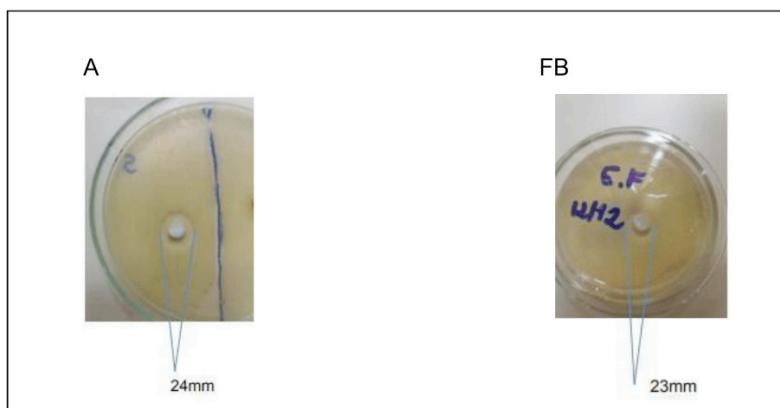
Título	Autores	Ano	Local de realização da pesquisa	Tipo de Estudo	Fonte	Desfecho
Sulfadiazina de prata versus medicamentos fitoterápicos: estudo comparativo dos efeitos no tratamento de queimaduras	FERREIRA. V. F.*; PAULA. B. L.	2013	Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas	Revisão integrativa da literatura	Revista bras. queimaduras	Concluiu-se que a sulfadiazina de prata tem ação antimicrobiana, mas não favorece o tempo de cicatrização; enquanto a Aloe vera possui efeitos positivos na cicatrização de feridas de segunda intenção.
Avaliação microbiológica de coberturas com sulfadiazina de prata a 1%, utilizadas em queimaduras	RAGONHA, A. C. O., FERREIRA, E., ANDRADE, D., ROSSI, L. A.	2005	Unidade de Queimados da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.	Estudo experimental <i>in vitro</i>	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Os resultados relacionados às medidas dos halos de inibição indicam que a atividade antimicrobiana da sulfadiazina de prata a 1% sobre as cepas estudadas foi mantida após terem sido submetidas às condições de preparo, manipulação e acondicionamento.
Uso da sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos	ABDALLA. S; DADALTI. P.	2003	Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária	Relato de caso	Anais Brasileiros de Dermatologia	Apesar da resposta satisfatória à terapêutica em questão, são necessários mais estudos comparativos entre a associação de sulfadiazina de prata com nitrato de cério e outros tratamentos tópicos durante a cicatrização tecidual no sentido de confirmar seus benefícios e elucidar seus mecanismos de ação
Curativos utilizados no tratamento de queimaduras: uma revisão integrativa	TAVARES, W. S, SILVA. R. S.	2015	Universidade Federal do Amapá	Revisão integrativa da literatura	Rev. bras. queimaduras	Resultado satisfatório sobre o processo cicatricial. Na maioria dos ensaios clínicos, utilizou-se sulfadiazina de prata como tratamento controle.
Análise do potencial bactericida e bacteriostático da sulfadiazina de prata	DIAS I. O. V., FONTANA G. H., RESENDE L. N.	2013	Universidade Comunitária da Região de Chapecó	Estudo experimental	Rev. bras. queimaduras	As concentrações de Sulfadiazina utilizadas no estudo de Prata a 1% foi manipulada (%): 1; 0,8; 0,6; 0,4; 0,2; 0,1 e 0,01. Necessita de mais estudos em relação aos resultados.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados de acordo com a temática: evidências na utilização da sulfadiazina de prata a 1% no tratamento de feridas e quanto sua ação antibacteriana.

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

No segundo trimestre do projeto, foram realizados os experimentos laboratoriais e análise dos dados.

A Figura 1, apresenta o resultado do experimento da atividade antibacteriana da sulfadiazina de prata sobre a bactéria *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 (FA) e da *Escherichia coli* ATCC (25922) (FB).



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A medida do halo é interpretada de acordo com dados do *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI, 2009).

SULFADIAZINA/TRIMETOPRIM(SULFAMETRIM) DISCO COM 25 ug (SZT 25)

LOTE: 2821SZT

FABRICAÇÃO: 10/19

VALIDADE: 10/21

TESTE QUALITATIVO

	Valor obtido	Valor Esperado
<i>Staphylococcus aureus</i> ATCC 25923	31,0 mm	(24 – 32 mm)
<i>Escherichia coli</i> ATCC 25922	31,0 mm	(24 – 32 mm)
Homogeneidade: de acordo	1,0 mm	≤ 2,5 mm

Tabela 1: Exemplo de limiares de diâmetro fornecidos pela *D.M.E.* que definem a sensibilidade dos antimicrobianos.

Fonte: <https://www.dme.ind.br/laudos-discos-de-antibiograma/>

5 | DISCUSSÃO

Estudos envolvendo SD-Ag são escassos nas bases de dados, os que encontram são antigos ou envolvendo apenas queimaduras. No Brasil não houve estudo semelhante recente (Fantozzi, 2009).

Em tese, os estudos são frágeis, há carência de trabalhos científicos a respeito do tema, dificultando a discussão dos dados.

Todavia, alguns estudos como Ragonha *et al.* (2005) apresentaram bons dados, apesar de menos expressivos que os apresentados nessa pesquisa, corroborando com as informações deste estudo.

A Figura 1, apresenta o resultado do experimento da atividade antibacteriana da sulfadiazina de prata a 1%. Como pode ser observado, formou-se um halo ao redor do disco impregnado por sulfadiazina de prata, sobre as bactérias *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 foi de 24mm, e sobre a bactéria *Escherichia coli* ATCC (25922) foi de 23mm. Segundo o “*Clinical and Laboratory Standards Institute*”, halos maiores de 22 mm para a Ag-SD significa atividade antibacteriana para *Staphylococcus aureus*, assim como halos acima de 21mm para a sulfadiazina de prata significa atividade antibacteriana para *Escherichia coli*. Dessa forma, os dados dessa pesquisa confirmam atividade antibacteriana sobre essas bactérias patogênicas. Quando comparado com outros estudos, foi possível a comprovação de resultados.

Para o desenvolvimento do experimento, utilizamos o método de disco-difusão, que é o mais utilizado no mundo e no Brasil, por possuir diversas vantagens como baixo custo, simplicidade, habilidade de testar grande número de organismos e flexibilidade de escolha do antimicrobiano a ser testado. Trata-se de uma prova *in vitro*, utilizando uma placa de Petri, no qual é aplicado um disco de papel de filtro impregnado com o antimicrobiano na superfície do ágar onde o microrganismo foi inoculado. Cada antimicrobiano forma um halo de inibição, que deve ser interpretado como agente antimicrobiano ou não (Costa, 2016).

Exemplos dos limiares de diâmetro são apresentados na Tabela 1. Tais limiares são definidos pelos órgãos internacionais *United States Food and Drug Administration* (FDA) e *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI, 2009). Estes órgãos normatizam os procedimentos clínicos, tabelas de conversões, controle de qualidade, preparo do inóculo, antimicrobianos a serem utilizados para cada microrganismo entre outras padronizações como as medidas dos halos que definem se o microrganismo estudado apresenta resistente, resistência intermediária ou sensibilidade ao produto testado. A medição do diâmetro dos halos é normalmente realizada por especialistas utilizando uma régua milimétrica (CLSI, 2009).

Em relação a atividade da sulfadiazina de prata a 1%, é mediada pela ação na membrana e na parede celular, promovendo e enfraquecimento dessas com consequente rompimento da célula. Como é relativamente insolúvel, reage lentamente com cloreto e

com componentes protéicos dos tecidos, formando cloreto de prata, complexos proteicos de prata e sulfadiazina de sódio. O mecanismo de liberação de íon da prata é complexo e lento, mas exerce efeito bacterístico. Essa liberação lenta de prata não causa rápida depleção de íon, cloreto como ocorre no uso de nitrato de prata, portanto, distúrbios eletrolíticos são minimizados (Coelho, 2010).

Assim, os resultados desta pesquisa em conjunto com a ação da prata sobre lesões podem contribuir para a utilização segura da sulfadiazina de prata a 1% por parte da equipe de Enfermagem no cuidado integral humano.

6 | CONCLUSÃO

O estudo indica que a Sulfadiazina de prata a 1% é uma substância benéfica, podendo ser utilizada pela equipe de Enfermagem na assistência integral humana para prevenção de infecções e regeneração da pele.

REFERÊNCIAS

1. ABDALLA, Simone.; DADALTI, Paula. **Uso da sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos**. Anais brasileiros de dermatologia, v. 78, n. 2, p. 227-233, 2003.
2. ATCC. **American Type Culture Collection**. Bacterial Quality Control Strains, 2017. Disponível em: <http://www.atcc.org/Products/Cells_and_Microorganisms/Bacteria.aspx>. Acesso em 7 março. 2021.
3. AZIZ, Zorlah; ABU, S. F.; CHONG, Nyuk. Jet. **A systematic review of silver-containing dressings and topical silver agents (used with dressings) for burn wounds**. Burns, v. 38, n. 3, p. 307-318, 2012.
4. COELHO, Julice Medeiros et al. **O efeito da sulfadiazina de prata, extrato de ipê-roxo e extrato de barbatimão na cicatrização de feridas cutâneas em ratos**. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós graduação e Desenvolvimento na Região. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 37, n. 1, p. 045-051, 2010.
5. CLSI. **Clinical and Laboratory Standards Institute**. Performance Standards for Antimicrobial Disk Susceptibility Tests; Approved Standard-tenth Edition M02-A10 29, 2019.
6. COSTA, L. F. R. **Sistema de automatização do antibiograma por disco-difusão em aplicação clínica e ambiental**. 2016. Dissertação (Mestrado de Pós graduação em Engenharia Biomédica) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
7. DIAS, Ilo Odilon Villa et al. **Análise do potencial bactericida e bacteriostático da sulfadiazina de prata**. Revista Brasileira de Queimaduras, v. 12, n. 4, p. 278-285, 2013.
8. FANTOZZI, Alessandra M. Marchi.; NOVAES et al. **Revisão 1**. Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, [S. l.], v. 7, n. 2, 2009. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/253>. Acesso em: 7 março. 2021.

9. PAULA, Francis Villegas Ferreira et al. **Sulfadiazina de prata versus medicamentos fitoterápicos: estudo comparativo dos efeitos no tratamento de queimaduras**. Revista Brasileira de Queimaduras, v. 12, n. 3, p. 132-139, 2013.
10. RAGONHA, Alessandra Cristina Olhan et al. **Avaliação microbiológica de coberturas com sulfadiazina de prata a 1%, utilizadas em queimaduras**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 514-521, 2005.
11. RIGO, Chiara et al. **Characterization and evaluation of silver release from four different dressings used in burns care**. Burns, v. 38, n. 8, p. 1131-1142, 2012.
12. TAVARES, Walter de Souza; SILVA, Raquel Souza da. **Curativos utilizados no tratamento de queimadura: uma revisão integrativa**. Revista Brasileira de Queimaduras, v. 14, n. 4, p. 300-306, 2015.

INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO NA PEDIATRIA E O PREPARO DA PELE

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 06/04/2021

Isis Rocha Bezerra

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/5091425218415236>

Carlos Eduardo Peres Sampaio

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro-RJ
<https://orcid.org/0000-0002-6770-7364>

Aline Oliveira da Costa e Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/0976039540588277>

Ariane da Silva Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/3728971215979088>

Leonardo dos Santos Pereira

Universidade Veiga de Almeida
Cabo Frio-RJ
<https://orcid.org/0000-0002-8679-474X>

RESUMO: Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) são uma das principais Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, tais complicações provocam danos físicos ao paciente, aumento do período de internação e reinternação, além de gerar maior custo hospitalar e aumento da morbimortalidade. Em crianças, essas infecções são grande ameaça para a vida, devido ao fato delas já possuírem

uma fragilidade imunológica. Algumas medidas profiláticas são tomadas para reduzir esses acontecimentos. O presente estudo realizado consiste em identificar tais medidas, suas relevâncias, bem como o preparo da pele para a prevenção de ISC. Existem diversas medidas de intervenção aplicáveis para a prevenção de ISC, no entanto, a literatura analisada aponta que dentre todas, aqueles referentes apenas ao preparo da pele apresentaram pequena redução nos índices de infecção, quando comparado aos outros tipos de medidas, como a administração profilática de antimicrobiano, visto que, mesmo com a assepsia do sítio cirúrgico ainda há casos de infecção e o grau de contaminação também é relevante. Por fim, concluiu-se que a utilização de um conjunto de medidas de prevenção mostra-se mais relevante à prevenção de infecção de sítio cirúrgico, em detrimento do uso de apenas uma medida. O tratamento e prevenção de infecções está altamente relacionado a enfermagem, uma vez que presta diversos cuidados que visam garantir e auxiliar o tratamento de lesões, bem como promover um ambiente favorável para que ocorra de maneira adequada e eficiente, a cicatrização. Portanto, o conhecimento das medidas de prevenção das ISC são fundamentais para o enfermeiro implementar as medidas profiláticas citadas de forma consciente e segura, qualificando sua assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção de Sítio Cirúrgico; Pediatria; e Enfermagem.

INFECTIONS OF THE SURGICAL SITE IN PEDIATRIC AND SKIN PREPARATION

ABSTRACT: Surgical Site Infections (SSI) are one of the main Health Care-Related Infections, such complications cause physical harm to the patient, increased hospitalization period and increased readmission rates, besides generating higher hospital cost and increased morbidity and mortality. In children, these infections are a major threat to life, due to the fact that they already have an immunological fragility. Some prophylactic measures are taken to reduce these events. The present study consists of identifying such measures, their relevance and those of skin preparation for the prevention of SSI. There are several intervention measures applicable to the prevention of SSI, however, the literature analyzed points out that among all, those referring only to skin preparation showed a small reduction in infection rates, when compared to other types of measures such as prophylactic administration of antimicrobials, since even with the asepsis of the surgical site there are still cases of infection and the degree of contamination is also relevant. Finally, it was concluded that the use of a set of prevention measures is more relevant to the prevention of surgical site infection, to the detriment of the use of only one measure. The treatment and prevention of infections is highly related to nursing, since it provides several cares aimed at ensuring and assisting the treatment of lesions, as well as promoting a favorable environment for healing to occur adequately and efficiently. Therefore, the knowledge of the prevention measures of SSI are fundamental for nurses to act in the implementation of prophylactic measures mentioned consciously and safely, qualifying their care.

KEYWORDS: Infection of the surgical site; Pediatrics; and nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A infecção é uma complicação frequente que contribui para as elevadas taxas de morbidade e mortalidade em situações de pós-operatório. No Brasil, as infecções pós-cirúrgicas representam umas das principais infecções relacionadas à assistência à saúde, com o percentual de 14% a 16%, entre as infecções que acometem pessoas hospitalizadas (ALECRIN, 2019; LEONCIO, 2019; DOS SANTOS, 2018).

A infecção hospitalar é definida pela entrada e desenvolvimento ou multiplicação de um agente infeccioso no organismo do homem, podendo se manifestar em até 30 dias após a alta hospitalar (SANTOS, 2018). E as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) são uma das principais Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (TAUFFER, 2019).

As infecções pós-cirúrgicas são indubitavelmente relevantes para a definição de agravos à saúde, contribuindo para uma maior hospitalização, aumento do custo de assistência e aumento das taxas de reinternação. Para as crianças, essas infecções atuam como um importante fator limitante para a vida, uma vez que elas possuem uma fragilidade imunológica, própria dos extremos da idade (LEONCIO, 2019; SANTOS, 2018).

Muitos são os fatores de risco para o desencadeamento de infecções pós-cirúrgicas, dentre elas, alguns são intrínsecos ao paciente, como idade, desnutrição, diabetes mellitus, doença renal crônica, obesidade, e outros são pertinentes ao próprio ato cirúrgico, como

procedimentos de longa duração e inadequação na administração da antibioticoprofilaxia (ALECRIN, 2019; VIEIRA, 2018). Da mesma maneira que fatores como o grau de contaminação da cirurgia, preparo adequado da pele, degermação da equipe cirúrgica, tricotomia e a administração de fármacos antimicrobianos no período perioperatório interferem diretamente na ocorrência de ISCs.

Então, a fim de reduzir a incidência das infecções de sítio cirúrgico, faz-se necessário implementar as seguintes medidas profiláticas: reduzir o número de pessoas dentro da sala de cirurgia, manutenção das portas das salas fechadas, uso profilático de antimicrobiano, preparo da pele do paciente com soluções antissépticas de ação residual, orientação do banho pré-operatório, degermação e paramentação adequadas de toda equipe cirúrgica (DE OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2017).

2 | OBJETIVO

Identificar as medidas profiláticas para infecções de sítio cirúrgico, suas relevâncias e as do preparo da pele para a prevenção de ISC.

3 | METODOLOGIA

Pesquisa bibliográfica, de revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa. Os critérios de inclusão definidos foram a disponibilidade do material na íntegra, em português e que possuísse relação com o objeto de pesquisa investigado. Ao final, 26 manuscritos e um manual permaneceram para composição do *corpus* de análise.

Sobre as obras pode-se inferir que os três manuscritos são originários de revistas multidisciplinares, discutiam a temática estudada e o manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. A multiplicidade de enfoque dos artigos gerou dificuldades de comparação dos produtos apresentados, porém como há coerência da metodologia com os objetivos e resultados particulares a cada um torna-se viável o entendimento dos conhecimentos comuns produzidos sobre a temática. Assim, através da análise dos números obtidos por cada pesquisa isoladamente, tem-se resultados relevantes para o direcionamento de ações em saúde mais eficazes.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As infecções de sítio cirúrgico permanecem muito relevantes na sua ocorrência devido fatores de risco variados, alguns são inerentes ao paciente e evidenciados na avaliação pré-operatória; o grau de contaminação da cirurgia, e outros tem relação com à equipe médica e de enfermagem através de procedimentos como: preparo adequado da pele do paciente, degermação da equipe cirúrgica, tricotomia e a administração de fármacos antimicrobianos no período perioperatório, dentre outros (DE OLIVEIRA, 2015).

As feridas cirúrgicas podem ser categorizadas como limpa (criada sob condições assépticas); colonizadas (a superfície da ferida apresenta microorganismos, porém não há relação clínica ou imunológica importante); contaminada (ferida ocasionada acidentalmente, permanecem abertas por tempo superior a 6 horas e cuja técnica asséptica não é utilizada); e infectada (infecção aparente no local da ferida, perfuração de vísceras e tecido desvitalizado) (ERCOLE et al., 2011; CARVALHO, 2014).

As feridas infectadas fazem parte de um grupo de lesões chamadas feridas complexas e são percebidas em fases agudas do processo. Essas feridas são consequências de uma abertura espontânea de suturas outrora executadas em cirurgias. Sua cicatrização se desenvolve de maneira espontânea em um período de três semanas, contudo de difícil resolução. As feridas cirúrgicas infectadas estão frequentemente interligadas com a interrupção de nutrientes sanguíneos (isquemia) ou a infecção de tecidos (COLTRO, 2010).

O paciente com ferida infectada apresenta pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre, dor, calor, edema ou eritema ao redor da incisão; presença de abscesso ou, no caso de tecidos profundos, evidência histopatológica ou radiológica sugestiva de infecção; e deiscência (RODRIGUES et al., 2013).

A hospitalização prolongada devido à ferida cirúrgica infectada intensifica as despesas com os serviços que a enfermagem presta, produtos para curativos, exames laboratoriais extras e antibióticos. O prolongamento no tratamento também possibilita um risco maior de infecção hospitalar, resultando em altos custos para os serviços de saúde e para os pacientes (IZAIAS et al., 2014).

Além disso, o tratamento das infecções demanda muito empenho da equipe de enfermagem, uma vez que são responsáveis pela realização de curativos, com objetivo de garantir e auxiliar o tratamento da lesão estabelecida e promover um ambiente favorável para que ocorra de maneira adequada e eficiente, o processo de cicatrização (VIEIRA, 2018).

O profissional de enfermagem deve se qualificar para tratar de pessoas com feridas, pois diversos e complexos são os procedimentos que envolvem o cuidado com a ferida cirúrgica. O enfermeiro deve fazer a limpeza da ferida de forma asséptica; se necessário, deve utilizar a técnica de desbridamento; classificar a ferida; identificar o agente causal; examinar a profundidade da ferida, forma e tamanho; averiguar a quantidade de exsudato; analisar a aparência; proporcionar o melhor ambiente para a recuperação desse paciente; avaliar o grau de contaminação; registrar a localização e as características da ferida (leito da ferida e as bordas). Ademais, é de fundamental importância propiciar a continuidade do tratamento, o qual está sendo aplicado no paciente e que, por sua vez, está sendo favorável para cicatrização da lesão (CARNEIRO et al., 2010).

Bem como o enfermeiro possui um papel fundamental para a prevenção desses eventos infecciosos, sendo relevante na detecção e vigilância de fatores de risco e de infecções pós-cirúrgicas, principalmente por vivenciar de forma integral nos cuidados com

o paciente pediátrico (BRAZ, 2018).

Além disso, a infecção da ferida cirúrgica é uma complicação que gera impacto negativo na imagem corporal dos indivíduos e na qualidade de vida, pois ocasiona sofrimento, dor e impraticabilidade das capacidades manuais básicas das pessoas. Ademais, gera um tempo maior na hospitalização, cuidados de maior complexidade, resulta em custos com medicação e com exames complementares, além de aumentar o tempo de enfermagem e o ritmo de trabalho (GARNICA et al, 2014).

Desse modo, há de se instituir medidas para sua prevenção, destacando-se: a higienização das mãos na técnica correta, esterilização dos materiais que serão utilizados na cirurgia e na ferida operatória e preparo da pele do paciente higienizando-a com Gluconato de Clorexidina Degermante a 2%, que deverá ser retirado com compressa estéril e água destilada, e aplicação da substância alcoólica de Clorexidina 0,5%, aguardando sua evaporação natural na pele o que irá garantir sua ação residual (RODRIGUES et al., 2013).

O tempo de internação, a presença de tecido desvitalizado, a microbiota do paciente, a técnica cirúrgica adotada, comorbidades (diabetes mellitus e obesidade) e o potencial de contaminação quanto ao grau de contaminação da cirurgia, contribuem para o aparecimento da infecção no sítio cirúrgico (AMARAL et al., 2013).

A respeito do tratamento de complicações como a infecção, a utilização de antimicrobianos é de grande valia para o tratamento das feridas crônicas, contudo há quatro características relevantes que devem ser consideradas na escolha do produto: 1) a toxicidade, já que a maioria dos agentes antimicrobianos, por serem inespecíficos, podem provocar efeitos colaterais; 2) a permeabilidade aos tecidos que deve ser baixa, considerando os efeitos sistêmicos das substâncias para a saúde; 3) microbiota residente – não deve provocar desequilíbrios, pois isto levaria a outras doenças decorrentes da proliferação de microrganismos oportunistas; 4) a retentividade – para que tenha o efeito desejado, a substância deve ser retida no local de ação e ser liberada lentamente (MARCATO et al., 2012).

A padronização de medidas preventivas no controle de infecções de sítio cirúrgico tem apresentando-se de grande importância para melhora e prognóstico dos pacientes cirúrgicos, por sua vez necessita de uma integração das equipes de saúde para a sua realização de forma plena e eficaz no alcance das propostas estabelecidas.

A realização de medidas preventivas para infecção de sítio cirúrgico mostra-se extremamente eficaz em minimizar os riscos de complicações e necessidades de maior tempo internados em unidades de terapia intensiva, além de aumentar em duas vezes os riscos de morte, e aumentar os riscos em até cinco vezes maior dos pacientes serem internados novamente para algum tipo de cuidado ou tratamento devido a infecção de sítio cirúrgico que gerou tal complicação (BERRIOS-TORRES SI, 2017).

Algumas recomendações para prevenção de infecção de sítio cirúrgico são descritas nas diretrizes do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), estando categorizadas

conforme o grau de evidência científica em: Categoria IA, Categoria IB, Categoria IC e Categoria II. Algumas medidas importantes devem ser adotadas como: antibioticoprofilaxia cirúrgica, controle glicêmico, normotermia, oxigenação do paciente, uso de antissépticos durante o banho antes da cirurgia com agentes antimicrobianos para redução da carga de agentes microbianos. A manutenção da normotermia e oxigenação adequada dos tecidos favorece a adequada cicatrização e reparação tecidual, mediante prevenção de vasoconstrição desenvolvidas na normotermia e hipóxia tecidual (LYNDSAY, 2018).

As medidas de intervenção a serem tomadas para interferir diretamente nos fatores de risco para ISCs são muito diversificadas, o que acaba dificultando o processo de prevenção. No entanto, dentre as medidas profiláticas de redução do número de pessoas dentro da sala de cirurgia, manutenção das portas das salas fechadas, uso profilático de antimicrobiano, preparo da pele do paciente com soluções antissépticas de ação residual, orientação do banho pré-operatório, degermação e paramentação adequadas de toda equipe cirúrgica, aquelas referentes apenas ao preparo da pele do paciente, apresentaram pequena redução nos índices de infecção quando comparado aos outros tipos de medidas como por exemplo a administração profilática de antimicrobiano, visto que, mesmo com a assepsia do sítio cirúrgico ainda há casos de infecção e o grau de contaminação também é relevante (RODRIGUES, 2012).

5 | CONCLUSÃO

Considerando que as ISC estão entre as principais infecções relacionadas à assistência à saúde, a ocorrência dessa complicação pode aumentar o tempo de internação e conseqüentemente os gastos, além de maior incidência de óbito e prejuízo ao paciente. Logo, recomenda-se que a implementação das medidas de prevenção como: administração de antimicrobiano, preparo da pele, a conduta correta da equipe cirúrgica e o banho pré-operatório, sejam imprescindíveis no cuidado ao paciente cirúrgico, bem como atualização dos profissionais e ciência da importância de tais práticas que são estabelecidas por órgãos de referência. Conclui-se que o uso de apenas uma medida de prevenção como por exemplo o cuidado da pele não apresenta relevância para a prevenção de ISC em cirurgias de alta complexidade, tendo em vista que as infecções possuem um fator agravante, as medidas de cuidados com a pele do paciente devem ser utilizadas de forma conjugada com as demais medidas de prevenção a fim de reduzir ao máximo o grau de contaminação.

6 | CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Baseada em seu conhecimento científico, a enfermagem avalia o paciente de forma integral, levando em conta suas variáveis clínicas e o ambiente, o que permite traçar estratégias para prestar cuidados efetivos ao paciente com infecções pós-cirurgia. Assim, o enfermeiro realiza ações de cuidados direto e indireto, proporcionando um ambiente

seguro e agradável para o paciente durante o período perioperatório, para, também, evitar infecções durante a internação (FERREIRA, 2019; JOAQUIM, 2020; MARTINS, 2017).

Então, considerando que a enfermagem realizará cuidados para bem estar do paciente, o conhecimento das medidas de prevenção das ISC são fundamentais para que o enfermeiro da área cirúrgica atue na implementação das medidas profiláticas citadas para qualificação da assistência em saúde ofertada a essa população.

REFERÊNCIAS

ALECRIN, I. N. et al. **Análise da frequência de infecção de ferida operatória de acordo com o tipo de assepsia e antisepsia no pré-operatório.** Revista Científica da FMC. v. 14, n. 1, 2019. Disponível em: <<http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/233/184>>. DOI 10.29184/1980-7813.rcfmc.233.vol.14.n1.2019.

AMARAL, A. M. et al. **Importância da proteção da mesa de instrumentais cirúrgicos na contaminação intraoperatória de cirurgias limpas.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], São Paulo, v. 2, p. 426-432, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100019&script=sci_arttext&tlng=pt>.

BERRIOS-TORRES S. I., et al. **Centers for Diseases control and prevention guideline for the prevention os surgical site infections,** 2017. JAMA Surgery. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28467526/>>.

BRAZ, N. J. **Infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas: uma análise do perfil epidemiológico.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018; v. 8: e:1793. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1793/1926>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1793>.

CARNEIRO, C. M. et al. **Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde.** Revista Enfermagem Integrada, Ipatinga: Unileste-MG, v. 3, n. 2, p. 494-505, nov.-dez. 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/03-tratamento-de-ferias-assistencia-de-enfermagem.pdf>.

CARVALHO, R. L. R. **Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em procedimentos gerais em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais – Um estudo de incidência,** 2014. 105 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CARVALHO, V. de. **Sobre a identidade profissional na Enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica.** Rev. bras. enferm. [online], Rio de Janeiro, v. 66, p. 24-32, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea03.pdf>>.

COLTRO, P. S. **Tratamento cirúrgico das feridas complexas: experiência da cirurgia plástica no Hospital das Clínicas da FMUSP.** RevMed, São Paulo, v. 89, n. 3/4, p. 153-157, jul.-dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46290/49946>>.

DOS SANTOS, C. A. et al. **Papel da enfermagem na prevenção de infecção do sítio cirúrgico em paciente submetido a artroplastia de quadril.** Revista Enfermagem em Evidência. São Paulo. v. 3, n. 1, p. 37-56, 2019. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/enfermagemem evidencia/sumario/83/18112019170402.pdf>.

DOS SANTOS, M. R. et al. **Fatores de risco e prevenção de infecção do sítio cirúrgico.** RGS 2018; v. 18, n. 1, p. 39-45. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/files/revista/file1697952adda1ba567e1b860228dc424f.pdf>>.

ERCOLE, F. F. et al. **Risco para infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], v. 19, n. 6, p. 1362-1368, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_12.pdf>.

FERREIRA, L. L. et al. **Nursing Care in Healthcare-Associated Infections: A Scoping Review.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 72, n. 2, p. 476-483, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200476&lng=en&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418>.

GONÇALVES, M. L. et al. **Pain in chronic leg ulcers.** J WOCN, EUA, v. 31, p. 275-83, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15867727>>.

IZAIAS, É. M. et al. **Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos.** Ciênc. saúde coletiva [online], Paraná, v. 19, n. 8, p. 3395-3402, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03395.pdf>>

JOAQUIM, F. L. et al. **Infecção do sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas: fatores que influenciam na prevenção e controle da infecção e as atribuições da Enfermagem; uma revisão integrativa.** Research, Society and Development. 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/342594603_Infeccao_do_sitio_cirurgico_em_cirurgias_cardiacas_fatores_que_influenciam_na_prevencao_e_controle_da_infeccao_e_as_atribuicoes_da_Enfermagem_uma_revisao_integrativa>.

LEONCIO, J. M. et al. **Impacto das infecções relacionadas à assistência à saúde nos custos da hospitalização de crianças.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 53, e:03486, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100460&lng=en&nrm=i>. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018016303486>.

LYNDAY L. **Update to the Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection (2017): A summary, review, and strategies for implementation.** American Journal of Infection Control. v. 46, n. 6, p. 602-609, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29525367/>>.

MARCATO P. D. et al. **Biogenic silver nanoparticles: antibacterial and cytotoxicity applied to textile fabrics.** Journal of Nano Research, Brasil, v. 20, p. 69-76, 2012. Disponível em: <<http://www.scientific.net/JNanoR.20.69>>.

MARTINS, T. et al. **Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 30, n. 1, p. 16-24, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100016&lng=en&nrm=iso>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700004>.

Ministério da Saúde. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Brasília, 2017. p. 127. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>

DE OLIVEIRA A. C., GAMA C. S. **Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica.** Rev Esc Enferm USP. v. 49, n. 5, p. 767-774 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0767.pdf

Rodrigues A. L., Simões M.L.P.B. **Incidência de infecção do sítio cirúrgico com o preparo pré-operatório utilizando iodopolividona 10% hidroalcoólica e clorexidina alcoólica 0,5%.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2012. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n6/04.pdf>

SANTOS, M. C. V. et al. **Significância clínica, epidemiológica e microbiológica das infecções hospitalares na UTI pediátrica do Hospital Regional de Cacoal.** Revista Eletrônica FACIMEDIT. 2018. Disponível em: < <http://repositorio.facimed.edu.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/79/Sousa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

SANTOS, V. L. C. G., SELLMER, D., MASSULO, M. M. E. **Confiabilidade interobservadores do pressureulcerscale for healing(push), em pacientes com úlceras crônicas de perna.** Rev Latino-am Enfermagem, v. 15, n. 3, mai.-jun. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a05.pdf>.

Tauffer J., et al. **Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em um hospital público de ensino.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12976>

VIEIRA, A. L. G. et al. **Curativos utilizados para prevenção de infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão integrativa.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 52, e:03393, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100807&lng=en&nrm=iso>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017011803393>.

CAPÍTULO 11

REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL EM JOÃO NEIVA

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 01/03/2021

Joyce Cáu

Acadêmica do Curso Enfermagem – UNESC
João Neiva – ES
<http://lattes.cnpq.br/4850095186216449>

Julia Tristão do Carmo Rocha

Professora do IFMT Campus Cuiabá
Cuiabá-MT
<http://lattes.cnpq.br/6899104555589459>

RESUMO: O principal objetivo é analisar os fatores pelos quais as gestantes residentes na área urbana do município de João Neiva - E.S, tem se ausentado das consultas e exames periódicos de pré-natal. A pesquisa teve sua gênese através do trabalho realizado pela equipe Estratégia de Saúde da Família e incluiu a análise dos dados encontrados no Sistema de Monitoramento e Avaliação do pré-natal, o SISPRENATAL. Trata-se de um projeto que visa identificar a quantidade de grávidas que iniciaram o pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de João Neiva no mês de fevereiro de 2018. Durante esse período, foi realizado acompanhamento das grávidas juntamente com as enfermeiras e Agentes Comunitárias de Saúde que realizavam as busca ativas das gestantes faltosas e eram explorados os motivos da irregularidade, dentre elas o uso de drogas lícitas e ilícitas, idade materna na adolescência, abuso sexual seguido de gravidez, visando solucionar e remarcar as consultas. As

referidas ações tem como resultado atendimento humanizado, com visão holística da situação, buscando a atenção integral, promoção da saúde e prevenção de agravos.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez, promoção da saúde, busca ativa, Estratégia de Saúde da Família.

PRENATAL CARE IN JOÃO NEIVA

ABSTRACT: The main objective is to analyze the factors by which pregnant women living in the urban area of João Neiva - E.S, have been absent from consultations and periodic prenatal examinations. The research had its genesis through the work carried out by the Family Health Strategy team and included the analysis of data found in the Monitoring and Evaluation System of prenatal care, SISPRENATAL. This is a project that aims to identify the number of pregnant women who started prenatal care in the Basic Health Units of João Neiva in February 2018. During this period, the pregnant women and Community Agents were followed up Health professionals who performed active searches for pregnant women who were absent and explored the reasons for the irregularity, among them the use of legal and illegal drugs, maternal age in adolescence, sexual abuse followed by pregnancy, in order to resolve and reschedule consultations. These actions result in humanized service, with a holistic view of the situation, seeking comprehensive care, health promotion and disease prevention.

KEYWORDS: Pregnancy, health promotion, active search, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O pré-natal tem como objetivo acompanhar as condições de saúde da gestante e do feto através da equipe médica de uma Unidade de Saúde. Para identificar, prevenir e tratar doenças que podem trazer prejuízos a saúde da gestante ou do feto, durante a gestação são realizados exames laboratoriais e o uso do medicamento Ácido Fólico. É importante que as gestantes iniciem seu pré-natal assim que tiverem a gravidez confirmada, ou antes de completarem três meses de gestação, como é preconizado dentre os 10 passos para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica, ou seja, captação precoce.

O cuidado pré-natal deve ter início precoce, ser realizado de forma periódica e com atenção a um quantitativo mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia, da quantidade de consultas realizadas e do comprometimento da gestante com as orientações recebidas. Uma atenção qualificada assegura o fim da gestação e o nascimento de uma criança saudável, garantindo o bem estar materno e neonatal.

No Brasil, foi adotado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em 2000, assegurando a melhoria do acesso e da qualidade da assistência do pré-natal, parto, puerpério e recém-nascidos.

Apesar desta melhoria, parte da população alvo ainda não recebe esse serviço. Na cidade de João Neiva – E.S, foram identificados fatores nos quais algumas gestantes residentes na área urbana realizam acompanhamento irregular do pré-natal, dentre eles os fatores sócio econômicos, a não aceitação da gestação, mulheres múltiparas, violência sexual seguida de gravidez, pela maternidade ainda na adolescência e falta de apoio familiar, gestantes que fazem o uso de drogas ou álcool na gravidez e experiências negativas no atendimento.

Considerando a relevância do tema para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal no município, estado e em todo país através do esforço coletivo, foi realizado o estudo para melhor capacitação dos profissionais que atendem a gestante na Unidade Básica de Saúde.

HISTÓRIA DO PRÉ-NATAL

No Brasil, a proteção da saúde materno-infantil teve seu marco principal na década de 1920, utilizando como referência a reforma sanitária de Carlos Chagas. No ano de 1953 ocorreu a criação do Ministério da Saúde, que coordenou, no território nacional, a assistência materno-infantil. Na década de 1970, por meio do documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que estabelecia programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, estímulo ao aleitamento materno e à nutrição, a atenção à saúde da mulher é retomada. Em 1975, surge o Programa de Saúde Materno-

Infantil (PSMI) tendo como diretrizes a nutrição do grupo infantil em relação às mulheres; o alvo eram as gestantes, parturientes, puérperas e as mulheres em idade fértil. O Ministério da Saúde, em 1978, cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, preocupado em prevenir as gestações de alto risco (NAGAHAMA E SANTIAGO, 2005).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém nascido e à mãe no período pós-parto.

Objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais, sendo que o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória que teve como primazia a coleta de dados de 62 gestantes acompanhadas pelas Unidades Básicas de Saúde atendidas pelo Programa Estratégia de Saúde da Família e por demanda espontânea, residentes na área urbana do município de João Neiva- ES, que tem população de cerca de 17.000 habitantes. O acompanhamento foi realizado no período do mês de fevereiro de 2018 através do sistema de informações SISPRENATAL e conhecendo as busca ativas realizadas.

Atualmente, as gestantes são captadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde ou por demanda espontânea de atendimento na unidade de saúde, onde toda mulher com história de atraso menstrual de mais de 15 dias, é acolhida pela enfermeira que faz o atendimento inicial e agenda a consulta com o médico da Unidade Básica de Saúde que solicita a confirmação por exame de sangue (dosagem de beta-hCG).

Após a realização do exame, caso seja confirmada a gravidez, a paciente é acolhida novamente pela enfermeira, posteriormente passa para atendimento com o clínico geral, no qual é feito o preenchimento do cartão da gestante que será a forma de integração da mulher com todos os serviços do Sistema Único de Saúde. Também nesse período inicia-se

o uso de medicamento Acido Fólico e rotina de exames do trimestre, recebendo orientação para a paciente retornar a Unidade de Saúde após resultados dos exames.

Através da verificação de agendamentos das consultas de pré-natal, buscava-se apurar semanalmente a quantidade de gestantes que não compareciam à consulta. E através da inspeção de prontuários, tinha como objetivo identificar o perfil da gestante faltosa com relação à existência de gestação de risco, número de consultas já realizadas durante o pré-natal e o número de gestações (anterior e atual) e idade da gestante. As busca ativas eram realizadas sempre no início das semanas através do contato por telefone indicado pela paciente no agendamento da consulta ou visita particular em sua residência através da Agente Comunitária de Saúde ou enfermeira responsável. Quando estabelecido o contato com a gestante, as informações eram colhidas por meio de entrevistas abertas, onde eram estimuladas com relatos de forma livre, utilizando a seguinte questão: “conte-me os motivos nos quais te levaram a se ausentar nesta consulta de pré-natal”? As entrevistas foram transcritas logo após a sua realização para análise de dados concomitante com o trabalho de campo. As consultas eram reagendadas pela Estratégia de Saúde da Família.

Para promover esse acompanhamento, a assistência pré-natal deve proporcionar atendimento de acordo com as necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda população-alvo da área de abrangência da Unidade de Saúde, assegurando minimamente seis consultas de pré-natal e continuidade no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal. (BRASIL, 2013).

As atribuições dos profissionais são de grande valia em todo o processo, dentre estes pode-se destacar o mapeamento da área de atuação da equipe, a territorialização, identificação das gestantes, atualização contínua de informações nos prontuários, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos para dar prosseguimento ao acompanhamento em saúde, no âmbito da atenção primária, secundária, terciária e encaminhamentos que se fizerem necessários.

RESULTADOS

Durante a realização da pesquisa foi possível notar que através das busca ativas, observa-se que grande parte das gestantes são multíparas, a vida sexual foi iniciada

precocemente e com condições socioeconômicas precárias, como a baixa renda familiar e escolaridade. Identifica-se que dentre as pacientes estudadas, o histórico de método contraceptivo baseava-se no uso de anticoncepcional inadequado e uso de preservativo masculino irregularmente. Além disso, grande número de gestantes acompanhadas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família não haviam planejado a gravidez, ocasionando a não aceitação da gravidez e muitas vezes lhe faltam o apoio do companheiro ou familiar.

Dentre os outros fatores, foram identificadas gestantes que abandonaram o acompanhamento por experiências negativas no atendimento, gestantes que utilizam álcool ou drogas e não aceitam ajuda, pela maternidade ainda na adolescência, violência sexual seguida de gravidez.

Idade	Quantidade
De 16 anos à 20 anos	16 gestantes
De 21 anos à 25 anos	16 gestantes
De 26 anos à 30 anos	12 gestantes
De 31 anos à 35 anos	10 gestantes
De 36 anos à 40 anos	05 gestantes
De 41 anos à 45 anos	03 gestantes

Tabela 1: Idade das gestantes. João Neiva – ES, 2018.

Fonte: Elaboração própria.

Analisando a tabela 1, pode-se observar que no município de João Neiva a faixa etária de gestantes entre a adolescência e a juventude se sobressai em comparação à faixa etária adulta. E, considerando que após os 36 anos a quantidade de grávidas decai significativamente.

Bairro	Quantidade
Crubixá	10 gestantes
Floresta	08 gestantes
Cristal	08 gestantes
Centro	08 gestantes
Cohab	07 gestantes
Cruzeiro	05 gestantes
Bairro de Fátima	04 gestantes
São Brás	03 gestantes
Santa Luzia	03 gestantes
São Carlos I	02 gestantes

Ribeirão de Cima	02 gestantes
Mundo Novo	01 gestante
Nossa Senhora da Penha	01 gestante

Tabela 2. Bairro onde residem. João Neiva – ES, 2018.

Fonte: Elaboração própria.

Com base na tabela 2, é possível verificar que nos bairros onde há maior índice de vulnerabilidade social encontram-se a maior quantidade de gestantes.

Trimestre	Quantidade
Primeiro trimestre	15 gestantes
Segundo trimestre	28 gestantes
Terceiro trimestre	19 gestantes

Tabela 3. Idade gestacional trimestral. João Neiva – ES, 2018.

Fonte: Elaboração própria.

No período de pesquisa o tempo gestacional predominante entre as gestantes cadastradas situavam-se no segundo trimestre.

DISCUSSÃO

Fatores socioeconômicos como a baixa renda familiar e escolaridade

A baixa inserção no mercado de trabalho e a impossibilidade de dividir o sustento familiar com o companheiro pode comprometer a qualidade de vida da mãe, do bebê e dos outros familiares.

A gravidez, o parto e o nascimento, além de serem influenciados pela organização e pelas práticas dos serviços de saúde, associam-se a fatores socioeconômicos e demográficos, tais como: escolaridade, trabalho, renda, situação conjugal, idade e raça.

Um maior grau de instrução e a melhor condição socioeconômica permitem às pessoas um melhor entendimento as informações que envolvem sua saúde e a correta utilização dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

Pela maternidade na adolescência e a falta de apoio familiar

A falta ou a inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos referentes às especificidades da adolescência, o baixo acesso aos serviços de saúde e a falta de comunicação com os pais são aspectos relevantes no contexto da

gravidez. O início cada vez mais precoce da puberdade e o decréscimo da idade da primeira menstruação são fatores que estão favorecendo o começo prematuro da idade reprodutiva de adolescentes, assim como a erotização precoce.

É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce das gestantes adolescentes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal “diferenciada”, realizada por profissionais sensibilizados em relação às suas condições específicas. É preciso estar atento às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais. Entretanto, quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral.

A gestante faz uso de álcool ou drogas na gravidez

O uso de álcool e outras drogas continua sendo um grande problema de saúde pública no Brasil, e especialmente no período da gestação esse problema ganha mais importância, porque a exposição dessas pacientes às drogas pode levar ao comprometimento do feto.

O uso de substâncias nocivas à saúde no período gravídico-puerperal, como drogas lícitas e ilícitas, deve ser investigado, desestimulado e a gestante precisa receber acompanhamento específico do serviço público de saúde.

Após a identificação da gestante usuária de substâncias ilícitas é recomendada uma abordagem mais completa e individualizada. Inicialmente, devem ser estimadas as seguintes características para cada uma das drogas envolvidas: quantidade, dose, via de administração e tentativa(s) prévia(s) de interrupção do consumo. Vale destacar que o uso dessas substâncias podem ocasionar crescimento fetal restrito, aborto, parto prematuro, natimorto, deficiências cognitivas no conceito, entre outros.

O alcoolismo pode ser diagnosticado durante a gestação devido ao despreparo dos profissionais de Saúde na investigação de queixas e sintomas, como também pelo constrangimento da gestante em relatar o uso da bebida alcoólica.

De acordo com o Ministério da Saúde, o uso de álcool e/ou cigarro pelas gestantes deve ser rigorosamente desencorajado, considerando que não se tem conhecimento dos níveis seguros de consumo de tais substâncias durante o período gestacional. (BRASIL, 2006).

O uso de drogas pode tornar o bebê um dependente químico sem ao menos ter a opção de escolha, pois tudo que a gestante ingere, entra em contato com o bebê, seja pela placenta ou pela corrente sanguínea. Mesmo que alguns bebês nasçam com a aparência física sem anomalias, os efeitos podem surgir ao longo do desenvolvimento da criança, como sintomas comportamentais, dificuldades no aprendizado e de atenção.

Pela não aceitação da gestação

A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, as quais podem refletir

diretamente em sua saúde mental.

Dentre as alterações que influenciam diretamente no estado emocional das gestantes, pode-se destacar a depressão gestacional que ainda é muito negligenciada, pois a maioria dos estudos científicos foca-se mais na depressão pós-parto, porém já é sabido que a depressão pós-parto pode ser muitas vezes, uma continuação da depressão gestacional.

O pré-natal é um processo que deve valorizar a participação da mulher e é importante oferecer informações sobre as modificações do corpo, o que acontece durante a gravidez e na hora do parto, e identificar a necessidade de apoio emocional e terapêutico. Esses números chamam a atenção para importância de se abordar esse tema nas consultas pré-natais e promover ações de apoio às gestantes, já que o acolhimento da mãe é fundamental para construção de vínculo com a criança e para diminuir os riscos de depressão pós-parto.

Pelas experiências negativas no atendimento

Para se obter um plano de cuidado resolutivo, é importante buscar a concordância entre os sujeitos dessa relação no que se refere aos objetivos da atenção, às prioridades, à natureza dos problemas e às responsabilidades (do profissional e da pessoa sob atenção). Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber o que e como dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada. De igual forma, a aptidão de escutar o outro pressupõe a capacidade de silenciar. Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos. A escuta atenta e livre auxiliará o estabelecimento da confiança, que é necessária para o vínculo (RESSÉGUIER, 1988).

Outra habilidade importante a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade das outras pessoas, valorizando a pessoa como um todo, em seu contexto de vida, o que inclui considerar aspectos que envolvem família, trabalho, crenças, dificuldades e potencialidades.

Mulheres múltiparas

Com o passar dos anos, a família sofreu mudanças significativas em sua composição. Apesar de uma considerada redução da composição familiar pela queda dos índices de natalidade, o fenômeno da multiparidade permanece sendo merecedor de atenção em algumas regiões.

As mulheres múltiparas tendem a não realizar pré-natal, sobretudo aquelas com falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimento e concepções de descrédito.

O entendimento do fenômeno da multiparidade evidenciado inclui, entre outras, a questão da desigualdade de poder de gênero e a redução do potencial da autonomia das mulheres para organizarem suas vidas, como também à fatores relacionados a questões culturais e religiosas. (PRATES E ABIBI, 2008).

Violência sexual seguida de gravidez

No ano de 1998, o Ministério da Saúde do Brasil padronizou o atendimento multidisciplinar para as vítimas de violência sexual por meio de Norma Técnica. Nas primeiras 72 horas após a violência, o atendimento emergencial acolhe e faz a administração de anticoncepção de emergência e a profilaxia para as DST, doenças bacterianas e virais. Grande parte das mulheres que recorrem aos serviços de saúde para o atendimento de emergência nas primeiras horas após a violência não engravida, dada a alta taxa de eficácia da anticoncepção de emergência. Entretanto, para as falhas da anticoncepção de emergência e para mulheres que não procuram o atendimento emergencial, a gestação indesejada pode ocorrer. (BRASIL, 2012).

Percebe-se com base nos relatos a intensidade de sensações disfuncionais vividas pelas mulheres, permeadas por vergonha, raiva, medo, insegurança, entre outras, que se ampliam com o diagnóstico da gravidez e despertam reações ainda mais prejudiciais, como a vontade de morrer. Tais efeitos na esfera emocional são conhecidos em se tratando de ocorrência de violência sexual na vida das vítimas. Em geral, a vítima apresenta-se fragilizada, podendo desenvolver quadros mais severos como de ansiedade, depressão, dificuldade de estabelecer relações interpessoais tendendo ao isolamento social e alto risco para o consumo de álcool e drogas, entre outros. Quanto à gravidez, para muitas mulheres configura-se como uma situação inimaginável e inesperada dentre as consequências possíveis da violência sexual e quando acontece, desperta sentimentos de desespero e angústia.

Segue-se então um período difícil quando, muitas vezes, a usuária busca no profissional de saúde o apoio que não pode contar por parte da família e da sociedade tanto por questões de opção da vítima de não envolver essas pessoas, mas também a fim de evitar possíveis julgamentos, crenças/credos de pessoas externas.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise dos fatores relacionados à irregularidade no comparecimento de algumas gestantes na consulta de pré-natal em João Neiva-ES que residem na área urbana e são localizadas através das busca ativas para a remarcação de consulta.

Sabe-se que o pré-natal é de extrema importância, pois através dele é possível acompanhar toda a gestação e detectar problemas se existentes; mas ele também é um momento em que a mulher tem a possibilidade de aprender sobre si e sobre a sua criança.

Os fatores de risco encontrados devem ser considerados no planejamento de ações para a inclusão das mulheres no pré-natal, tanto pela gestão central quanto pelas equipes de saúde. A multiparidade, a violência sexual seguida de gravidez, as experiências negativas do atendimento, a não aceitação da gestação, o uso de álcool e drogas na gravidez, a baixa

escolaridade, falta de apoio familiar, maternidade na adolescência e falta de apoio dos pais são aspectos de risco na comunidade e podem ser considerados o ponto inicial desse processo. É necessário ainda integrar as atividades entre programas locais que atuam sobre o grupo materno-infantil para a busca constante das gestantes sem atendimento, principalmente nos bairros Crubixá, Floresta, Cristal, Centro e Cohab onde há maior índice de vulnerabilidade social e encontram-se a maior quantidade de gestantes.

Para considerar a mulher como sujeito singular e de direitos, durante o atendimento de pré-natal e parto, é necessário que se valorize suas vivências e como elas percebem a experiência de serem cuidadas pelos serviços de saúde que oferecem essa assistência. Vários fatores evidenciam-se como contribuintes para uma boa experiência das gestantes que procuram os serviços de saúde, tais como: a participação de um acompanhante em todo o processo; a disponibilidade de exames e consultas; o recebimento de informações claras e seguras sobre o estado de saúde; o respeito à singularidade de cada gestante e aos seus aspectos culturais e subjetivos; a disponibilidade de serviços de atendimento em caso de complicações no parto e o acolhimento nas maternidades.

Dada à importância do assunto, torna-se necessário o desenvolvimento de formas de agilizar as busca ativas através da tabulação de dados semanalmente do percentual de gestantes que não compareceram ao pré-natal e explorar os motivos que levaram a essa ausência, permitindo as Agentes Comunitárias de Saúde a realizarem seu trabalho de forma mais rápida e eficiente. Além disso, diminui o tempo de espera das gestantes para a remarcação de consultas e acompanhamento médico, motivando as duas partes envolvidas nesse processo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto.** Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 3ª Ed. Brasília, 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

PRATES CS, ABIBI GMC, Oliveira DLLC. **Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivências de múltiparas.** *Rev Gaúcha Enferm*, 2008.

RESSÉGUIER, Jean-Paul. **A noção de escuta e a harmonização do corpo sensível.** dez 1988.

CAPÍTULO 12

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NAS PARADAS CÁRDIORRESPIRATÓRIAS EM PEDIATRIA

Data de aceite: 20/04/2021

Maria Laura Beatriz Nascimento Cardoso

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/6848367179822531>

Julia Gabriela Marinho da Silva

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/3920030179009890>

Stefany Valery Gomes dos Santos

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/2640766281678975>

Lara Rayane Santos Silva

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/4683696388511075>

Lais Alves Rodrigues

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/6990303313358506>

Luana Ruthiele Chagas Lucena

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/3248179464384359>

Layanne Nayara Silva

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/0423322009257689>

Nyedja Manuely Jácome Evangelista dos Santos

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/0277532197068322>

Raissa dos Santos Vasconcelos

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/2284752060216733>

Larissa Stefanni Silvano de Miranda

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/7304885928822949>

Grayce Lacerda Sales

Centro Universitário Vale do Ipojuca
Caruaru – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/9129947869738996>

RESUMO: A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência perigosa que implica em risco de morte ao paciente, caracterizando-se pela interrupção súbita dos batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e perda imediata da consciência, especialmente na pediatria, os danos decorrentes desse evento são extremamente críticos. Trata-se de uma abordagem de caráter exploratório e descritivo cujo objetivo é compreender a atuação da equipe de enfermagem e em especial do profissional enfermeiro nas abordagens de PCR na pediatria. Pode-se observar a partir desta pesquisa que as taxas de sobrevivência de uma PCR pediátrica variam de acordo com a assistência prestada inicialmente, o tipo de ritmo cardíaco

apresentado e o local onde ocorreu, a parada intra-hospitalar tende a um maior índice de sobrevivência se comparado a extra-hospitalar, para evitar tal quadro, a equipe de enfermagem deve atentar para prevenir as doenças e os processos que resultem em uma PCR pediátrica, identificando e tratando previamente. Portanto, toda a equipe deve estar em constante busca por conhecimento e capacitação nos protocolos adequados a cada faixa etária dessa fase da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Pediatria, Enfermagem e Parada cardiorrespiratória.

NURSING PERFORMANCE AT PEDIATRIC CARDIORESPIRATORY STOPS

ABSTRACT: Cardiorespiratory arrest (CRA) is a dangerous occurrence that implies the risk of death to the patient, characterized by the sudden interruption of heartbeat, respiratory movements, and immediate loss of consciousness, especially in pediatrics, the damage resulting from this event is highly critical. This is an exploratory and descriptive approach whose objective is to understand the performance of the nursing team, especially the professional nurse, in the approaches of CA in pediatrics. It can be seen from this research that the survival rates of a pediatric cardiac arrest vary according to the assistance given initially, the type of heart rhythm presented, and the place where it occurred. In-hospital arrest tends to have a higher survival rate when compared to out-of-hospital arrest. Therefore, the entire team must be in constant search of knowledge and training in the appropriate protocols for each age group in this phase of life.

KEYWORDS: Pediatrics, nursing and cardiorespiratory arrest.

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é um acometimento perigoso, que implica risco iminente de morte ao paciente. Tem como conceito básico a interrupção súbita dos batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e perda imediata da consciência. Na pediatria essa intercorrência é uma das mais graves, tende a ocorrer por progressão do choque, insuficiência respiratória, acidose, hipoxemia, entre outros. A PCR pode acontecer em ambiente extra-hospitalar ou intra-hospitalar. (ASSUNÇÃO, 2005).

Os profissionais de enfermagem, geralmente, são os primeiros a identificar uma PCR, tendo em vista seu contato rotineiro e contínuo com o paciente pediátrico, e, portanto quando identificado inicia-se as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), a PCR estende-se a vários domínios: habilidades psicomotoras, aspectos cognitivos, funcionamento de equipe e aspectos emocionais relacionados à equipe e à família. É de suma importância que o enfermeiro tenha conhecimento científico e prático necessário para realização do atendimento, garantindo assim com êxito a reversão do quadro e minimização dos riscos para a criança. (BERTOGLIO *et al.*, 2008).

A ressuscitação cardiopulmonar, tem como objetivo a promoção da circulação do sangue oxigenado para o coração, cérebro e demais órgãos vitais. O tempo é extremamente importante, e cada segundo compromete a sobrevivência do paciente e aumenta as chances de

sequelas. A maioria dos casos fora do ambiente hospitalar requer um intervenção muito iminente e ainda assim esses paciente tem uma maior probabilidade de não chegar com vida ao hospital, e os que chegam só conseguem mediante o atendimento eficaz. (GONZALEZ *et al*, 2013).

Para identificar se o paciente está em uma parada cardiorespiratória deve-se perceber a ausência da pulsação em grandes artérias identificado pela palpação do pulso central, e/ou ausência de respiração e consciência, o não reconhecimento precoce pode implicar em riscos graves ao paciente e óbito. Diante disso devemos destacar que é essencial que os profissionais de enfermagem estejam atualizados, e ter habilidade técnica para atuar mediante essa situação, vale ressaltar que o bom trabalho em equipe soma positivamente na assistência prestada. O enfermeiro como líder da equipe deve ser treinado e capacitado para agir com competência frente à gravidade de cada caso abordado na emergência. (BELLAN *et al.*, 2010).

OBJETIVO

O objetivo do trabalho é enfatizar a importância do enfermeiro na situação de parada cardiorespiratória de um paciente pediátrico e a necessidade de o mesmo ter conhecimento e habilidade para realizar o atendimento a estes paciente que estão em PCR, salientando a assistência no intra e extra-hospitalar levando em consideração os diferentes cenários clínicos, etiologia e ritmo cardíaco.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter exploratório e descritivo, a mesma possui o propósito de compreender a maneira estruturada, a aproximação e a análise dos resultados de pesquisas científicas publicadas relativamente seguindo a temática abordada. A análise nas bases bibliográficas foi realizada no período compreendido de Fevereiro a Março de 2021. Como critérios de inclusão utilizou-se a busca de estudos disponibilizados na língua portuguesa, que tinha o texto completo, com publicação nos últimos sete anos. Optou-se por excluir os artigos que não retratassem a temática do estudo e teses.

Foram utilizados para a pesquisa artigos indexados às bases de dados Scientific Eletronic, Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) através do campo de interação Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de acordo com a temática proposta, fazendo uso dos seguintes descritores em ciências da saúde (DeCs): Pediatria, Enfermagem e Parada cardiorrespiratória, empregados no operador booleano “and” em todas as combinações disponíveis.

A princípio foram encontrados 14 artigos, os quais foram considerados os títulos

e seus referentes resumos. Os que não se enquadravam nos critérios de inclusão foram retirados da pesquisa, restando 7 artigos que foram utilizados para constituir a revisão.

RESULTADOS

Foi analisada a importância do papel do enfermeiro no sucesso da reanimação cardiopulmonar, uma vez que a identificação da parada cardiorrespiratória com checagem de pulso, respiração e nível de consciência, na maioria das vezes o início do atendimento é realizado pela equipe de enfermagem, necessitando ter conhecimento técnico e estar atualizado, bem como exercício prático hábil, iniciando assim uma assistência rápida, segura e eficiente para obter sucesso no atendimento, iniciando as manobras de massagem cardíaca e ventilação, seguindo a sequência de C – circulação, A – abertura de vias aéreas, B – respiração e D – desfibrilador automático externo. (SILVA *et al.*, 2016)

As taxas de sobrevivência de uma PCR pediátrica variam de acordo com a assistência inicial prestada, o tipo de ritmo cardíaco apresentado e o local onde ocorreu, a parada intra-hospitalar tem maior índice de sobrevida se comparado a extra-hospitalar, porém ainda há uma grande quantidade de crianças que não conseguem sobreviver a tal acometimento, para evitar tal quadro, a equipe de enfermagem deve atentar para prevenir as doenças e os processos que resultem em uma PCR, identificando e tratando previamente. (FAGUNDES *et al.*, 2017)

É de suma importância que a equipe esteja alinhada com as recomendações da American Heart Association sobre as abordagens da ressuscitação cardiopulmonar nas diferentes faixas etárias pediátrica acerca da técnica correta, posicionamento do socorrista para realização das compressões, em crianças menores de 1 ano as compressões torácicas são feitas colocando os dois dedos sobre o tórax, maiores de 1 ano até 12 realizar compressões torácicas com a região tenar da mão, e a partir dos 12 anos são realizadas compressões torácicas com as duas mãos; se estiver sem via aérea avançada a relação compressão-ventilação é de 15:2, com via aérea avançada faz compressões contínuas 100 a 120 compressões por minuto e ventilação a cada 2 a 3 segundos. (SILVA *et al.*, 2016; AHA, 2020)

Nesse cenário, considera-se que a constante atualização do conhecimento dos enfermeiros se faz primordial, pois como líder da equipe deve ter conhecimento técnico-científico, deve estar atualizado com a literatura vigente e desenvolver habilidades para poder atuar nas diversas situações inesperadas em seu cotidiano de trabalho. Cabe, portanto, a equipe de enfermagem a responsabilidade dos cuidados ao paciente crítico, monitorização constante dos sinais vitais dos paciente, a vigilância contínua do paciente, manter-se atualizado e realizar procedimentos terapêuticos complementares à prática médica. Realizar os cuidados após o retorno da circulação espontânea do paciente e nas piores perspectivas os cuidados pós-morte ao corpo do paciente. (SILVA *et al.*, 2016)

Os cuidados pós-parada são essenciais para que o paciente permaneça estabilizado após o retorno da circulação espontânea, a vigilância contínua da condição hemodinâmica do paciente, avaliação dos sinais vitais tendo em vista que, diante das complicações, o paciente pode desestabilizar muito rápido e piorar o prognóstico. Portanto, deve-se manter alta vigilância, monitoração constante do traçados eletrocardiográfico e análises dos parâmetros para se anteciper a alguma instabilidade. Dentro desse contexto, para garantir um atendimento eficiente, é importante que toda a equipe de enfermagem e multiprofissional, mantenha a calma diante do problema e desenvolva as atividades de forma coordenada, e manter os materiais e equipamentos necessários prontos para atender a demanda do paciente. (SILVA *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento científico e prático do enfermeiro é fundamental para atender as crianças em risco ou em PCR, um ágil atendimento, através da organização da equipe e da realização adequada de todos os procedimentos e protocolos necessários são capazes na sua maioria de reverter o quadro e minimizar os danos. O profissional deve ficar atento ao paciente para que caso ocorra qualquer intercorrência ele esteja com todo o suporte para intervir de forma rápida e com mais chances de reverter à situação.

Os danos que poderão acometer um paciente pediátrico vítima de PCR são severos, e podem comprometer funções básicas de vida, por tanto deve-se ter uma equipe bem preparar e orientada a prezar pelos seus domínios e habilidades a frente de um caso de parada cardiorrespiratória para se obter sucesso e controle sob aquele paciente. Portanto é de suma importância que a equipe esteja bem estruturada e sincronizada para dar o suporte necessário a pacientes vítimas de uma parada cardiorrespiratória.

REFERÊNCIAS

American Heart Association. **Destaques das diretrizes de RCP e ACE 2020**, 2020.

ASSUNÇÃO, R.C. **Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná**. 2005. 12f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BELLAN, M.C; ARAUJO, I.I.M; ARAUJO, S. **Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória**. Rev. Bras Enferm. Brasília. 2010;63(6):1019-27.

BERTOGLIO, V.M. *et al.* **Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros**. Rev. Gaúcha Enferm., v.29, n.3, p.454-460.

FAGUNDES, A. O. *et al.* **A Atuação do enfermeiro na parada cardiorrespiratória em pediatria: uma revisão de literatura**. Anais do I Simpósio Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico – 17 e 18 de novembro de 2017.

GONZALEZ, M. M. *et al.* “**1 Diretriz de Ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**”. In Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 101, Agosto,2013.

SILVA, K. C. B. *et al.* **Conhecimento de enfermagem na parada cardiorrespiratória em crianças.** Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, v. 14, n. 1, p. 87-94, 2016.

CAPÍTULO 13

INTOLERÂNCIA A LACTOSE CONGÊNITA

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 23/03/2021

Maria Camila Alves Rodrigues

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/5358336481717113>

Amanda Karoliny Barbosa Sousa

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/5727294568115978>

Bárbara Izadora Oliveira

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/4590758055289128>

Bruna Alves Duarte

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/9799928764769653>

Cristina Pacheco Coelho

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/7506657125511379>

Karina Aparecida Silva Duarte

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/8539153641017661>

Karina Rufino Fernandes

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/9893859040931516>

Karolanda Menezes Vieira

Faculdade Única de Ipatinga
Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/2405471346432049>

RESUMO: A intolerância congênita à lactose é uma deficiência de herança genética, que ocorre em recém-nascidos nos primeiros dias de vida após a deglutição da lactose. Com a diminuição ou até mesmo quando há ausência desta enzima, o ser humano pode demonstrar diferentes manifestações como, por exemplo, modificações de pressão abdominal, cólicas, flatulência e diarreia. No presente trabalho foi verificado que a intolerância a lactose é muito comum na população em todas as faixas etárias, porém seu agravamento aparece na idade adulta, devido à perda da função gradativa da enzima que degrada a lactose. Isso acontece devido esta enzima, presente e ativa no período de amamentação em mamífero, iniciar a perda de sua função no início do desmame. O estudo em questão tem como objetivo central dissertar sobre a Intolerância à Lactose Congênita, relatando os seus principais sintomas. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura em que foram selecionadas informações através de bancos de dados como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Sociedade Brasileira de Pediatria, sendo consideradas suas relevâncias com relação ao tema proposto. Conclui-se que, é imprescindível que o profissional de Enfermagem auxilie e oriente as famílias no cuidado com a alimentação da criança e a importância de seguir a dieta, além da necessidade de ter o cartão de

vacina completo. Assim, a família irá receber um atendimento e uma assistência de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Intolerância à lactose congênita. Lactose. Diagnóstico. Assistência de enfermagem.

INTOLERANCE TO CONGENITAL LACTOSIS

ABSTRACT: Congenital lactose intolerance is a genetic inheritance deficiency that occurs in newborns in the first days of life after swallowing lactose. With the decrease or even when there is absence of this enzyme, the human being can demonstrate different manifestations such as, for example, changes in abdominal pressure, cramps, flatulence and diarrhea. In the present study it was found that lactose intolerance is very common in the population in all age groups, but its worsening appears in adulthood, due to the loss of the gradual function of the enzyme that degrades lactose. This happens because this enzyme, present and active during the breastfeeding period in mammals, starts to lose its function at the beginning of weaning. The study in question has as main objective to talk about Intolerance to Congenital Lactose, reporting its main symptoms. This is a literature review survey in which information was selected through databases such as SciELO (Scientific Electronic Library Online) and the Brazilian Society of Pediatrics, considering their relevance in relation to the proposed theme. It is concluded that, it is essential that the nursing professional helps and guides families in caring for the child's food and the importance of following the diet, in addition to the need to have the complete vaccination card. Thus, the family will receive quality care and assistance.

KEYWORDS: Congenital lactose intolerance. Lactose. Diagnosis. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

O leite materno é o alimento mais completo para o lactante, pois, é composto por proteínas, vitaminas, carboidratos e por isso fornece tudo o que a criança precisa para se desenvolver e se proteger contra diversas patologias como: alergias, desnutrição, obesidade, diabetes mellitus entre outras. (COSTA *et al.*, 2013)

Com o desmame a atividade da enzima lactase passa a diminuir na parede intestinal, processo denominado como a hipolactasia primária que ocasiona os sintomas de intolerância à lactose. A intensidade dos sintomas varia, de acordo com a quantidade de lactose ingerida podendo causar distensão, flatulência, dor abdominal e diarreia. (MATAR; MAZO, 2010)

A lactose, um dissacarídeo, é degradada pela enzima β -galactosidase, conhecida como lactase (Figura 1). Ao ser hidrolisada, produz os monossacarídeos glicose e galactose, que serão captados por transporte ativo e absorvidos pelas células do intestino. (MARCON; DIAS; BENINCÁ, 2018)

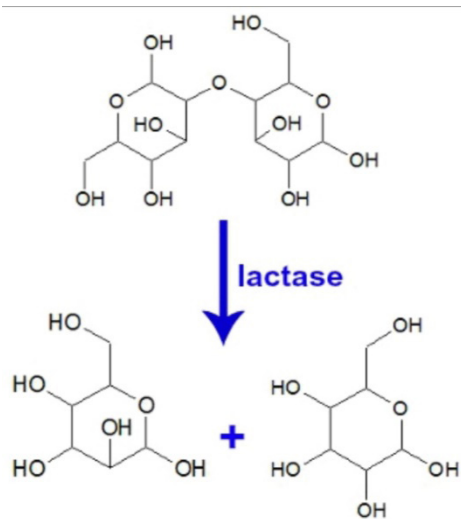


Figura 1: Hidrólise da lactose

FONTE: MARCON; DIAS; BENINCÁ, 218 (2020).

A lactase tem sua produção iniciada a partir do terceiro mês de gestação e já se faz presente nas células epiteliais do intestino delgado, tendo seu nível elevado no nascimento. Após isso, a atividade da lactase decai a níveis de 5 a 10% dos níveis achados na lactação. A diminuição dos níveis ou a ausência dessa enzima causa a má digestão da lactose, permitindo que a mesma se desloque para o intestino grosso sem ser hidrolisada, ocorrendo a fermentação do dissacarídeo pelas bactérias da flora, liberando ácidos e gases. (MARCON; DIAS; BENINCÁ, 2018)

A deficiência congênita de lactase é uma patologia gastrointestinal autossômica, severa, hereditária recessivamente, em bebês. A atividade da lactase na mucosa intestinal diminui para 0–10 U / g de proteína, levando a diarreia aquosa abundante, logo após a introdução de fórmulas contendo lactose ou a amamentação. No entanto, as atividades da sacarase, isomaltase, maltase e a morfologia duodenal, permanecem normais. A diarreia osmótica severa seguida de acidose, desidratação e perda de peso, atinge geralmente os pacientes durante os primeiros dias de vida. (KUOKKANEN *et al.*, 2006)

Dessa forma, objetiva-se de modo geral, abordar sobre a intolerância a lactose congênita, relatando os principais sintomas e diagnóstico. E especificamente, pretende-se descrever a fisiopatologia da lactose e classificar as intolerâncias; definir a intolerância a lactose congênita; abordar os sintomas da mesma; relatar o diagnóstico dessa intolerância; expor sobre o tratamento da patologia e por fim, especificar como é realizada a assistência da enfermagem.

Para a realização do trabalho, foram associadas às seguintes disciplinas:

Bioquímica, pois ocorre a hidrólise da lactose e as alterações bioquímicas que ocorrem por causa da intolerância. Genética, já que especifica qual o gene codificador da lactase. Leitura e Interpretação de Exames, devido aos exames necessários para o diagnóstico da intolerância a lactose. Nutrição, já que é imprescindível o acompanhamento com o nutricionista para melhor escolha da dieta sem lactose.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura em que foram selecionadas informações através de bancos de dados como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Sociedade Brasileira de Pediatria, sendo consideradas suas relevâncias com relação ao tema proposto. Utilizou-se como identificação as seguintes palavras-chave: intolerância à lactose congênita, lactose, diagnóstico e assistência de enfermagem.

Optou neste trabalho por fazer um levantamento com o que já existe sobre a Intolerância a Lactose Congênita na literatura. Colocando as alunas, do 9º período de enfermagem, da Faculdade Única de Ipatinga, em contato com o que já possui sobre o tema escolhido.

3 | FISIOPATOLOGIA DA LACTOSE E CLASSIFICAÇÃO DAS INTOLERÂNCIAS

Com base na etiologia do defeito enzimático a deficiência da enzima β -D-Galactosidase, pode ser classificada em três tipos como congênita, primária e secundária. A intolerância a lactose de origem congênita é considerada rara, sendo ocasionada pela deficiência da β -D-Galactosidase jejunal em bebês gerando sintomas como diarreia, ao consumir leite materno e alimentos a base de lactose. Porém, este tipo é considerado raro, nestes casos a alimentação do nascituro realizada por meio de fórmulas a base de frutose e sacarose, que não contém lactose. (SÁ, DELANI, FERREIRA; 2014)

A intolerância primária se dá, quando o paciente nasce com a enzima lactose e no decorrer dos anos a sua concentração é diminuída, geralmente devido à genética, sendo frequente em adultos. (BARBOSA *et al.*, 2020)

Por fim a intolerância à lactose secundária ocorre, devido a decorrência de lesão ou doença que ocasione na perda das células epiteliais como: infecção por *Ascaris lumbricoides*, diarreia infecciosa, gastroenterite, doença celíaca, giardíase, colite ulcerativa, doença de Crohn, entre outras. (ZYCHAR; OLIVEIRA, 2017)

4 | SINTOMAS DA INTOLERÂNCIA À LACTOSE

A Intolerância congênita à lactose é considerada uma doença genética rara, que se manifesta logo após o nascimento e impede o aleitamento materno exclusivo. Dessa forma, deve-se oferecer ao recém-nascido fórmula para lactentes sem lactose. (SOCIEDADE

BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017)

Os principais sintomas surgem, logo após os primeiros dias de amamentação do recém-nascido, devido à lactose não ser digerida no trato digestivo, em consequência da ausência da lactase. Dessa forma quando a lactose, chega ao intestino grosso, as bactérias da flora intestinal presentes, executam o processo de fermentação liberando ácido láctico, gases e acético. (DIAS; BENINCÁ MARCON, 2018)

O paciente com intolerância a lactose pode apresentar diversos sintomas ao ingerir leite e seus derivados, como, por exemplo, diarreia, flatulência, dor e distensão abdominal, borborigmo (barulho estomacal), náusea, constipação e vômito. Sendo que, em alguns casos o indivíduo pode apresentar dor e distensão abdominal sem diarreia. Logo, esses sintomas começam a aparecer após 30 minutos até 2 horas após o consumo. Geralmente, a maioria da população com intolerância ao ingerir 12 gramas de lactose, o que corresponde a 240 ml de leite, apresenta alguma reação sintomática. (SILVA; COELHO, 2019)

5 | DIAGNÓSTICOS DE INTOLERÂNCIA À LACTOSE CONGÊNITA

Os sintomas mais comuns em bebês são: diarreia, choro desesperado, queixa de dor abdominal em crianças maiores, causando dores e sofrimento. Quando intolerância à lactose se manifesta em crianças, normalmente, não se consegue diagnosticá-la imediatamente. Isso acontece porque os sintomas da intolerância e da alergia são confundidos, interferindo na identificação. (BRANCO *et al.*, 2018)

Logo, são necessários exames físicos e a anamnese do paciente para se obter informações no histórico gestacional, familiar, alimentar e na pesquisa de fatores desencadeantes. (SILVA; COELHO, 2019)

A biópsia intestinal pode ser realizada, para dosar a atividade enzimática ou semiquantitativa através da mucosa intestinal, mas em crianças é difícil de ser efetuado. (MARCON; DIAS; BENINCÁ, 2018)

O teste da curva glicêmica é realizado com a coleta da glicemia em jejum do paciente e após a ingestão da lactose, observa-se neste caso, a diferença na curva glicêmica. A interpretação do teste é feita através da diferença entre a glicemia de jejum e o pico da curva. Dessa maneira, se a curva estiver plana (menor que 20mg%), indica que não digeriu o carboidrato. Outro tipo de teste, verifica o pH fecal, se este estiver menor que sete é um sinal de intolerância, sendo esse teste nas crianças mais sensível. (ZYCHAR; OLIVEIRA, 2017)

CURVA GLICEMICA (100 gr dextrosol)		VALORES DE REFERENCIA	
JEJUM :	92	mg/dl	70 - 110 mg/dl
30 MINUTOS :	-	mg/dl	97 - 170 mg/dl
60 MINUTOS :	129	mg/dl	70 - 120 mg/dl
90 MINUTOS :	-	mg/dl	70 - 120 mg/dl
120 MINUTOS :	163	mg/dl	70 - 120 mg/dl
180 MINUTOS :	-	mg/dl	70 - 120 mg/dl

OBS: Exame repetido e confirmado

Figura 2- resultado do exame curva glicêmica

FONTE: <https://brasil.babycenter.com/thread/4802468/resultado-exame-curva-glicemica-> (2020).

O outro exame realizado é através da urina. O paciente ingere lactose e etanol juntos, para que a galactose não se converta em glicose e seja eliminada na urina. Já o teste padrão para o diagnóstico, é o do hidrogênio, em que é testado o H₂ por meio da expiração depois do consumo de lactose e comparado com o teste colhido em jejum. Dessa forma, quando a lactose não é digerida, no momento da fermentação bacteriana é produzido o H₂, que será absorvido e expelido pelos pulmões. (SILVA; COELHO, 2019)

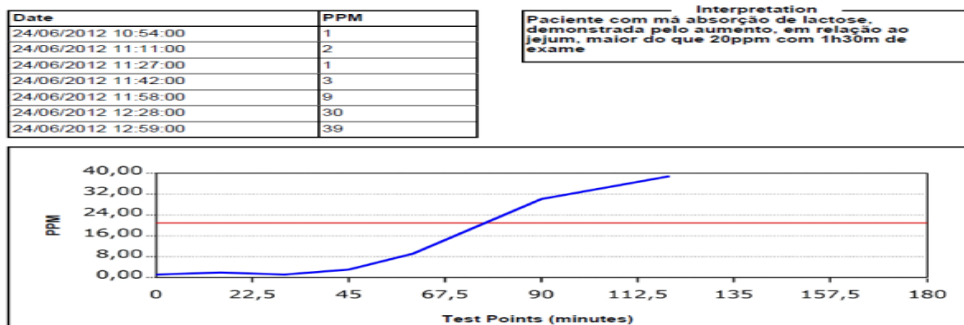


Figura 3- Teste do hidrogênio expirado

FONTE: Gastropediatria.com.br/ma-absorcao-de-lactose (2020).

Este diagnóstico é novo, sendo realizado por meio da coleta sanguínea, em que será extraído o DNA presente nos leucócitos e detectará o polimorfismo genético, que é quando o indivíduo possui uma mutação em tolerar o leite por permanência da enzima lactase. (SILVA; COELHO, 2019)

6 | TRATAMENTO

Inicialmente no tratamento é recomendada a restrição temporária de produtos lácteos e leite, podendo obter dessa forma, a remissão dos sintomas. Porém, a exclusão

total de lactose deve ser evitada devido ao impacto nutricional prejudicial que pode causar ao indivíduo, portanto, após a exclusão inicial é recomendado que reintroduza aos poucos na dieta respeitando os sintomas que forem apresentando. (OLIVEIRA; ZYCHAR, 2017)

O tratamento em lactentes deve substituir o leite de vaca ou o leite humano por fórmulas à base de soja. O iogurte pode ser consumido, pois nele contém a enzima lactase inativa, a qual é acionada pelo PH do duodeno e temperatura. (WILL; DA SILVA, 2007)

Os laticínios são importantes pois possuem vitamina D e fontes de cálcio que são necessárias ao ser humano. Devido a isso no caso de intolerância à lactose, os laticínios precisam ser fornecidos por outra fonte para que não ocorra deficiência destes nutrientes no organismo. (WILL; DA SILVA, 2007)

Se essas condutas não surgirem efeito para reduzir os sintomas, algumas medidas farmacológicas podem ser introduzidas. A reposição enzimática com lactase exógena (+ β -galactosidase) seria uma delas, sendo indicada para deficiências primárias. Esses fármacos podem ocasionar na diminuição da quantidade de hidrogênio expirado, além dos sintomas de indivíduos com intolerância à lactose. Podendo ser ingeridos juntamente com alimentos que tenham lactose ou complemento a alimentos que possuam lactose. (BRANCO *et al.*, 2018)

7 | ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O profissional de Enfermagem deve orientar a família a respeito da fórmula láctea indicada pelo médico para ser administrada na dieta da criança. (JOHNSON, 2009)

É importante que seja utilizado um Planejamento da Assistência de Enfermagem, que contenham as seguintes condutas:

- Restringir fórmulas lácteas a base de lactose;
- Observar características das fezes, odor, cor e quantidade de evacuações diárias;
- Observar aspecto da pele da criança;
- Observar sinais vitais da criança;
- Aplicar medicações antidiarreicas de acordo com orientação médica, para cólica intestinal;
- Atentar para choro excessivo (expressão de dor);
- Atentar para episódios de vômitos, sendo observado o volume e odor. Orientado os pais e familiares as práticas educativas. (JOHNSON, 2009)

O enfermeiro deve também orientar a maneira de alimentar a criança, e sobre manter a cabeceira elevada para administrar a dieta, aguardar o término da mamada,

arrote e sobre a posição correta para o repouso após a ingestão (lateralizado à esquerda). Para manter uma rotina saudável, é essencial compreender as orientações sobre higiene corporal e oral diária da criança. (FONTANA; PISSAIA, 2018)

É responsabilidade do enfermeiro, que oriente os pais para que no início da atividade escolar, os professores estejam cientes sobre os cuidados com a alimentação da criança, para que acompanhe rigorosamente a dieta. Caso a caderneta de vacinação esteja incompleta, deve ser orientado a providenciar a vacinação e registro o mais breve possível. (FONTANA; PISSAIA, 2018)

O Planejamento da Assistência de Enfermagem possibilita, ao cliente que irá receber o atendimento, qualidade na assistência, conseguindo tornar efetivo o papel do profissional de enfermagem. (JOHNSON, 2009)

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intolerância a lactose congênita é a ausência da lactase em recém-nascidos, é considerada rara, se comparada as outras intolerâncias. Além de, uma patologia grave, pois a criança já apresenta diarreia após a primeira ingesta de leite, podendo levar a desidratação e desnutrição do pueril.

Dessa forma, é importante um diagnóstico rápido e preciso, incluindo uma anamnese detalhada e exames complementares. Foram discutidos alguns exames como: biópsia intestinal, teste de intolerância oral, teste do pH fecal, exame de urina, teste de hidrogênio e, por último, um exame novo realizado através da coleta de sangue para detecção do polimorfismo genético.

Em vista disso, o tratamento, inicialmente, consiste na restrição de leite e derivados. Após essa restrição, recomenda-se que reintroduza aos poucos na dieta. Em alguns casos, é necessário o uso de fármacos como, por exemplo, a reposição enzimática com lactase exógena. Nesse sentido, deve-se evitar a exclusão total do nutriente, pois pode acarretar prejuízo nutricional.

É imprescindível que o profissional de Enfermagem auxilie e oriente as famílias no cuidado com a alimentação da criança e a importância de seguir a dieta, além da necessidade de ter o cartão de vacina completo. Assim, a família irá receber um atendimento e assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, N. E. A. *et al.* (2020). **Intolerância a lactose: revisão sistemática.** *Pará Research Medical Journal. Clínica Médica.* 4:e33. ISSN 2594-4371. UNIFAMAZ, Belém, PA, Brasil. Disponível em: <<https://www.prmjournal.org/article/10.4322/prmj.2019.033/pdf/prmjjournal-4-e33.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

BRANCO, M. S. C. *et al.* (2018). **Classificação da intolerância à lactose: uma visão geral sobre causas e tratamentos.** *Revista de Ciências Médicas,* v. 26, n. 3, p. 117-125. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3812>>. Acesso em: 08 Out. 2020.

COSTA, L. K. O. *et al.* (2013). **Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura.** Revista de Ciências da Saúde, v. 15, n. 1. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/1920>> Acesso em 08 OUT. 2020.

FONTANA, M.; PISSAIA, L. F. (2018). **O uso do processo de enfermagem como ferramenta de apoio para o cuidado da criança na atenção domiciliar.** Research, Society and Development, v. 7, n. 11, p. e13711576-e13711576. Disponível em: <<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/576>>. Acesso em: 08 Out. 2020.

JOHNSON, M. (2009). **Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.** In: Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-21388>>. Acesso em: 08 Out. 2020.

KUOKKANEN, M. *et al.* (2006). **Mutações na região traduzida do gene da lactase (LCT) estão por trás da deficiência congênita de lactase.** The American Journal of Human Genetics, v. 78, n. 2, pág. 339-344. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380240/>>. Acesso em: 08 Out. 2020.

MARCON, A. E. T.; DIAS, M. B. B.; BENINCÁ, S. C. (2018). **Intolerância à lactose congênita: uma revisão bibliográfica.** Saúde Integral, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 25-33, jul./dez. Disponível em: <<http://revista.camporeal.edu.br/index.php/saudeintegral/article/view/316>>. Acesso em: 11 Out. 2020.

MATTAR, R. ; MAZO, D. F. C. (2010). **Intolerância à lactose: mudança de paradigmas com a biologia molecular.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 2, p. 230-236, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302010000200025&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em 10 Out. 2020.

SÁ, P. T. M.; DELANI, T. C. O.; FERREIRA, A. A. (2014). **Aspectos etiológicos da hipolactasia.** Revista UNINGÁ Review. Vol.20,n.2,pp.123-128. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1554/1165>>. Acesso em: 08 Out. 2020.

SILVA, V. R.; COELHO, A. (2019). **Causa, sintomas e diagnóstico da intolerância à lactose e alergia ao leite de vaca.** Revista Saúde UniToledo, Araçatuba, SP, v. 03, n. 01, p. 20-31, abr. Disponível em: <<http://www.ojs.toledo.br/index.php/saude/article/view/2936>>. Acesso em: 10 Out. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. (2017). **Intolerância à Lactose. Sociedade Brasileira de Pediatria.** Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/noticias/nid/intolerancia-a-lactose/>>. Acesso em: 08 Out. 2020.

WILL, A. R.; DA SILVA, M. O. V. (2007). **Convivendo em família com uma criança com intolerância à lactose.** UNIVALE- CCS Biguaçu. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=convivendo+em+familia+com+uma+crian%C3%A7a+com+intolerancia+lactose&btnG=>>. Acesso em: 08 Out. 2020.

ZYCHAR, B. C.; OLIVEIRA, B. A. (2017). **Fatores desencadeantes da intolerância á lactose: metabolismo enzimático, diagnóstico e tratamento.** Atas de Ciências da Saúde (ISSN 2448-3753), v. 5, n. 1, p. 3546, 2017. Disponível em: <<http://189.2.181.205/index.php/ACIS/article/view/1349>>. Acesso em: 08 Out. 2020.

CAPÍTULO 14

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 06/04/2021

Noeli das Neves Toledo

Universidade Federal do Amazonas
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/0440940857591204>

<https://orcid.org/0000-0001-5624-1813>

Yuri Cascaes Azevedo

Universidade Federal do Amazonas
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/6843271228051023>

Anne dos Santos Saul

Universidade Federal do Amazonas
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/1023001773910433>

Everton de Oliveira Pinto

Universidade Federal do Amazonas
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/7587189002602696>

Adriana Patrícia Brelaz Lopes Gomes

Universidade Federal do Amazonas
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/4331381966060846>

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

Universidade Federal do Amazonas
Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/1747513921548380>

<https://orcid.org/0000-0002-8460-8501>

Renan Sallazar Ferreira Pereira

Universidade Federal do Tocantins
Palmas, TO

<http://lattes.cnpq.br/8154326371029706>

<https://orcid.org/0000-0001-5140-4046>

RESUMO: As doenças cardiovasculares (DCVs) representam grave problema de saúde pública, afetando a população indistintamente. Profissionais de saúde também podem ser afetados por DCVs. O objetivo foi descrever o perfil de fatores de risco cardiovascular de enfermeiros, considerando as variáveis sociodemográficas, antropométricas e comportamentais. Trata-se de um estudo transversal quantitativo, com 94 enfermeiros que atuavam num hospital universitário em Manaus. A coleta dos dados consistiu em entrevista para levantamento das condições sociodemográficas, estilo de vida e medidas antropométricas e da pressão arterial. A análise ocorreu por meio do programa dados IBM-SPSS Statistics® versão 21, os quais estão apresentados em frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Os achados mostraram que a maioria (71,3%) dos participantes eram do sexo feminino, um pouco mais da metade (52,1%) tinham concluído apenas a graduação e declararam ter renda entre 5 a 10 salários mínimos. Quanto ao estilo de vida 53,2% foram classificados como Ativo/Muito ativo e com baixa vulnerabilidade ao estresse (98,9%). As medidas da Relação Cintura-Quadril (97,8%) e o Índice de conicidade (94,7%) apresentaram maior percentual de alteração. Ações de incentivo ao autocuidado e promoção da saúde é crucial

para minimização dos riscos de adoecimento especialmente os relacionados a doenças previsíveis como hipertensão e diabetes. A adoção de hábitos saudáveis são mecanismos eficazes para melhorar a qualidade de vida laboral e social do trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Doenças Cardiovasculares.

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN NURSES AT A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT: Cardiovascular diseases (CVDs) represent a serious public health problem, affecting the population without distinction. Healthcare professionals can also be affected by CVDs. The objective was to describe the profile of cardiovascular risk factors of nurses, considering the sociodemographic, anthropometric and behavioral variables. This is a quantitative cross-sectional study, with 94 nurses who worked at a university hospital in Manaus. Data collection consisted of an interview to survey sociodemographic conditions, lifestyle and anthropometric and blood pressure measurements. The analysis took place using the IBM-SPSS Statistics® version 21 data program, which are presented in absolute and relative frequencies, mean and standard deviation. The findings showed that the majority (71.3%) of the participants were female, a little more than half (52.1%) had just completed their undergraduate studies and declared to have an income between 5 to 10 minimum wages. Regarding lifestyle, 53.2% were classified as Active / Very active and with low vulnerability to stress (98.9%). The measurements of the Waist-to-Hip Ratio (97.8%) and the Taper Index (94.7%) showed the highest percentage of change. Actions to encourage self-care and health promotion are crucial to minimize the risks of illness, especially those related to predictable diseases such as hypertension and diabetes. The adoption of healthy habits are effective mechanisms to improve the quality of work and social life of the worker.

KEYWORDS: Nursing; Worker's health; Cardiovascular diseases.

1 | INTRODUÇÃO

O sistema cardiovascular é responsável pela distribuição de oxigênio e nutrientes para as células do corpo humano. Os fatores de risco cardiovascular, são condições de exposição que levam a um mal funcionamento fisiológico do sistema cardíaco e circulatório, gerando tanto as doenças coronarianas, como outras comorbidades associadas. Os fatores de riscos associados às Doenças Cardiovasculares (DCVs) são divididos em modificáveis, como por exemplo: hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo, má alimentação, estresse e uso de contraceptivos; e não modificáveis, como: histórico familiar de DCVs, idade, sexo e raça (MAGALHÃES et al., 2014).

As DCVs são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos, consideradas a principal causa de morte no mundo, constituindo causa importante de internação em hospitais, com alto custo para o sistema de saúde. No Brasil, a taxa de mortalidade chegou em 30% só no ano de 2015. As doenças isquêmicas do coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares (DCBV) apresentam percentuais ainda mais elevados (ROCHA; MARTINS, 2017).

A maior parte da prevenção das DCVs é feita através da administração dos fatores que estão relacionados a essas enfermidades como: o uso de tabaco, dietas não saudáveis, obesidade, sedentarismo e uso abusivo de álcool (OPAS, 2021).

O local de trabalho tem sido mencionado como aquele que apresenta influência direta sobre o estado de saúde do profissional, por passar a maior parte do seu dia em atividade laboral (AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017).

A forma como se tem estruturado os processos de trabalho da equipe de enfermagem, sinalizam que os principais motivos para o adoecimento dos trabalhadores estão associados às atividades laborais que exercem (AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017).

Ademais do estresse ocupacional decorrente do próprio processo de trabalho, sabe-se que fatores individuais podem estar relacionados às doenças cardiovasculares. O que leva ao questionamento sobre o perfil sociodemográfico, antropométrico e comportamental dos enfermeiros que atuam em hospital universitário, bem como os fatores de risco cardiovascular associados.

A área da enfermagem é uma ciência que assiste o ser humano em suas necessidades básicas, a fim de torná-lo autônomo. Para isso atua desde a proteção e promoção da saúde, até a prevenção e recuperação de enfermidades, atuando em diferentes áreas relacionadas ao cuidado, tanto do ponto de vista da prevenção, recuperação e reabilitação, como da promoção da saúde (OLIVEIRA et al, 2017).

A enfermagem é a maior classe trabalhadora da saúde no Brasil, a profissão dispõe de 2.462.274 (dois milhões quatrocentos e sessenta e dois mil duzentos e setenta e quatro) profissionais. No Amazonas (AM) o total está em torno de 52.521 profissionais de enfermagem, sendo 12.698 pertencente a categoria de enfermeiros (COFEN, 2021).

As atividades laborais são geralmente realizadas em um ritmo muito acelerado, exigindo rapidez e raciocínio clínico apurado nas tomadas de decisões. Tais competências e habilidades podem gerar desgaste físico e mental favorecendo o desenvolvimento de doenças, especialmente as crônicas (OLIVEIRA; ANDRADE; BROCK, 2017).

O enfermeiro é parte da equipe multiprofissional e ao mesmo tempo líder da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem). Desenvolve atividades relacionadas à organização dos processos de trabalho da equipe de enfermagem e em algumas situações da equipe de saúde. Nas instituições lhe são atribuídas funções assistenciais e/ou administrativas, tendo como principal responsabilidade a implementação e avaliação do processo de sistematização para todos os níveis de cuidado (mínimo, intermediário, alta dependência, semi-intensivo e intensivo) (COREN, 2018; RODRIGUES; BARRICHELLO; MORIN, 2015).

Outras investigações apontaram que os profissionais da enfermagem apresentaram alta probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, por estarem entre os profissionais com maior percentual de obesidade, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool. Além de serem os que mais exerciam atividades repetitivas e com elevada carga

emocional (RODRIGUES; BARRICHELO; MORIN, 2015; GUERRA et al, 2016).

Estudo realizado por PEREIRA et al. (2017), mostrou que os enfermeiros que atuavam em um hospital público, tinham estilo de vida que favorecia o risco para doenças cardiovasculares. Em seus achados, 11,0% dos participantes eram fumantes, 47,0% consumiam bebida alcoólica e 65,0% foram classificados como sedentários. O autor também destaca que o tabagismo, etilismo e sedentarismo são fatores de risco cardiovascular evitáveis, que contribuem para o aumento da pressão arterial.

Nesta perspectiva, este estudo apresenta dados sobre as condições de saúde dos enfermeiros que atuavam em um hospital universitário, em relação a presença ou risco para DCVs. Traz contribuições para a implantação de estratégias no ambiente laboral que fortaleçam atitudes individuais e coletivas de cuidado para prevenção de enfermidades coronarianas e suas complicações associadas.

O objetivo foi descrever o perfil de fatores de risco cardiovascular de enfermeiros, considerando as variáveis sociodemográficas, antropométricas e comportamentais, com ênfase na pressão arterial elevada e hipertensão autorreferida.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com enfermeiros que atuam em um hospital universitário de grande porte, localizado na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, que oferta atendimento à população do estado em diferentes especialidades médicas, além de ser campo para as atividades universitárias de ensino, pesquisa e extensão (EBSERH, 2013).

A população deste estudo foi composta por enfermeiros vinculados aos diversos setores do hospital. A coleta dos dados foi realizada durante o turno trabalho dos participantes. O total de enfermeiros na instituição, distribuídos entre os turnos manhã, tarde e noite são 124. Destes 07 estavam gestantes, 16 recusaram-se a participar do estudo e 07 trabalhavam há menos de 06 meses na instituição, totalizando amostra final de 94 enfermeiros.

Foi aplicado instrumento contendo questões para levantamento das variáveis sociodemográficas, e mensuração antropométrica e Pressão Arterial (PA). Também questionários validados para levantamento do nível de atividade física (International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) e vulnerabilidade as estresse (Escala Resumida de Job Stress Scale).

O IPAQ na sua versão curta, avaliou o nível de atividade física praticado considerando: frequência e intensidade da caminhada semanal; quantidade de dias e tempo de realização de atividades moderadas; quantidade de dias e tempo de realização de atividades vigorosas durante a semana; descrição das atividades sedentárias (RAASK et al., 2017). Os pontos de corte para a classificação do nível de atividade física

recomendados são: (IPAQ, Short Form)

MUITO ATIVO: ATIVIDADE VIGOROSA: ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos por sessão ou ATIVIDADE VIGOROSA: ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos por sessão + ATIVIDADE MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos por sessão. **ATIVO:** ATIVIDADE VIGOROSA: ≥ 3 dias/semana e ≥ 20 minutos por sessão; ou ATIVIDADE MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/semana e ≥ 30 minutos por sessão; ou Qualquer atividade somando: ≥ 5 dias/semana e ≥ 150 minutos/semana (caminhada + atividade moderada+ atividade vigorosa). **IRREGULARMENTE ATIVO:** diferentes tipos de atividades (caminhada + atividade moderada + atividade vigorosa) totalizando frequência e duração insuficientes para que o indivíduo seja considerado ativo. **SEDENTÁRIO:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

A Escala Resumida de Job Stress Scale contém 17 questões sendo: 5 para avaliar demanda; 6 para avaliar controle e 6 para avaliar apoio social. Cada item tem um escore que pode variar entre 1 a 4 e a pontuação total é obtida por meio da soma dos escores. Os valores menores que 50, indicaram que o indivíduo não é vulnerável ao estresse, os valores entre 50-80 indicaram moderada vulnerabilidade ao estresse e os valores acima de 80 indicaram alta vulnerabilidade ao estresse (ALVES et al., 2004).

A coleta dos dados foi realizada em um ambiente reservado que possibilitou aos enfermeiros tanto responder ao instrumento, bem como realizar as medidas antropométricas e pressão arterial.

Para a medida da Circunferência do Pescoço (CP) utilizamos uma fita métrica inelástica. Esta foi posicionada abaixo da borda superior da proeminência da laringe, aplicada perpendicularmente ao longo do eixo do pescoço e mensurada no ponto médio. No público masculino a medida foi realizada logo abaixo da cartilagem cricóide (YANG; et al, 2010).

A medida de Circunferência Abdominal (CA) foi tomada no ponto médio da distância entre a borda inferior do gradil costal e o osso íliaco, no plano horizontal com uma fita inelástica. Para categorização foi utilizado pontos de corte preconizados por (OLIVEIRA; et al, 2015). A Circunferência da Cintura foi tomada na altura dos trocânteres femorais, para complementar a medida da Relação Cintura Quadril (RCQ), adotando os pontos de corte estabelecidos (SIMÕES; DOURADO; CAMPOS et al., 2014).

O peso foi medido, utilizando a balança digital da marca Omron, modelo HBF-514C. O participante foi orientado a retirar objetos que interferissem na medida, posicionar-se em cima da balança com os pés descalços e alinhados com os sensores eletromagnéticos da balança. Para a classificação do Índice de Massa Corporal – IMC, consideramos peso normal quando o participante tinha IMC entre 18,5-25 Kg/m² e peso “aumentado” quando o IMC $\geq 25,1$ Kg/m² (ABESO, 2016).

O Índice de Conicidade (IC) foi calculado com base nos valores da Circunferência da Cintura (CC), Peso Corporal (Kg) e Altura (m), por meio da seguinte equação:

$IC=CC/0,109.\sqrt{(Kg/Altura)}$ (FONTANELA; WINKELMANN; VIECILI; 2017).

Para a medida da Pressão Arterial (PA), utilizamos o aparelho de pressão digital Profissional de braço da marca Omron (Modelo HBP-7130), composto por braçadeira inflável para adultos (circunferência de 22-42 cm) e obesos (circunferência de 34-50 cm). A pressão arterial foi medida por três vezes consecutivas, com intervalo de 1 minuto entre cada medida, na posição sentada, após cinco minutos de descanso em ambiente calmo e com temperatura agradável. Foram considerados “normotensos” os indivíduos que apresentaram a Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≤ 120 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≤ 84 mmHg, Pré-hipertenso (PAS 130-139 e/ou PAD 85-89) mmHg e Hipertenso (PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90) mmHg (BARROSO; et al 2020).

A análise foi realizada com o auxílio do *software* IBM SPSS Statistics 21, descrevendo as frequências absolutas e relativas. Variáveis contínuas foram categorizadas a partir da análise das médias e desvio padrão ou de acordo com pontos de cortes estabelecidos nas escalas utilizadas

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após término do preenchimento do questionário procedeu-se a coleta dos dados antropométricos. Este estudo está vinculado a um projeto maior, intitulado: “**Fator de risco cardiovascular em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário**”, aprovado pelo CEP/UFAM, com CAAE: 96509818.5.0000.5020.

3 | RESULTADOS

A Tabela 1 apresentam-se os dados das Condições sociodemográficas e de trabalho dos enfermeiros que participaram do estudo. A maioria é do sexo feminino (71,3%), com média de idade de 38,5 ($\pm 7,1$) anos, referiram ser pardo (60,6%), ter companheiro ou cônjuge (59,6%) e não informam cursos de pós graduação (52,1%). Quanto ao turno de trabalho, a frequência foi maior entre os trabalhadores da manhã (30,9%). A renda declarada foi entre 5 a 10 salários mínimos (35,1%).

VARIÁVEIS	Enfermeiros	
	n=94	%
SEXO		
Masculino	27	28,7
Feminino	67	71,3
IDADE <small>Média±dp</small>	38,5±7,1	
ETNIA/RAÇA		
Branco	29	30,9
Pardo	57	60,6
Negro	3	3,2
Não declarado	5	5,3
ESTADO MARITAL		
Com companheiro	56	59,6
Sem companheiro	38	40,4
ESCOLARIDADE		
Graduação	49	52,1
Lato Sensu	36	38,3
Stricto Sensu	9	9,6
TURNO		
Diurno	23	24,5
Matutino	29	30,9
Vespertino	22	23,4
Noturno	20	21,3
RENDA		
Até 5 ^{(SM)*}	28	29,8
Entre 5 e 10 ^{(SM)*}	33	35,1
Mais que 10 ^{(SM)*}	26	27,1
Não declarado	7	7,4

*(SM) = Salários Mínimos – que corresponde a cerca de R\$ 998,00.

Tabela 1 - Condições sociodemográficas e de trabalho dos enfermeiros. Manaus, 2018/2019.

A Tabela 2 apresenta os aspectos comportamentais dos enfermeiros. Quase a totalidade informou não fazer uso do tabaco (98,9%) ou ter abandonado o hábito (94,7%). A maioria relatou não ser etilista (62,8%). Mais da metade não adicionava sal ao alimento após estar pronto (76,6%). Em relação ao nível de atividade física, mais da metade dos participantes foi classificado como Ativo/Muito ativo (53,2%), enquanto os demais se dividiram em sedentário e irregularmente ativo. Acerca da classificação da Escala Resumida de Job Stress Scale, quase a totalidade foi classificada com baixo nível de estresse (98,9%).

VARIÁVEIS	Enfermeiros	
	n=94	%
TABAGISTA?		
Sim	1	1,1
Não	93	98,9
EX-TABAGISTA?		
Sim	4	4,3
Não	89	94,7
Não declarou	1	1,1
ETILISTA?		
Sim	35	37,2
Não	59	62,8
Ambos	60	63,8
ACRESCENTA SAL NO ALIMENTO PRONTO?		
Sim	22	23,4
Não	72	76,6
IPAQ		
Sedentário	22	23,4
Irregularmente Ativo	22	23,4
Ativo/Muito ativo	50	53,2
CLASSIFICAÇÃO DO ESTRESSE		
Baixa	93	98,9
Moderada	1	1,1

Tabela 2 – Aspectos comportamentais dos enfermeiros e classificação da Escala Resumida de Job Stress Scale. Manaus, 2018/2019.

A Tabela 3 apresenta as características dos participantes quanto ao histórico familiar de doenças e comorbidades autorreferidas. A hipertensão (HAS) foi o antecedente familiar mais referido (83%), seguido de Diabetes Mellitus (DM) (61,7%) e Colesterol Alto (50%).

A presença de HAS e DM foi referida por pelo menos 10% dos participantes. Já o colesterol alto (18,1%) teve percentual um pouco mais elevado. Por outro lado, mais da metade dos participantes se consideram estressados ou nervosos (54,3%).

VARIÁVEIS	Enfermeiros	
	n=94	%
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA FAMÍLIA?		
Sim	78	83,0%
Não	14	14,9%
Não Sabe	2	2,1%
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA FAMÍLIA?		
Sim	31	33,0%
Não	60	63,8%
Não Sabe	3	3,2%
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA FAMÍLIA?		
Sim	30	31,9%
Não	59	62,8%
Não Sabe	5	5,3%
DIABETES MELLITUS NA FAMÍLIA?		
Sim	58	61,7%
Não	34	36,2%
Não Sabe	2	2,1%
COLESTEROL ALTO NA FAMÍLIA?		
Sim	47	50,0%
Não	38	40,4%
Não Sabe	9	9,6%
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NA FAMÍLIA?		
Sim	19	20,2%
Não	69	73,4%
Não Sabe	6	6,4%
VOCÊ POSSUI HIPERTENSÃO ARTERIAL?		
Sim	9	9,6%
Não	85	90,4%
VOCÊ POSSUI DIABETES MELLITUS?		
Sim	4	4,3%
Não	90	95,7%
VOCÊ POSSUI COLESTEROL ALTO?		
Sim	17	18,1%
Não	77	81,9%
SE CONSIDERA ESTRESSADO?		
Sim	51	54,3%
Não	43	45,7%

Tabela 3 – Histórico familiar de doenças crônicas não transmissíveis e comorbidades auto-referidas pelos enfermeiros. Manaus 2018/2019.

A Tabela 4 apresenta as características relacionadas aos valores da PAS e medidas antropométricas. Embora a maioria dos enfermeiros apresentaram valores pressóricos normais (63,8%), o percentual de pré-hipertenso e hipertenso é elevada, com (27,7% e 8,5% respectivamente).

Em relação às medidas antropométricas, verificamos que a maioria tinha CP (51,1%), relação da cintura quadril (97,8%), índice de conicidade (94,7%) e peso (64,9%) acima dos padrões de normalidade.

VARIÁVEIS	Enfermeiros	
	n=94	%
PRESSÃO ARTERIAL		
Normotenso (PAS ≤ 129 e PAD ≤ 84) mmHg	78	82,97
Pré-hipertenso (PAS 130-139 e/ou PAD 85-89) mmHg	9	9,57
Hipertenso (PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90) mmHg	7	7,44
CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO		
Normal Homens < 37 cm e Mulheres < 34 cm	46	48,9
Aumentado Homens ≥ 37 cm e Mulheres ≥ 34 cm	48	51,1
RELAÇÃO CINTURA-QUADRIL		
Normal Homens até 0,8 e Mulheres até 0,9	2	2,1
Aumentado Homens > 0,8 e Mulheres > 0,9	92	97,8
ÍNDICE DE CONICIDADE		
Normal Homens ≤ 1,25 e Mulheres ≤ 1,36	5	5,3
Aumentado Homens > 1,25 e Mulheres > 1,36	89	94,7
PESO		
Normal 18,5-25 Kg/m ²	33	35,1
Aumentado ≥ 25,1 Kg/m ²	61	64,9

Tabela 4 – Valores da pressão arterial sistêmica (PAS) e medidas antropométricas dos enfermeiros. Manaus, 2018/2019.

4 | DISCUSSÃO

A maioria dos participantes do estudo eram do sexo feminino, semelhante ao encontrando em outros estudos, mostrando que apesar de uma crescente masculinização da profissão, as mulheres ainda são a maioria (ROSSANEIS et al., 2015). Embora a maioria tenha informado ter companheiro ou cônjuge, estudo mostrou maior percentual de enfermeiros que se declaram solteiros, bem como (PERREIRA et al., 2017).

A média de idade dos participantes indica que o grupo era de adultos jovens, estando abaixo da média nacional (60 anos e mais) para risco de hipertensão. Já em relação a raça/cor, estudo recente apontou que as condições socioeconômicas são mais prevalentes

para doenças cardiovasculares, muito embora a etnia seja considerada um fator de risco importante (BARROSO; et al., 2020).

O turno trabalhado pode influenciar diretamente a riscos à saúde do profissional, tendo em vista que o turno da noite pode originar distúrbios relacionados ao sono, envelhecimento e desgaste emocional (SIMONETTI; BIANCHI, 2016; SILVA et al., 2017). Em nosso estudo a maioria dos participantes eram do turno da manhã.

O tabagismo é adotado como um método para diminuir estresse, apontando relação para com o estresse ocupacional e insatisfação dos profissionais com a profissão exercida (OLIVEIRA; ANDRADE; BROCK, 2017).

Neste estudo, a maioria dos participantes negaram ter o hábito de fumar e consumir bebida alcoólica, semelhantemente ao que vem sendo observado na população em geral (ROSSANEIS et al., 2015; SILVEIRA et al., 2018).

Percentual expressivo dos enfermeiros foram classificados como Ativo/Muito ou Ativo, ainda que mais da metade estava no peso corporal ideal. Estudos realizados mostrou percentuais próximos entre profissionais da enfermagem que estavam pré-obesos ou obesos, contudo a maioria era sedentário, destacando que a atividade física é um fator protetor para o controle e prevenção de DM e HAS (ROSSANEIS et al., 2015).

Outro achado relevante foi que a maioria dos participantes da pesquisa relataram não ter costume de acrescentar sal na comida após pronta. Estudo realizado por Perin (2017) mostrou que a adoção de comportamento saudável, associado ao baixo consumo de sódio responsáveis na redução níveis pressóricos elevados (PERIN, 2017).

Entre os fatores de risco cardiovascular considerados não modificáveis a maioria dos participantes relatou história familiar de HAS e/ou DM, dados similares foram encontrados em outro estudo sobre o tema (GUEDES et al., 2016).

Quanto aos níveis pressóricos elevados, nota-se que a maioria dos participantes não tinha diagnóstico de HAS. Estudo mostrou que a HAS não tratada adequadamente é um fator fortemente ligado à incidência de Infarto Agudo do Miocárdio (SILVEIRA et al., 2018). Isto chama a atenção para o diagnóstico precoce, na finalidade de evitar complicações e morte.

5 | CONCLUSÃO

Os achados mostram que em relação aos riscos cardiovasculares, os percentuais mais elevados foram para a obesidade, pré-hipertensão arterial e história familiar de DM e HAS. Por outro lado, a adoção de comportamentos saudáveis como realizar atividade física regular pode ser um fator protetor.

O monitoramento sistemático da pressão arterial e medidas antropométricas são importantes para melhor determinar a presença ou não de HAS e seus fatores associados.

Estudos que visem investigar o comportamento das variáveis biológicas, incluindo

outros profissionais da enfermagem e de saúde são necessários para compreender o comportamento das DCVs. Contudo, atividades sistemáticas de promoção da saúde, no ambiente laboral, voltadas para a prática de autocuidado pode impactar positivamente na qualidade de vida e saúde dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ALVES, Márcia Guimarães de Mello; CHOR, Dóra; FAERSTEIN, Eduardo et al. **Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português**. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):164-71;

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2016 / ABESO - **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. – 4.ed. - São Paulo, SP, 2016;

AZEVEDO, Bruno Del Sarto; NERY, Adriana Alves; CARDOSO, Jefferson Paixão. **Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem**. Santa Catarina: Texto & Contexto Enfermagem, 2017. 1-11 p. v. 26(1);

BARROSO, W. K. S. et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** – 2020, v. 00, n. 00, p. 00-00, nov. 2020.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Código de Ética e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem**. São Paulo, 2018;

EBSERH. Hospital Universitário Getúlio Vargas. **Dimensionamento De Serviços Assistenciais E Da Gerência De Ensino E Pesquisa**. 28 de março de 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/100728/dimensionamento_servicos_ufam.pdf/6340536e-1b06-4b69-bc8c-ed7cb0e3bc4a>. Acesso em: 13 de julho de 2018;

BRASIL. **Doenças cardiovasculares**. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839>. Acessado em: 5 de fevereiro de 2019;

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em números**. 2021. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 5 abr. 2021.

FONTANELA, Paula Caitano; WINKELMANN, Eliane Roseli; VIECILI, Paulo Ricardo Nazario. **Estudo do Índice de Conicidade, Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal como preditores de doença arterial coronariana**. Rev Port Cardiol. 36(5):357---364: 2017;

GUEDES, Raquel Franco et al. **Análise do Perfil Lipídico e dos Fatores de Risco Associados a Doenças Cardiovasculares em Acadêmicos da Área da Saúde de Juiz de Fora**. HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 159-164, jul./ago. 2016;

GUERRA, Thais de Rezende Bessa et al. **Perfil Dos Fatores De Riscos Cardiovasculares Em Profissionais De Enfermagem De Uma Grande Emergência**. Enferm. Foco, 2016;

HORTA, W.A. **Conceito de enfermagem**. Rev. Esc Enf. USP.2 (2): 1-5 set 1968;

- MAGALHAES, Fernanda Jorge et al. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde.** Rev. bras. enferm. 2014, vol.67, n.3, pp.394-400. ISSN 0034-7167;
- OLIVEIRA, Maira Matos; ANDRADE, Nina Vieira de; BROCK, Jordana. **Riscos ocupacionais e suas repercussões nos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar.** Bahia: Revista Enfermagem Contemporânea, 2017. 129-138 p. v. 6(2);
- OLIVEIRA, Rosalvo de Jesus; CUNHA, Tarcísio. **Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências.** Caderno Saúde e Desenvolvimento I vol.3n.2 Ijul/dez 2014;
- OLIVEIRA, Luciana Carneiro; WEST, Luís Eduardo Macedo; ARAÚJO, Edberig Almeida et al. **Prevalence of abdominal adiposity in adults in São Francisco do Conde, Bahia, Brazil, 2010.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 1, p. 135-144, 2015;
- PEREIRA, Renan Sallazar Ferreira. **Estilo de vida: fator de risco cardiovascular em enfermeiros de um hospital público em São José dos Campos– SP.** International Nursing Congress, 2017.
- PERIN, Milena Sia. **Avaliação do Consumo de Sal em Adultos e Idosos : Estudo de Base Populacional no Município de Artur Nogueira, São Paulo.** – Campinas, SP: [s.n.], 2017;
- RAASK, Triin; MAESTU, Jarek; LATT, Evelin et al. **Comparison of IPAQ-SF and two other physical activity questionnaires with accelerometer in adolescent boys.** PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0169527 January 5, 2017;
- ROCHA, Ricardo Mourilhe; MARTINS, Wolney de Andrade. **Manual de prevenção cardiovascular.** 1. ed. São Paulo: Planmark, 2017. 10-15 p.
- RODRIGUES, Andrea Leite; BARRICHELLO, Alcides; MORIN, Estelle M.. **Os Sentidos do Trabalho para Profissionais de Enfermagem: Um Estudo Multimétodos.** Rev. adm. empres. [online]. 2016, vol.56, n.2, pp.192-208. ISSN 0034-7590.
- ROSSANEIS, Mariana Angela et al. **Perfil Lipídico dos Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Universitário Público.** Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde, vol.1, n.2. 2015;
- SANTIAGO, Emerson Rogerio Costa et al. **Circunferência do Pescoço Como Indicador de Risco Cardiovascular em Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise.** Nutr. clin. diet. hosp. 37(1):41-48, 2017;
- SIMÕES, Shirley Kelly dos Santos; DOURADO, Keila Fernandes; CAMPOS, Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira et al. **Índice de Conicidade como indicador de risco cardiovascular em indivíduos ovolactovegetarianos e onívoros.** Rev Bras Nutr Clin: 29 (3): 198-202; 2014;
- SIMONETTI, Sérgio Henrique; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Estresse do Enfermeiro que Atua em Unidade de Internação.** Rev enferm UFPE on line, Recife, 10(12):4539-46, dez., 2016;
- SILVA, Gabriela Alves Vieira da et al. **Estresse e Coping Entre Profissionais de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 2):922-31, fev., 2017;

SILVEIRA, Edvaldo Lima et al. **Prevalência e Distribuição de Fatores de Risco Cardiovascular em Portadores de Doença Arterial Coronariana no Norte do Brasil.** Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 20(3):167-73, 2018;

YANG, Guang-Ran; YUAN, Shen-Yuan; FU, Han-Jing et al. **Neck circumference positively related with central obesity, overweight, and metabolic syndrome in Chinese subjects with type 2 diabetes: Beijing Community Diabetes Study 4.** *Diabetes Care*, v. 33, n. 1, p. 2465-7, 2010.

CAPÍTULO 15

LESÃO CRÔNICA PÓS-CIRÚRGICA COM COMPROMETIMENTO VASCULAR DE MEMBRO INFERIOR- TRATAMENTO FITOTERÁPICO ALIADO À TERAPIA FOTODINÂMICA

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 15/03/2021

Maria Tatiane Gonçalves Sá

Universidade Federal do Pará, UFPA
Santarém – PA
<http://lattes.cnpq.br/2563048571056796>

Marcelly Silva Dourado

Universidade Dom Alberto
Aracaju – SE
<http://lattes.cnpq.br/4253504375145550>

Larisse Oliveira Bezerra

Universidade do Estado do Pará
Santarém – PA
<http://lattes.cnpq.br/4608368425360210>

RESUMO: Lesões com comprometimento vascular são cada vez mais frequentes, podendo gerar complicações sérias com evolução para possíveis amputações. A complexidade do processo de cicatrização é totalmente dinâmico, cada fator deve ser levado em consideração, inclusive o melhor plano terapêutico para cada paciente de modo individualizado. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, coletado durante o atendimento ambulatorial de um paciente pós-cirúrgico com comprometimento vascular, que recebeu como tratamento um protocolo experimental composto por uma formulação fitoterápica e uma terapia fotodinâmica. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Paciente 59 anos, sexo masculino, vítima de

acidente automobilístico em 2000, com fratura grave no tornozelo. Hospitalizado e submetido ao procedimento cirúrgico ortopédico, com inserção de síntese de titânio parafusos de órtese e prótese, para fixação da fratura. Em virtude de complicações na lesão foi diagnosticado com trombose e úlcera vasculogênica, comprometendo todo processo de cicatrização. Iniciou tratamento, com aplicações de formulações fitoterápicas, associada à terapia fotodinâmica, (azul de metileno a 1% e laser vermelho). **CONCLUSÃO:** Em 15 dias após as condutas, foi possível detectar redução significativa de biofilme, melhoras na cicatrização e aumento de tecido de granulação, redução de foco inflamatório e retração de borda, evidenciando um êxito na conduta inicial.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão crônica, fitoterapia, terapia fotodinâmica, curativos, qualidade de vida.

CHRONIC POST-SURGICAL INJURY WITH LOWER MEMBER VASCULAR COMMITMENT- PHYTOTHERAPY TREATMENT ALLIED TO FOTODINMICA THERAPY

ABSTRACT: Lesions with vascular impairment are more and more frequent, which can lead to serious complications with the development of possible amputations. The complexity of the healing process is totally dynamic, each factor must be taken into consideration, including the best therapeutic plan for each patient in an individualized way. **METHODOLOGY:** This is a descriptive study, of the type of experience report, collected during outpatient care of a

post-surgical patient with vascular impairment, who received as treatment an experimental protocol composed of a phytotherapeutic formulation and photodynamic therapy. **RESULTS AND DISCUSSION:** A 59-year-old male patient, victim of an automobile accident in 2000, with a severe ankle fracture. Hospitalized and submitted to the orthopedic surgical procedure, with insertion of titanium synthesis orthosis screws and prosthesis, for fracture fixation. Due to complications in the lesion, he was diagnosed with thrombosis and vasculogenic ulcer, compromising the entire healing process. He started treatment, with applications of phytotherapeutic formulations, associated with photodynamic therapy, (1% methylene blue and red laser). **CONCLUSION:** In 15 days after the procedures, it was possible to detect a significant reduction in biofilm, improvements in healing and an increase in granulation tissue, reduction of inflammatory focus and edge retraction, showing a success in the initial procedure.

KEYWORDS: Chronic injury, phytotherapy, photodynamic therapy, dressings, quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

Devido à complexidade dos eventos celulares e moleculares implicados no processo de cicatrização e dos fatores que a retardam, a escolha da terapia cicatrizante deve se adequar às características apresentadas pela ferida, uma vez que a sua evolução é dinâmica (COLARES et al., 2019; FARIAS et al., 2016).

Os sistemas públicos estão sobrecarregados de pacientes com lesões cutâneas crônicas, as quais geram prejuízos na vida dos pacientes e familiares de modo particular na parte social, emocional e econômica (COSTA, 2017).

No estudo de Reis, 2017:

“No Brasil, as lesões cutâneas acometem a população brasileira de forma geral, independente da idade, sexo ou etnia. Desse modo, os profissionais de saúde devem estar preparados para realizar o atendimento adequado a esses pacientes. No âmbito da Atenção Primária (AP), o atendimento da(o) enfermeira(o) é essencial ao cuidado, visto que realiza diversas ações, como: escuta, acolhimento, consulta de enfermagem, dentre outras atividades assistenciais e gerenciais, tendo como norte a resolutividade dos problemas de saúde enfrentados pela população. No entanto, este cuidado está voltado para um modelo biologicista, não valorizando os fatores socioculturais envolvidos no processo de saúde/doença.”

Terapias cicatrizantes combinadas podem ser, nesse contexto, potencializadores dos efeitos do tratamento, levando ao ferimento um processo de cicatrização mais rápido e menos oneroso. Sendo assim, a utilização de terapias fotodinâmicas tem ganhado espaço no tratamento em feridas, sendo usadas como terapias coadjuvantes ou terapias principais.

Estas consistem na exposição prévia de um corante fotossensibilizador a ferida e posteriormente na irradiação luminosa, espera-se que haja um estresse oxidativo que induz uma citotoxicidade celular, que irá levar a morte dos microrganismos. A terapia fotodinâmica é amplamente utilizada em casos de neoplasias, processos infecciosos e como terapia

cicatrizante no reparo tecidual (CARRINHO, 2017).

Desde os tempos imemoriais, a coletividade humana acumula uma quantidade imensurável de informações que, perante as necessidades de sobrevivência, viabilizaram a continuidade da vida humana. O ser humano encontrou na natureza recursos básicos como alimentação, vestuário e medicamentos que se conservam até os dias atuais por diversos povos e sociedades, principalmente aqueles mais distantes dos grandes centros populacionais (SANTOS, LIMA, 2017).

Para Hamilton, 2003. “As plantas medicinais representam a principal matéria médica utilizadas na medicina tradicional, tendo suas práticas terapêuticas sendo a medicina popular a maior no contexto de espécies vegetais e animais”.

Posto que produtos fitoterápicos tenham grande significância na assistência à saúde, surgem questões como: para qual injúria estes são indicados? Vários autores reportaram a medicina tradicional e o uso de plantas e animais medicinais nas comunidades e nos serviços de saúde como formas de prevenção, tratamento ou cura, com amplas ações no organismo; exemplos desses efeitos são: ação nas injúrias pulmonares, contra veneno em acidentes com animais peçonhentos, efeito desintoxicante, dentre outras (BRASIL, 2012; ANVISA, 2014). A busca por associações de tecnologias para a finalidade terapêutica e curativa ganha a cada dia mais fortalecimento pela comunidade científica e principalmente pelo uso dos profissionais. Dentre as terapias podemos citar a fotobiomodulação.

A fotobiomodulação usa luz vermelha ou infravermelha para curar, restaurar e estimular múltiplos processos fisiológicos, atuando na reparação de danos causados por lesão ou doença (HULTMAN, 2014).

A Laserterapia traz resultados eficazes e satisfatórios no tratamento da aparência das cicatrizes de queimaduras, e as variáveis avaliadas são; a pigmentação, vascularização, flexibilidade tecidual e espessura (BOMBARO, 2003). Na fotobiomodulação podemos contar com a terapia fotodinâmica. A Terapia Fotodinâmica (PDT) é uma terapêutica empregada para atuar na redução microbiana e tumoral. Empregando a combinação de um fotossensibilizador com radiação eletromagnética ao oxigênio tecidual, o que gera alto efeito citotóxico no local, levando a célula ou o microrganismo à morte (MOURA, 2018).

O fotossensibilizador usado - azul de metileno, usado na técnica de terapia fotodinâmica, apresenta um comprimento de absorção na faixa do vermelho em torno de 660 nm, o que confere uma boa penetração na pele, e a comprovação da eficácia contra a ação de bactérias e uma baixa toxicidade (LONGO; AZEVEDO, 2010).

A terapia fotodinâmica PDT, tem a vantagem de ser seletiva tanto do fotossensibilizador com as células quanto do foco de luz aplicado na lesão, possibilitando repetições de sessões de acordo ao critério clínico, além de ser um procedimento não invasivo, o que viabiliza a aplicação em pacientes idosos e pediátricos (PERUSSI, 2007).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca do cuidado desenvolvido em um paciente com lesão pós-cirúrgica de cirurgia ortopédica que evoluiu com comprometimento vascular, o acompanhamento se deu durante o atendimento ambulatorial do mesmo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES



A Figura 1 demonstra os aspectos visuais do caso de forma significativos do ponto de vista da evolução clínica do processo de cicatrização, incluindo formação do tecido de granulação, presença de exsudato e borda da lesão. No dia 0 é possível perceber uma ferida extensa, com muita fibrina, tecido esfacelado, bordas maceradas. No 15º dia é possível perceber que não há mais fibrina, e que o tecido de granulação já está bem definido. Já no 60º a ferida apresenta uma regressão de sua extensão e já inicia o processo de reepitelização.

Fonte: acervo pessoal.

Paciente 59 anos, sexo masculino, vítima de acidente automobilístico em 2000, com fratura grave no tornozelo. Hospitalizado e submetido ao procedimento cirúrgico ortopédico, com inserção de síntese de titânio parafusos de órtese e prótese, para fixação da fratura. Em virtude de complicações na lesão, foi diagnosticado com trombose e úlcera vasculogênica, comprometendo todo processo de cicatrização e principalmente no traçado do plano assistencial terapêutico. Paciente foi referenciado ao centro de tratamento de feridas para avaliação, sendo atendido pela equipe multiprofissional.

Ao iniciar o tratamento a lesão apresentava grande quantidade de biofilme em toda extensão da lesão, exsudato 75% da lesão, grande quantidade tecido esfacelado; como medida imediata intervencionista, para reduzir biofilme, foi realizadas aplicações com

formulações fitoterápicas com ativos (Melaleuca, copaíba, lavanda e óleo de girassol nas concentrações de 3%) e associada à terapia fotodinâmica, (azul de metileno a 1% e laser vermelho), para intercalar os procedimentos. Atualmente o tratamento para o tratamento de feridas é baseado em ações multidisciplinares, o que foi decisivo para a enfermagem o poder de decisão em condutas e um vasto meio para demonstrar o saber. Vale enfatizar que para ter o sucesso no tratamento depende, dentre outros fatores, a escolha correta da intervenção, da melhor técnica a ser aplicada e o produto a ser escolhido (FERREIRA, 2003).

A Enfermagem ganhou mais visão, principalmente na prevenção e no tratamento de lesões, o que de certa forma possibilita uma assistência de enfermagem mais fundamentada e com maior poder de decisão.

A terapia fotodinâmica (PDT) seguiu o protocolo de 1 aplicação semanal de azul de metileno a 1%, irradiado com placa da marca Cicatrillux laser vermelho, durante 10 minutos.

Após o procedimento de PDT, lesão irrigada com soro fisiológico e aplicada formulação fitoterápica, seguido de oclusão da lesão. Em 15 dias após as condutas, foi possível detectar redução significativa de biofilme, melhoras na cicatrização e aumento de tecido de granulação, redução de foco inflamatório e retração de borda, evidenciando um êxito na conduta inicial. A terapia fotodinâmica é um tratamento alternativo para lesões superficiais, graças à técnica fotossensibilizante como o azul de metileno e irradiação com laser vermelho age como bactericida, em virtude da otimização gerada pela absorção do corante, bem como a produção de radicais livres citotóxicos do corante, permitindo inviabilizar células e microorganismos, ativando a cascata de necrose, apoptose e autofagia celular. (NÓBREGA, 2005).

Em estudos com uso da Terapia Fotodinâmica em feridas infectadas houve sucesso na condução do tratamento, o que diminui a possibilidade da evolução para amputações (TARDIVO, 2014. JUNIOR, 2015).

Desta forma é importante destacar que a Terapia Fotodinâmica é uma terapia adjuvante, que traz excelentes resultados para viabilizar o processo de cicatrização de feridas de maneira mais ágil e com menos ônus (CARRINHO, 2017).

Sabendo de todas as dificuldades enfrentadas, principalmente pelos pacientes que necessitam dos serviços públicos de saúde, é que se torna fundamental traçar medidas tanto de prevenção quanto de tratamento com possibilidades acessíveis e que tragam agilidade, eficácia e principalmente a qualidade de vida ao paciente.

Os fitoterápicos da conduta nomeados: Copaíba cicatrizante e bactericida, Melaleuca, atividade antimicrobiana, função antiinflamatória, antiviral e antitumoral (Batistin, 2018); Lavanda antiinflamatório, bactericida, antisséptico, hidratante e cicatrizante; óleo de girassol ácido graxo essencial cicatrizante (TUMEN, 2013).

A opção de adotar medidas complementares para favorecer a cicatrização foi

fundamental, pois a escolha dos fitoterápicos foi decisiva. A Melaleuca-Melaleuca ***Alternifolia***. É uma espécie que tem atividade Antifúngica, antimicrobiana, analgésica, bacteriostática, balsâmica e antisséptica (HARIFI-RAD,2017). ***Copaíba- Copaifera langsdorffii***. Com suas propriedades cicatrizantes, antiinflamatória, Antiedematoso e antisséptico (PALHETA,2017).

Uma ação que chama atenção pela sua relevância é o efeito cicatrizante, este é mencionado na grande maioria dos levantamentos etnofarmacológicos, e diz respeito a um fenômeno sequencial que envolve mecanismos bioquímicos específicos que tem como finalidade reparar uma superfície da pele anteriormente lesionada, sendo este um processo dinâmico que possui características fisiológicas que se apresentam em constante modificação e de forma complexa (FARIAS, 2016).

A utilização de plantas como recurso terapêutico por fitoterapia, que consiste na utilização de medicamentos cujo seus princípios ativos são plantas ou derivados vegetais, e que se originam do saber popular (SANTOS, LIMA, FERREIRA, 2008). Estes vegetais utilizados para esse fim são popularmente denominados medicinais, e são preparadas a partir de técnicas empíricas, utilizando-se de produtos biológicos de plantas como extratos, sementes, estruturas e metabólicos para obtenção de tônicos, e elixires, garrafadas, pomadas dentre outros (BRASIL, 2012).

É importante destacar que quando se alia terapias que se complementam, com certeza o tratamento trará uma resposta mais rápida no que tange a cicatrização. É notável que a terapia fotodinâmica é, sim, um promissor tratamento para contribuir principalmente para redução do processo infeccioso, o que traz a resposta positiva para a cicatrização (NESI-REIS,2018).

4 | CONCLUSÃO

O paciente permanece em tratamento até completar o fechamento total da lesão. O relato de caso demonstrou a importância da associação de técnicas complementares na aplicação de curativos, combinando elementos da fitoterapia, combinados a terapia fotodinâmica-(PDT) no tratamento de lesões crônicas, para acelerar o processo cicatricial e estabelecer a qualidade de vida do paciente. Lesões complexas demandam atenção especial, olhar multiprofissional capaz de avaliar a ferida e traçar um plano terapêutico que contemple as necessidades. A inclusão de terapias curativas associadas às técnicas mais avançadas como lasers, terapia fotodinâmica, ozônio, LED, permitem que o profissional analise, individualize e padronize um plano terapêutico, garantindo eficácia no tratamento, proporcionando resultados mais céleres ao paciente, garantindo a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Guia de orientação para registro de medicamento fitoterápico e registro e notificação de produto tradicional fitoterápico**. Instrução normativa nº 4, 18 de jun. 2014.

BATISTIN, Fabricio. **Melaleuca alternifolia and its application against dental plaque and periodontal diseases: A systematic review**. *Phytother Res*, 32(2):230-242, Feb. 2018.

BOMBARO KM, ENGRAV LH, CARROUGHER GJ, WIECHMAN SA, FAUCHER L, Costa BA, et al. **What is the prevalence of hypertrophic scarring following burns?** *Burns* 2003; 29:299–302.

BRASIL, Ministério da saúde. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília, Distrito Federal, 2012.

CARRINHO, Patrícia Michelassi Aureliano. **Efeitos biológicos produzidos pela terapia fotodinâmica na reparação de feridas diabéticas em humanos**. Dissertação (doutorado) Universidade Brasil, 2017.

COLARES, Carlos Matheus Pierson et al. **Cicatrização e tratamento de feridas: a interface do conhecimento à prática do enfermeiro**. *Enfermagem em Foco*. 2019.

COSTA, RKS, Torres GV, Salvetti MG, Azevedo IC, Costa & Costa MAT. **Validade de instrumentos sobre o cuidado de enfermagem à pessoa com lesão cutânea**. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2014[cited 2017 May 20];27(5):447-57. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0447.pdf

FARIAS, Gabrielle Begido Gonzaga de. **Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre o cuidado com feridas**. *Revista de enfermagem da UFPE*. 2016.

FERREIRA, E, Lucas R, Rossi LA, Andrade D. **Curativo do paciente queimado: uma revisão de literatura**. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(1):44-51.

HARIFI-RAD, Magid; IRITI, Marcello. **Plants of the Melaleuca Genus as Antimicrobial Agents: From Farm to Pharmacy**. *PhytotherRes*, 31(10):1475-1494, Oct. 2017.

HULTMANN CS, Friedstat JS, Edkins RE, Cairns BA, Meyer AA. **Laser resurfacing and remodeling of hypertrophic burn scars: the results of a large, prospective, before-after cohort study, with long-term follow-up**. *Ann Surg*. 2014 Sep;260(3):519-29; discussion 529-32. doi: 10.1097/SLA.0000000000000893. Erratum in: *Ann Surg*. 2015 Apr;261(4):811. PMID: 25115428.

JUNIOR ACS, Tardivo JP, Mascarenas BM, Ramiro RE, Santomauro AT, Correa JA, et al. **A New Proposal for the Treatment of Patients with Diabetic Foot Photodynamic Therapy**. *Diabetes*. 2015;64(Suppl1):A185-6. 11.

LONGO, J. P. F; AZEVEDO, R. B. **Efeito da terapia fotodinâmica mediada pelo azul de metileno sobre bactérias cariogênicas**. *Rev. Clín. Pesq. Odontol*, n.3, p. 249-257, 2010.

MOURA, José Pedro Gomes; BRANDÃO, Lethicia Barreto; BARCESSAT, Ana Rita Pinheiro. **Estudo da Terapia Fotodinâmica (PDT) no reparo de lesões teciduais: estudo de casos clínicos**. *Estação Científica (UNIFAP), [S.l.]*, v. 8, n. 1, p. 103-110, jan. 2018. ISSN 2179-1902. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/3511>>. Acesso em: 14 mar. 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.18468/estcien.2018v8n1.p103-110>.

NESI-REIS V, Lera-Nonos DSSL, Oyama J, Silva-Lalucci MPP, Demarchi IG, Aristides SMA, et al. Contribution of photodynamic therapy in wound healing: A systematic review. *Photodiagnosis Photodyn Ther.* 2018; 21 (3): 294-305. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29289704>

NÓBREGA F.J. de O. **Estudo histológico da ação do laser e da terapia fotodinâmica no processo de reparação de feridas cutâneas em ratos tratados com corticóide.** Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2005.

PALHETA, Caroline & Silva, Wescley & Couteiro, Rodrigo & Silva, Paulo & Souza, Raíra & Dias, Daniela & Alho, Bianca & Silva, Andressa & Botelho, Nara & Carneiro, Francisca. (2017). **Effect of copaiba oil associated with microneedling on the skin of rats: A comparative study.** *Surgical and Cosmetic Dermatology.* 9. 290-295. 10.5935/scd1984-8773.2017941102.

PERUSSI, J. R. **Inativação fotodinâmica de microrganismos.** *Rev. Quim. Nova,* n. 4, p. 988-994, 2007.

REIS DB, Peres GA, Zuffi FB, Ferreira LA, Poggetto MTD. Care for people with venous ulcers: the perception of nurses in the family health strategy. *Rev Min Enferm [Internet].* 2013[cited 2017 Jul 10];17(1):101-6.

SANTOS, Carlos Alberto Batista dos; LIMA, Jaciara Raquel Barbosa de. **A Zooterapia do povo indígena Pankararú no Semiárido Pernambucano.** Sociedade Brasileira de Ecologia Humana – SABEH. Juazeiro, 2017.

SANTOS, Maurício Reginaldo A dos; LIMA, Maria Railda de; FERREIRA, Maria das Graças R. **Uso de plantas medicinais pela população de Ariquemes, em Rondônia.** *Revista de Horticultura Brasileira.* Rondônia, 2008.

T I, Süntar I, Eller FJ, Keleş H, Akkol EK. **Topical wound-healing effects and phytochemical composition of heartwood essential oils of *Juniperus virginiana* L., *Juniperus occidentalis* Hook., and *Juniperus ashei* J. Buchholz.** *J Med Food.* 2013 Jan;16(1):48-55. doi: 10.1089/jmf.2012.2472. PMID: 23297713.

TARDIVO, JP, Adami F, Correa JA, Pinhal MAS, Baptista MS. A clinical trial testing the efficacy of PDT in preventing amputation in diabetic patients. *Photodiagnosis Photodyn Ther.* 2014;11(3):342-50. <https://doi.org/10.1016/j.pdpdt.2014.04.007>.

CAPÍTULO 16

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA DOENÇA RENAL NA VIDA DIÁRIA DE PACIENTES EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS) NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PR

Data de aceite: 20/04/2021

Juliana Regina Dias Mikowski

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa/PR
<http://lattes.cnpq.br/7794236796565015>

Giovana Rodrigues da Silva

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa/PR

Camila Marinelli Martins

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa/PR
<http://lattes.cnpq.br/7794236796565015>

RESUMO: A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública que provoca mudanças no cotidiano do paciente e afeta sua Qualidade de vida (QV) de forma direta.

Objetivo: Avaliar os efeitos da Doença Renal na vida diária de pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) com Doença Renal Crônica, modalidade hemodiálise (HD). **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal e retrospectivo, realizado na clínica de TRS do Hospital Santa Casa de Misericórdia em Ponta Grossa-PR e envolveu 97 pacientes. O instrumento utilizado para avaliação da QV foi o questionário estruturado KDQOL-SF™, aplicado no período de 2016 a 2019. **Resultados:** O impacto maior na QV foi identificado nos escores papel físico (limitação) (49,5±41,6), Dor (45,8±30,8), Fardo da DRC (44,4±29,8), Status de

Trabalho (18,9±32,5), Qualidade das Interações sociais (11,8±17,4) e Função cognitiva (6,2±10,8).

Conclusão: O presente estudo mostrou quais situações estão mais impactadas na vida diária do paciente em terapia renal substitutiva, onde as complicações presentes nos pacientes mostraram-se como obstáculos que necessitam da atenção dos profissionais enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Renal Crônica; Hemodiálise; Qualidade de vida.

EVALUATION OF THE EFFECTS OF KIDNEY DISEASE ON THE DAILY LIFE OF PATIENTS UNDERGOING RENAL REPLACEMENT THERAPY (RRT) IN THE CITY OF PONTA GROSSA STATE OF PARANA

ABSTRACT: Chronic Kidney Disease (CKD) is a public health problem that causes changes in the daily life of the patient and affects their Quality of Life directly. Objective: To evaluate the effects of Kidney Disease on the daily life of patients in Renal Replacement Therapy (RRT) with Chronic Kidney Disease, modality hemodialysis (HD). Methodology: This is a quantitative, descriptive, cross-sectional and retrospective study, conducted at the Renal Replacement Therapy clinic of the Hospital Santa Casa de Misericórdia in Ponta Grossa state Parana and involved 97 patients. The instrument used to evaluate Quality of Life was the structured questionnaire KDQOL-SFTM™, applied from 2016 to 2019. Results: The greatest impact on Quality of Life was identified in the physical role (limitation) scores (49.5±41.6), Pain (45.8±30.8), Burden of CKD (44.4±29.8), Work Status (18.9±32.5), Quality of Social

Interactions (11.8±17.4) and Cognitive Function (6.2±10.8). Conclusion: The present study showed which situations are most impacted in the daily life of the patient in renal replacement therapy, where the complications present in the patients are shown as obstacles that need the attention of the nursing professionals.

KEYWORDS: Chronic Renal Disease; Hemodialysis; Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela lesão do parênquima renal e/ou redução progressiva da função renal por um período igual ou superior a 3 meses (JU et al.,2012). A maioria das formas da DRC é irreversível e progressiva e é composta de 5 estágios que caracterizam sua evolução (I, II, III, IV e V). O último estágio da DRC (estágio V) corresponde ao estágio terminal, no qual ocorre a necessidade de terapia de substituição da função renal (Ex. Hemodiálise) (LÓPEZ et al., 2011; ONUIGBO et al., 2014).

Esta doença se tornou um problema de saúde global que atualmente afeta 11,5% da população adulta (RICARDO et al., 2015). Com o progresso da doença, são utilizadas modalidades de terapia renal substitutiva, hemodiálise ou transplante, para proporcionar alívio de sintomas e preservar a vida do paciente, ainda que tais abordagens não sejam curativas. A hemodiálise (HD) é o método mais comumente utilizado, apesar de afetar negativamente a qualidade de vida (QV) do paciente (BASTOS, BREGNAN e KIRSZTAJIN, 2010; CAVALCANTI,2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que a QV é composta por aspectos positivos e negativos, possui carácter multidimensional e é subjetiva, definindo-a como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995).

A avaliação da Qualidade de Vida, não raramente, torna-se assunto quando se fala sobre Doença Renal Crônica (DRC), especialmente por ser categorizada entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Com o aumento da prevalência das DCNT, acentuou-se o desafio para as políticas públicas que visam a promoção do cuidado com a saúde, e a preservação ou a melhora da qualidade de vida das pessoas. O processo do adoecimento demonstra impacto direto na vida diária e no bem-estar do indivíduo, pois do ponto de vista prático, qualidade de vida pode ser entendida como a quantificação formal e padronizada na influência do adoecer por meio de medidas objetivas das consequências de sintomas na vida diária das pessoas (CHILOF, CERQUEIRA e BALBI, 2017).

O fato de sobreviver, às vezes por longos períodos, não significa “viver bem”, pois quase sempre há limitações com prejuízos da participação em várias atividades. Isso fez com que se desenvolvessem técnicas especiais por meio de instrumentos de avaliação (LAURENTI, 2003).

O impacto do tratamento dialítico na vida diária dos indivíduos é um critério

importante para avaliar a influência da doença no cotidiano das pessoas, e por este motivo, o presente estudo tem como objetivo descrever esse impacto na vida de indivíduos em terapia substitutiva, um assunto extremamente relevante, visto que a DRC traz importantes mudanças no dia-a-dia do paciente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal, o qual abordou pacientes com insuficiência renal crônica em Terapia Renal Substitutiva (TRS), modalidade Hemodiálise (HD) no intuito de conhecer sua qualidade de vida diante da doença crônica e o impacto que esta traz na rotina do paciente. Previamente os pacientes foram informados de maneira verbal e escrita sobre os objetivos da pesquisa, por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido, que foi assinado antes do início da entrevista. A pesquisa desenvolveu-se no período de 2016 a 2019, a seleção dos participantes, bem como os procedimentos relacionados a pesquisa, foram realizados na clínica de Terapia Renal Substitutiva do Hospital Santa Casa de Misericórdia em Ponta Grossa, o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, com parecer número 1.616.409.

Foi realizada uma amostragem não probabilística do tipo amostra por conveniência, após a verificação do número de pacientes com diagnóstico de DRC. Para a população estudada os critérios de inclusão foram: pacientes ambos os sexos, idade superior a 18 anos, diagnóstico de doença renal crônica; e os critérios de exclusão foram pacientes com complicações clínicas, necessidade de internação no último mês, pacientes com distúrbios psiquiátricos, pacientes que não conseguiram compreender as questões, e a recusa de participação na pesquisa.

O instrumento escolhido para a avaliação da qualidade de vida foi o Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form (KDQOL-SF™), um instrumento específico com 46 itens que avalia a doença renal crônica terminal, ainda inclui o MOS 36 Item Short Form Health Survey (SF-36) como uma medida genérica e é suplementado com escalas do tipo multi-itens, voltadas para as preocupações particulares dos pacientes renais crônicos, como lista de sintomas/problemas, efeitos da doença renal, sobrecarga da doença renal, papel profissional, função cognitiva, qualidade de interação social, função sexual, sono/repouso, suporte social, estímulo por parte da equipe de diálise e satisfação do paciente. Atualmente este é o questionário mais completo disponível para avaliar a QV de pacientes com DRC, possui uma apresentação abreviada que foi utilizada nesse estudo, o KDQOL™, que foi validado e adaptado para a realidade brasileira em um estudo com 94 pacientes (DUARTE et. al., 2005).

Para obter o escore de QV e mensurar o impacto de cada escore na vida diária, os valores numéricos presentes no questionário foram transformados em uma escala

percentual 0% a 100% para cada dimensão, segundo o manual para uso e correção do KDQOL SF-36, de modo que altos escores indicam melhor QV na dimensão analisada ou seja, escores altos representam uma alta qualidade de vida e escores baixos representam uma baixa qualidade de vida (GRASSELLI, CHAVES e SIMÃO, 2012).

Na análise estatística, inicialmente, procedeu-se a análise descritiva dos dados com estimativa frequência simples e relativas das medidas qualitativas e média, mediana e desvio padrão das variáveis quantitativas. O KDQOL possui metodologia própria para agrupamento das variáveis e geração de escores (DUARTE et. al., 2005).

Para estas análises, optou-se pela abordagem não paramétrica dos dados devido aos valores serem escalas e variáveis ordinais e a existência de variáveis com valores constantes. A diferença entre 2 grupos foi avaliada com o teste U de *Mann-Withney* e quando 3 ou mais, a prova de *Kruskall-Wallys* foi utilizada. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$ e as análises foram realizadas no SPSS 21.0.

RESULTADOS

A distribuição da população estudada, quando definida por gênero, mostrou equilíbrio entre os percentuais, com ligeiro predomínio do sexo feminino (51%), sem diferença estatisticamente significativa, com média de idade de $55,9 \pm 12,8$ anos e com escolaridade predominante no Ensino Fundamental I incompleto (28,6%).

O tempo de tratamento dialítico foi de 0-2 anos para 70% dos pacientes; de 2-4 anos (20%); de 4-6 anos (7%) e superior a 10 anos (3%). Hipertensão ou diabetes foram as principais causas da perda do funcionamento renal (27%).

Identificamos que 41,8% dos pacientes eram eutróficos, porém 32,7% apresentavam sobrepeso. Com relação ao estilo de vida avaliamos que parte dos pacientes não eram tabagistas (88,8%) e estavam acima do peso ideal, tendo como base o IMC.

Abaixo, apresentam-se os dados demográficos da pesquisa de acordo com o gênero (figura 1), com a idade (figura 2) e distribuição da escolaridade (figura 3).

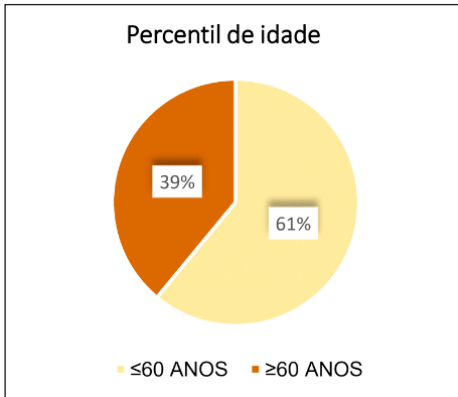


Figura 1: Dados demográficos referentes à idade da população amostral. Ponta Grossa/PR, Brasil, 2020.

Fonte: A autora (2020).

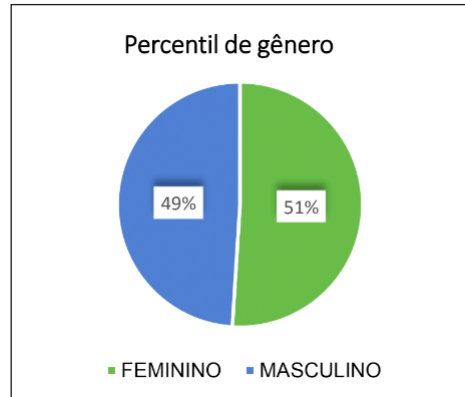


Figura 2: Dados demográficos referentes à idade da população amostral. Ponta Grossa/PR, Brasil, 2020.

Fonte: A autora (2020).

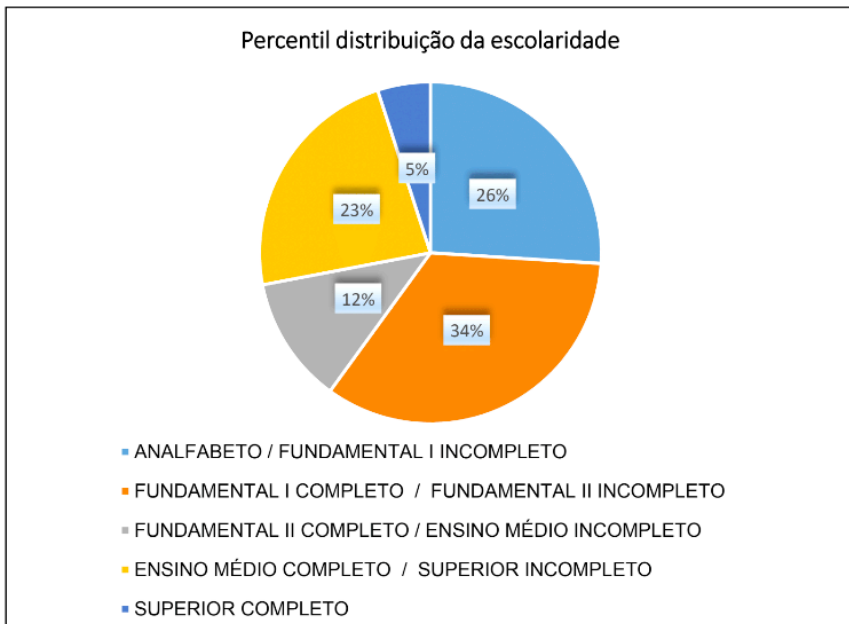


Figura 3: Dados demográficos referentes à escolaridade da população amostral. Ponta Grossa/PR, Brasil, 2019

Fonte: A autora (2020).

Em relação aos escores de QV, fornecidos pelo instrumento KDQOL SF-36, quanto mais próximos de 100, mais alta é a qualidade de vida do paciente, sendo menor o impacto

na vida diária do indivíduo. E para tal observou-se que o impacto maior na qualidade de vida foi identificado nos scores papel físico (limitação) (49,5±41,6), Dor (45,8±30,8), Fardo da DRC (44,4±29,8), Status de Trabalho (18,9±32,5), Qualidade das Interações sociais (11,8±17,4) e Função cognitiva (6,2±10,8). Abaixo, a Tabela 1 é apresentada com as médias de escores obtidos em cada categoria em ordem decrescente, bem como o desvio padrão.

KDQOL	Média	Mediana	Desvio padrão
Função Sexual	100,0	100,0	,0
Suporte Social	89,3	100,0	20,3
Incentivo da Equipe de Apoio	82,5	100,0	26,4
Papel emocional (limitação)	82,0	100,0	37,4
Sono	79,2	80,0	19,4
Efeitos da DRC	77,7	79,2	16,8
Lista de Sintomas/Problemas	77,7	79,2	12,7
Satisfação do Paciente	64,6	66,7	17,1
<i>Overall Health</i>	62,4	60,0	18,7
Função Social	56,1	50,0	20,6
Bem-estar emocional	55,2	52,0	15,3
Funcionamento Físico	53,5	57,5	30,6
Saúde Geral	51,2	50,0	19,8
Energia/Fadiga	50,1	50,0	16,4
Papel Físico (limitação)	49,5	50,0	41,6
Dor	45,8	43,8	30,8
Fardo da DRC	44,4	40,6	29,8
Status de Trabalho	18,9	,0	32,5
Qualidade das interações sociais	11,8	,0	17,4
Função Cognitiva	6,2	,0	10,8

Tabela 1 – Escores de Qualidade de Vida obtidas com o instrumento KDQOL SF-36. Ponta Grossa/PR, Brasil, 2020.

Fonte: A autora (2020).

Foram correlacionados os dados dos escores obtidos pelo instrumento KDQOL SF-36 com os fatores sócio demográficos, como o gênero, com o intuito de tabular as áreas mais afetadas para cada. A análise prévia desses dados mostrou que escores mais baixos em ambos os gêneros estavam presentes no papel físico, na dor, no fardo da DRC para o dia a dia, no status de trabalho, na qualidade das interações sociais e na função cognitiva.

É possível perceber semelhança entre os resultados apresentados na tabela 1 quando comparados com a tabela 2, apresentada abaixo, sobre as correlações entre Gênero e os Escores de Qualidade de vida. O Gráfico 4 apresenta as áreas mais afetadas com relação ao gênero da população amostral.

KDQOL	Feminino		Masculino		p-valor*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Lista de Sintomas/Problemas	76,6	11,9	78,7	13,6	0,468
Efeitos da DRC	76,1	16,6	78,9	17,0	0,389
Fardo da DCR	44,0	31,8	45,4	27,9	0,794
Status de Trabalho	18,8	30,3	18,4	34,9	0,630
Função Cognitiva	4,9	8,1	7,5	12,9	0,694
Qualidade das interações sociais	12,9	19,2	11,0	15,6	0,879
Função Sexual	100,0	,0	100,0	,0	1,000
Sono	77,5	18,2	81,2	20,7	0,137
Suporte Social	93,1	12,8	85,4	25,4	0,168
Incorajamento da Equipe de Apoio	81,3	29,8	83,9	23,1	0,641
Overall Health	62,1	17,0	62,2	20,2	0,831
Satisfação do Paciente	62,4	18,2	67,0	15,8	0,217
Funcionamento Físico	55,5	27,7	50,8	33,1	0,457
Papel Físico (limitação)	45,3	42,4	52,6	40,6	0,413
Dor	45,7	27,8	44,8	33,1	0,728
Saúde Geral	50,5	19,5	51,1	19,8	0,902
Bem-estar emocional	55,9	14,9	53,8	15,2	0,478
Papel emocional (limitação)	83,3	37,7	80,3	37,8	0,687
Função Social	58,6	19,7	52,8	20,6	0,031
Energia/Fadiga	50,0	14,2	49,1	17,1	0,779

*p-valor teste U de Mann-Withney entre sexos.

Tabela 2 – Escores de Qualidade de Vida em relação ao gênero com o instrumento KDQOL SF-36. Ponta Grossa/PR, Brasil, 2020.

Fonte: A autora (2020).

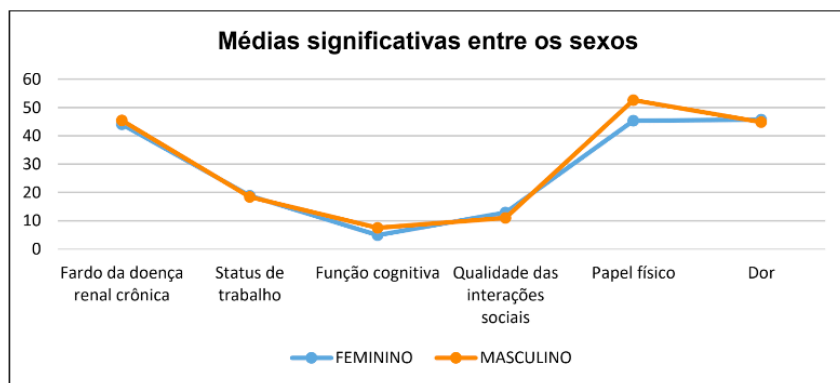


Figura 4: Escores mais afetadas em relação ao gênero. Ponta Grossa/PR, Brasil, 2020

Fonte: A autora (2020).

Foram correlacionados também, os dados dos escores obtidos pelo instrumento KDQOL SF-36 com a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), não observando diferenças relevantes com relação ao peso corporal. Contudo, foi verificado que houve

menor escore para Dor nos indivíduos Obesos (39,2±30,6) e sobrepeso (46,7±27,2) e para Bem estar emocional também nos Obesos (52,7±8,2) e sobrepeso (48,6±10,4). Status de trabalho e Função cognitiva mostraram-se os mais baixos escores para todos os grupos da classificação do IMC. Abaixo, na tabela 3, são apresentadas as correlações entre o peso corporal e os Escores de QV.

KDQOL	Baixo peso		Obeso		Peso normal		Sobrepeso		p-valor*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Lista de Sintomas/Problemas	81,2	8,5	79,9	15,6	77,5	13,1	75,5	11,2	0,425
Efeitos da DRC	75,9	19,6	79,7	16,9	78,0	15,8	76,3	18,2	0,944
Fardo da DCR	47,3	32,6	39,8	30,5	42,7	26,8	48,2	32,1	0,758
Status de Trabalho	7,1	18,9	31,2	44,3	19,5	29,3	12,5	28,4	0,283
Função Cognitiva	8,6	12,0	5,8	11,9	6,8	11,5	5,4	9,5	0,820
Qualidade das interações sociais	10,5	10,8	6,2	13,0	15,0	19,5	11,3	17,6	0,304
Função Sexual	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	1,000
Sono	70,7	13,7	80,0	20,8	81,7	19,1	78,1	19,5	0,250
Suporte Social	95,2	12,6	88,5	25,6	87,0	23,1	91,7	14,7	0,750
Encorajamento da Equipe de Apoio	85,7	37,8	94,5	11,2	76,5	27,7	82,4	26,7	0,059
Overall Health	71,4	19,5	61,3	17,8	63,2	19,0	59,1	18,0	0,263
Satisfação do Paciente	69,0	15,0	66,7	13,6	60,8	19,1	66,7	16,4	0,473
Funcionamento Físico	44,3	42,0	57,8	30,7	55,5	30,8	48,3	27,2	0,544
Papel Físico (limitação)	28,6	36,6	62,5	42,8	53,7	42,0	39,1	38,6	0,119
Dor	53,9	28,4	39,2	30,6	48,6	33,3	46,7	27,2	0,692
Saúde Geral	52,1	23,2	52,2	21,0	50,2	20,2	51,9	18,5	0,980
Bem-estar emocional	60,6	21,8	52,7	8,2	60,3	17,9	48,6	10,4	0,029
Papel emocional (limitação)	76,2	41,8	87,5	34,2	78,0	39,9	84,4	36,9	0,715
Função Social	55,4	32,2	46,9	9,7	65,2	25,2	49,6	8,1	0,006
Energia/Fadiga	45,7	26,4	47,5	8,9	53,3	19,9	47,7	11,1	0,664

*p-valor prova de Kruskal-Wallis entre as classificações de IMC.

Tabela 3 – Escores de Qualidade de Vida em relação ao IMC com o instrumento KDQOL SF-36. Ponta Grossa/PR, Brasil, 2020.

Fonte: A autora (2020).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo revelam semelhança entre os percentuais dos gêneros feminino e masculino, idade em torno de 55 anos e o nível de escolaridade predominante é o Ensino Fundamental I incompleto (28,6%). Tais dados estão em contraste com pesquisas que mostram predominância do sexo masculino quanto à DRC e o tratamento de HD

(BETTONI et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2016; ORLANDI et al., 2012; MARTINS et al., 2005). Porém, em concordância quando analisado o nível de escolaridade, pois, estudos mostram que quanto menor o grau de instrução da população, maiores são as demandas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (MALTA et al., 2017).

Pode-se observar que dentre todos os escores com alta percentagem de impacto sobre a vida diária, um dos mais baixos foi o status de trabalho, que avalia se os pacientes acreditam que a doença os impediu de exercer trabalho remunerado. Identificou-se que a DRC representa um empecilho para os pacientes que procuram trabalhar, oferecendo dificuldades para que se mantenham empregados e colaborem com a renda familiar.

Van Manen et al.(2003), indicaram que o maior impacto da HD sobre os pacientes pode ser atribuído ao forte sentimento de sobrecarga e frustração devido à doença e à dificuldade de manter o emprego, pois parte dos pacientes em terapia substitutiva não apresenta condições de trabalhar devido à carga imposta pelo tratamento hemodialítico.

São frequentes as queixas dos pacientes no término das sessões, relatando sintomas como fraqueza, mal-estar, náuseas, cansaço e câimbras, que dificultam ainda mais a possibilidade de trabalho (LOPES, FUKUSHIMA, INOUE et al., 2014).

Os pacientes com DRC em tratamento hemodialítico necessitam de muita atenção, apoio, carinho e compreensão principalmente dos familiares e amigos, sendo de extrema importância, visto que possuem uma dependência física e emocional que surge no momento no processo de adoecer. Suas interações sociais podem apresentar uma diminuição em dias de HD, pois o tratamento exige um gasto de energia maior e por consequência, há um desgaste físico. Além disso, a terapia exige descanso prolongado do corpo, sendo de extrema importância uma rede de apoio (CONTENTE et al., 2018).

Os familiares são atingidos pelas mudanças decorrentes do tratamento, já que precisam ajustar sua rotina diária às necessidades de apoio ao familiar que apresenta insuficiência renal crônica, por este motivo a qualidade de vida, que significa o modo como a doença e o tratamento influenciam a percepção individual, pode estar afetada não só no paciente como também naqueles que estão à sua volta (SILVA et.al, 2020).

Geralmente, o paciente que possui DRC apresenta algumas restrições e prejuízos no seu papel físico. Resultados semelhantes são apresentados em outros estudos como o de LOPES et. al., (2014), que encontraram escore 41,05 e 37,12, respectivamente, para a dimensão suporte físico. É comum que os pacientes apresentem limitações em decorrência da doença para andar, correr, carregar peso, subir escadas, resultando assim, em um baixo escore do papel físico.

Na dimensão de função cognitiva, é sabido que há um declínio devido à prevalência de doenças como a hipertensão e diabetes mellitus e consequente uso diário de medicamentos, fatores que podem acarretar prejuízos à função cognitiva por se tratar de um grupo de risco (SILVA et al., 2017). Ademais, o processo de envelhecimento humano, afeta não somente as funções corporais e físicas, mas também a função cognitiva, um dos

escores apontados como influentes no déficit da qualidade de vida da população estudada.

A dimensão fardo da doença renal obteve também baixo escore, pois os pacientes renais crônicos, além de enfrentarem problemas físicos e psicológicos decorrentes da patologia, passam muito tempo envolvidos com as sessões de hemodiálise e com os cuidados domiciliares necessários, ocasionando um sentimento de fardo para seus familiares (MACEDO et al., 2015).

Conforme evidenciado no presente estudo, os escores obtidos foram semelhantes quando avaliada a qualidade de vida com relação aos gêneros, em que fatores baixos para ambos os sexos estavam no âmbito do fardo da DRC, status de trabalho, qualidade nas interações sociais, função cognitiva, papel físico e dor, sendo os dois últimos apontados em estudos similares como de maior sensibilidade para o sexo feminino (ERBS et al., 2011).

Quando correlacionados os dados dos escores obtidos pelo KDQOL SF-36 com a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), o Status de trabalho e Função cognitiva mostraram-se os mais baixos escores para todos os grupos da classificação do IMC. Nessa análise foi possível verificar que a QV em pacientes com DRC é menor em obesos, do que nos pacientes sobrepeso em relação à dor e ao bem estar emocional, isso porquê, pacientes com sobrepeso tendem a terem maiores dificuldades para locomoção, maiores problemas com doenças crônicas, o que facilita a predisposição à dor.

Já sobre o bem estar emocional, sabe-se que a maioria dos pacientes que estão acima do peso, não aceitam seu corpo, sofrem bullying pela sociedade e assim sofrem de problemas psicológicos, o que dificulta ainda mais sua QV. Estudos mostram que o excesso de peso pode levar à inibição e ao isolamento pessoal, o que pode comprometer a qualidade de vida, a realização de atividades como a compra de roupas e até mesmo sair de casa e sentir-se bem no meio social (MACEDO et.al, 2019).

No que diz respeito ao status de trabalho que apresentou o menor escore em relação ao peso corporal, Macedo et al., (2019) diz que a busca pela beleza e perfeição do corpo simboliza sucesso pessoal e profissional. Em vista disso, as pessoas perseguem desesperadamente uma imagem corporal ideal. Assim na maioria das vezes os pacientes param de trabalhar para evitar constrangimentos e se isolam no seu próprio mundo, de sessões de hemodiálise, idas aos médicos e ficar em casa para repouso, ou seja, evitam ao máximo contato com o próximo, justamente pelo seu excesso de peso e vergonha do seu corpo.

De acordo com Silva et. al., (2020) compreender os efeitos da doença renal na rotina diária e as representações sociais desses pacientes oferecem suporte ideal para o enfrentamento da doença. Os autores afirmam que a percepção de melhora ou piora da condição crônica auxilia o tratamento, uma vez que perceber o quanto o tratamento interfere na realização das atividades impacta diretamente o bem-estar individual.

Ainda que a qualidade de vida do paciente renal crônico tenha vital importância, o processo do adoecimento demonstra impacto direto no dia a dia e no bem-estar, sentida de

forma única e individual por cada sujeito. As formas de enfrentamento dependem que se tenham recursos de apoio psíquicos e físicos disponíveis ao paciente, para que haja uma construção e ressignificação das novas condições.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que pacientes com DRC em tratamento hemodialítico possuem importantes alterações da doença refletindo na sua vida diária em vários aspectos. Fatores estes que não afetam em grandes proporções a qualidade de vida do paciente, mas que podem delinear ações voltadas a cada item específico, mantendo seu bem-estar geral ao longo ao tratamento.

Muitas situações estão mais impactadas na vida diária do paciente em terapia renal substitutiva e complicações presentes nos pacientes ao longo do tratamento mostram-se como obstáculos que necessitam da atenção dos profissionais de saúde e dos vínculos afetivos, delineando ações específicas a cada problema encontrado com vistas à melhora da qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

BASTOS, MG, BREGMAN, R, KIRSZTAJN, GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(2): 248-53;

BETTONI, L. C.; OTTAVIANI, A. C.; ORLANDI, F. S. Associação entre o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19, 28 nov. 2017;

CAVALCANTE, MCV, LAMY, ZC, LAMY FILHO, F, FRANÇA, AKTC, SANTOS, AM, THOMAZ, EBAF, SILVA, AAM, SALGADO FILHO, N. Fatores associados à qualidade de vida em adultos do nordeste brasileiro. *J Bras Nefrol* 2013;35(2):79-86;

CHILOF CLM, CERQUEIRA ATAR, BALBI AL. Qualidade de vida no tratamento da doença renal crônica: um desafio. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2017;

CONTENTE SR et al. Rotina e qualidade de vida de usuários em terapia renal substitutiva. *Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto*, v. 19, n. 2, p. 81-93, 2018;

DUARTE PS, MIYAZAKI, MCOS, CICONELLI, RM, SESSO, R, Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação de Qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(4): 375-81;

DUARTE PS, CICONELL RM, SESSO R. Cultural adaptation and validation of the "Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF 1.3)" in Brazil. *Braz JMed Biol Res* 2005;38:261- 70;

ERBS GC, LUZ HA, DEBONI LM et al. A insuficiência renal crônica: A qualidade de vida e as questões de gênero. *Fundação pró rim, portal dos psicólogos online, psicologia-pt*, 24-04-2011;

GORDIA, A. P. et al. Sociodemographic variables as determinant of the environment domain of quality of life of adolescents. *Cien Saude Colet.* v. 14, n. 6, p. 2261-2268, 2009;

GRASSELLI SMC, CHAVES CLE, SIMÃO TP, BOTELHO PB, SILVA RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2012;10(6):503–7;

LAURENTY, R. A mensuração da qualidade de vida. Rev Assoc Med Bras, 49(4): 349-66,2003;

LOPES JM, MOR FUKUSHIMA RL, INOUE K, LOST PAVARINI SC, SOUZA FO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. 2014;

LÓPEZ-NOVOA, J. M. et al. Etiopathology of chronic tubular, glomerular and renovascular nephropathies: Clinical implications. Journal of Translational Medicine. 2011.

MACEDO TTS, PORTELA PP, PALAMIRA CS, MUSSIL FC. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. Universidade Federal da Bahia. Salvador - BA, Brasil. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(3) Jul-Set 2015;

MALTA DC, BERNAL RT, LIMA MG et al. Doenças Crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública vol.51 (Sup. 1) São Paulo 2017;

MARTINS MRI, CESARINO CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latino-am Enfermagem, 2005;

OLIVEIRA APB, SCHIMIDT DB, AMATNEEKS TM, SANTOS JC, CAVALLET LHR, MICHEL RB. Qualidade de vida em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalização e má adesão ao tratamento. J. Bras. Nefro 2016;

ONUIGBO, M. A. C. et al. Chronic kidney disease prediction is an inexact science: The concept of “progressors” and “nonprogressors” World Journal of Nephrology. v. 3, n. 3, p.31-49, 2014;

ORLANDI FS, PEPINO BG, PAVARINI SC et al. Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. Ver. Escola de Enfermagem USP, São Paulo, 2012;

RICARDO, A. C. et al. Healthy lifestyle and risk of kidney disease progression, atherosclerotic events, and death in CKD: findings from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. Am J Kidney Dis. v.65, n. 3, p. 412-24, 2015.

SILVA KAL, CARGNIN MCS, VENTURA J et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal em tratamento hemodialítico. Rev. enferm UFPE online, Recife, 11(Supl. 11):4663-70, nov., 2017;

SILVA MR, MOURA LMS, BARJUD LLE, BATISTA GS, SILVA FILHO ML. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos a hemodiálise: Uma revisão integrativa. Braz. J. Hea. Rev. Curitiba, v. 3, n. 4, p. 9344-9374 jul./aug. 2020.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med, v. 41, n. 10,p. 1403-1409, nov. 1995.

VAN MANEN JG, KOREVAAR JC, DEKKER FW, et al. Psychosocial factors and quality of life in Young hemodialysis patients with low comorbidity. J Nephrol, 2003;

CAPÍTULO 17

HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 25/02/2021

Sara Cristina Pimentel Baia

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Santarém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/4541960771886190>

Irineia de Oliveira Bacelar Simplicio

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Santarém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/6339154739248101>

RESUMO: A hidrocefalia de pressão normal (HPN) é uma síndrome neurológica provocada pelo aumento do volume de líquido cefalorraquidiano (LCR) nos ventrículos cerebrais. Acomete principalmente idosos com idade entre 70 a 80 anos. É caracterizada por uma tríade de sintomas, composta de apraxia de marcha, demência e incontinência urinária. Estima-se que a incidência da doença é em torno de 1 a 5 casos por 100.000 habitantes, anualmente. Além disso, no Brasil estudos sugerem que há cerca de 50.000 casos da doença. Este estudo objetiva aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente acometido por hidrocefalia de pressão normal. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado durante as aulas práticas de clínica cirúrgica, realizado em um hospital público no município de Santarém – Pará. A análise ocorreu a partir da observação sistemática e dirigida do cliente e implementação da SAE, seguindo a

taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I). Com base nas etapas da SAE foi possível observar e relacionar problemas encontrados no paciente, onde se evidenciou os seguintes diagnósticos: constipação intestinal, distúrbio no padrão do sono, mobilidade física prejudicada, memória prejudicada, risco de infecção do sítio cirúrgico, risco de quedas e conforto prejudicado. Ademais, foram realizadas as intervenções de enfermagem, com objetivo de promover ao cliente melhora do quadro clínico. Dessa forma, aplicar a SAE ao paciente com hidrocefalia de pressão normal foi de notável importância durante o gerenciamento do cuidado de enfermagem, pois realizar as intervenções assistenciais baseadas na taxonomia NANDA-I, foram essenciais para a melhora da condição clínica do cliente.

PALAVRAS-CHAVE: Hidrocefalia. Enfermagem. NANDA-I. Implementação.

NORMAL PRESSURE HYDROCEPHALY: NURSING CARE SYSTEMATIZATION

ABSTRACT: Normal pressure hydrocephalus (NPH) is a neurological syndrome caused by an increase in the volume of cerebrospinal fluid (CSF) in the cerebral ventricles. It mainly affects elderly people 70 to 80 years old. It is characterized by a triad of symptoms, consisting of gait apraxia, dementia and urinary incontinence. It is estimated that the incidence of the disease is around 1 to 5 cases per 100.000 inhabitants, annually. In addition, in Brazil studies suggest that there are about 50.000 cases of the disease. This study aims to apply the Nursing Care Systematization

(NCS) to patients affected by normal pressure hydrocephalus. This is a descriptive study of the experience report type, lived during the practical classes of surgical clinic, carried out in a public hospital in the municipality of Santarém - Pará. The analysis occurred from the systematic and directed observation of the client and implementation of the NSC, following the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) taxonomy. Based on the NCS steps, problems evidenced in the patient's condition, where the following diagnoses were found: constipation, disturbed sleep pattern, impaired physical mobility, impaired memory, risk of infection of the surgical site, risk of falls and impaired comfort. In addition, nursing interventions were carried out in order to promote improvement of the patient's clinical situation. Thus, applying NCS to patients with normal pressure hydrocephalus was of great importance during the management of nursing care, since carrying out care interventions based on the NANDA-I taxonomy, were essential for the improvement of the client's clinical condition.

KEYWORDS: Hydrocephalus. Nursing. NANDA-I. Implementation.

1 | INTRODUÇÃO

A hidrocefalia de pressão normal (HPN) é uma alteração neurológica provocada pelo aumento do volume de líquido cefalorraquidiano (LCR) nos ventrículos cerebrais, podendo acarretar ou não no aumento da pressão intracraniana (AZEVEDO; MENDES 2019). A fisiopatologia dessa síndrome ainda é pouco definida. No entanto, presume-se que seu mecanismo de instalação está associado com absorção líquórica deficiente, isquemia cerebral, redistribuição dos batimentos vasculares e redução da complacência do parênquima encefálico, vasos sanguíneos e espaço subaracnóideo (ALVARENGA et al., 2018).

O distúrbio neurológico é caracterizado por uma tríade de sintomas, composta de apraxia de marcha, demência e incontinência urinária (PEDRO et al., 2019). Além disso, os indivíduos mais acometidos pela doença são idosos entre 70 à 80 anos. Estimativas sugerem que a incidência da HPN é em torno de 1 a 5 casos por 100.000 habitantes, anualmente. Além do mais, estudos sugerem que há cerca de 50.000 casos da doença no Brasil. Dentre todas as formas de demência, essa abrange entre 1 a 6% (ROCHA et al., 2016).

O retardo do desenvolvimento neuropsicomotor é sem dúvida a consequência mais preocupante, apresentada pelos pacientes após o tratamento, uma vez que afeta diretamente as capacidades do portador da doença, impactando muitas vezes, nos seus vínculos familiares e sociais (MIRANDA et al., 2019).

Para o diagnóstico da HPN é levada em consideração à presença dos sintomas clássicos, caracterizado pela tríade clínica correlacionada com a dilatação ventricular não associada à atrofia cerebral, assim como, os valores da pressão líquórica inferiores a 18 cm de água (ROCHA et al., 2016). É necessário iniciar o diagnóstico diferencial da HPN com doença de Alzheimer e doença de Parkinson, através da definição do perfil cognitivo

de forma precoce, para o prognóstico favorável do paciente portador de HPN (ALVARENGA et al., 2018).

2 | OBJETIVOS

Este estudo objetiva relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente acometido por hidrocefalia de pressão normal.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado durante as aulas práticas de clínica cirúrgica, realizado em um hospital público no município de Santarém – Pará, por acadêmicos do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará Campus XII, durante o primeiro semestre de 2019. A análise ocorreu a partir da observação sistemática e dirigida do cliente e implementação da SAE, seguindo a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I).

4 | RESULTADOS E/OU IMPACTOS

Pós-operatório tardio, eupneico, normocárdico, afásico, desorientado temporoespacial, mantém dificuldade na marcha, parestesia nos membros inferiores. A acompanhante do paciente relata que ele apresenta insônia e dificuldade para evacuar.

Com isso, a partir da anamnese e exame físico, com base nas etapas da SAE foi possível observar e relacionar problemas encontrados no paciente, onde se evidenciou os seguintes diagnósticos: constipação intestinal evidenciada pela dificuldade que o paciente tem para evacuar; distúrbio no padrão do sono evidenciado pela dificuldade do paciente para dormir; mobilidade física prejudicada evidenciada pela dificuldade na marcha e parestesia nos membros inferiores; memória prejudicada evidenciada pela desorientação do paciente; risco de infecção do sítio cirúrgico relacionado à ferida operatória; risco de queda relacionado à dificuldade que o paciente apresenta para marcha; e conforto prejudicado evidenciado pela dificuldade que o paciente apresenta para dormir e evacuar.

Ademais, foram realizadas intervenções de enfermagem como mudança de decúbito a cada duas horas, com o objetivo de evitar o aparecimento de lesão por pressão, uma vez que o paciente encontra-se muito tempo restrito ao leito. Além disso, foi realizada orientação quanto à alimentação e ingesta hídrica, a fim de obter melhoras quanto à constipação do paciente. Foi realizado o curativo na ferida cirúrgica, a fim de evitar infecções. Também foi realizada a adequação do ambiente, como diminuição dos ruídos e desligamento das lâmpadas no período noturno com o intuito de colaborar a melhora na qualidade do padrão do sono e conforto do paciente.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada durante as aulas práticas no setor de clínica cirúrgica contribuiu de forma significativa na formação dos acadêmicos, que puderam por em prática seus conhecimentos teórico-práticos, nos cuidados realizados com o paciente. Dessa forma, aplicar a SAE ao paciente com hidrocefalia de pressão normal foi de notável importância durante o gerenciamento do cuidado de enfermagem, pois realizar as intervenções assistenciais baseadas na taxonomia NANDA-I, foram essenciais para a melhora da condição clínica do cliente.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Nádia Vieira Alves et al. **HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL: RELATO DE CASO CLÍNICO**. Revista Científica FAGOC-Saúde, v. 3, n. 2, p. 53-55, 2018.

AZEVEDO, Amanda Santana; MENDES, Nathália Barbosa do Espírito Santo. **Hidrocefalia: Aspectos clínicos, etiologia e fatores associados**. Biológica-Caderno do Curso de Ciências Biológicas, v. 2, n. 1, 2019.

HERDMAN, T.H; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I**. 11ª ed. Editora Artmed, 2018.

MIRANDA, Anna Clara Correa de et al. **HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL E INFANTIL**. Revista Interdisciplinar Pensamento Científico, v. 5, n. 5, 2019.

PEDRO, Matheus Kahakura Franco et al. **Salomón Hakim: the man behind normal pressure hydrocephalus**. Arquivos de neuro-psiquiatria, v. 77, n. 10, p. 746-748, 2019.

ROCHA, Samanta et al. **Melhora cognitiva durante tap test em pacientes com hidrocefalia de pressão normal**. Psicologia, Saúde e Doenças, v. 17, n. 1, p. 67-73, 2016

MANEJO DO INTESTINO NEUROGÊNICO POR INDIVÍDUOS COM LESÃO DA MEDULA ESPINHAL

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 04/02/2021

Nicole Azevedo Alvarez

Universidade de São Paulo, Escola de
Enfermagem
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/3064188253963026>

Lívia Tech dos Santos

Enfermeira Especialista em Reabilitação de
Pessoas com Deficiência Física Incapacitante
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/3502324196550946>

Paula Cristina Nogueira

Universidade de São Paulo, Escola de
Enfermagem
São Paulo, SP
<http://lattes.cnpq.br/5641711245974990>

RESUMO: Objetivos: Identificar e descrever as estratégias utilizadas para o manejo intestinal por indivíduos com lesão medular (LM) atendidos em um centro de reabilitação, descrever as principais complicações intestinais após a lesão e orientações recebidas para o manejo do intestino no centro de reabilitação. **Métodos:** estudo transversal, observacional, descritivo com abordagem quantitativa realizado em um centro de reabilitação localizado na cidade de São Paulo. Os dados foram coletados por meio do preenchimento de um instrumento estruturado após aprovação pelo Comitê de ética em pesquisa (Parecer nº 3.402.56). **Resultados:**

Participaram da pesquisa 10 indivíduos, sendo a maioria do sexo masculino (70%), com idade média de 39 anos (DP=16,37), casados (50%) e com segundo grau completo de escolaridade (70%), apresentando diferentes etiologias da LM e tempo médio de 2,6 anos após a lesão (DP=2,11). Após a LM, todos os participantes apresentaram dificuldade no funcionamento intestinal e alteração na frequência de evacuação. As principais complicações apresentadas foram constipação (100%), hemorróidas (20%), dor intestinal (20%) e sangramentos (10%). Os participantes utilizam pelo menos duas estratégias para o manejo intestinal, como controle nutricional com dieta laxativa (90%) e uso de medicamentos (80%). Todos os participantes afirmaram ter recebido orientações a respeito do manejo intestinal no centro de reabilitação, sendo as principais o controle nutricional, realização de massagem abdominal e uso de medicamentos.

Conclusões: Dentre as principais estratégias para o manejo do intestino neurogênico por indivíduos com LM estão o controle nutricional com dieta laxativa, uso de medicamentos e realização de massagens abdominal. Identifique-se as principais orientações realizadas pelos profissionais são as principais citadas pelos participantes. As orientações e treinamentos das estratégias pela equipe de reabilitação viabilizam a utilização correta das técnicas e favorecem que as pessoas com LM tenham hábitos intestinais adequados, menos incidência de complicações e melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismos da Medula Espinal, Enfermagem em Reabilitação, Enfermagem, Intestino neurogênico.

NEUROGENIC BOWEL MANAGEMENT BY INDIVIDUALS WITH SPINAL CORD INJURY

ABSTRACT: Objectives: Identify and describe the strategies used for bowel management by individuals with spinal Cord injury (SCI) treated at a rehabilitation center, describe the main intestinal complications after the SCI and guidelines received for bowel management in the rehabilitation center. **Methods:** observational, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach performed in a rehabilitation center located in the city of São Paulo. The data were collected by completing a structured instrument. The research was approved by the Research Ethics Committee (n° 3.402.56). **Results:** Ten individuals participated in the research, most of them was male (70%), with an average age of 39 years (SD=16,37), married (50%) and with second degree completed (70%). The participants presented different SCI etiologies and an average time of 2.6 years after the SCI (SD=2,11). After the SCI, all participants presented difficulties in intestinal functioning, presenting as main complications constipation (100%), hemorrhoids (20%), intestinal pain (20%) and bleedings (10%). After the SCI, the frequency of the patients' evacuation changed from daily evacuation to every two or more days. Participants used at least two strategies for intestinal management, such as nutritional control with a laxative diet (90%) and the use of medications (80%). All participants stated that they had received guidance regarding bowel management at the rehabilitation center, the main ones being nutritional control, abdominal massage and medication use. **Conclusions:** The main strategies for neurogenic bowel management by individuals with SCI are nutritional control with a laxative diet, use of medications and abdominal massage. It is verified that the main guidelines provided by the professionals are the same used by the participants. The guidelines and practices of strategies by the rehabilitation team enable the correct use of techniques and help people with SCI to have adequate bowel habits, less incidence of complications and better quality of life.

KEYWORDS: Spinal Cord Injuries, Rehabilitation Nursing, Nursing, Neurogenic Bowel.

1 | INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM) é definida como toda injúria às estruturas no canal medular (medula, cone medular e cauda equina), danificando a rede neural envolvida na transmissão, modificação e coordenação motora e sensorial. A lesão da medula espinhal pode ser de origem traumática (ferimentos por arma de fogo, acidentes automobilísticos, quedas e mergulhos, atos de violência, lesões desportivas) ou não traumáticas, resultantes de patologias que comprometem a medula espinhal de origem congênita, patologias degenerativas, tumorais, infecciosas, neurológicas, sistêmicas e vasculares. (NOGUEIRA, RABEH, CALIRI, 2016)

O perfil das pessoas com LM se caracteriza por adultos jovens, na faixa etária de 18 a 40 anos, com maior incidência no sexo masculino provavelmente por estarem mais expostos a várias situações de risco e violência. (CAMPOY et al, 2012; NOGUEIRA et al., 2016)

Os indivíduos com LM estão sujeitos a inúmeras complicações durante a fase aguda

da lesão e, também, na fase de reabilitação (SOUSA et al. 2013). Dentre as complicações, destacam-se as relacionadas ao intestino neurogênico que se não forem tratadas podem evoluir com impactação e incontinência fecal. (CAMPOY et al, 2012, SOUSA et al. 2013)

O intestino neurogênico é um termo utilizado para descrever as disfunções intestinais de origem neurológica, caracterizada por disfunção do cólon ou da musculatura lisa do intestino que leva a alterações na motilidade, controle do esfíncter e geram impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos com LM. (AWAD, 2011; BHARUCHA, 2013)

Dentre as intervenções pertinentes ao manejo do intestino neurogênico na LM destacam-se: controle nutricional, manobra de Rosing (massagem abdominal, da direita para a esquerda e de baixo para cima com leve compressão durante aproximadamente 20 a 30 minutos após as refeições), toque dígito-anal, laxantes, extração manual, lavagem intestinal, supositórios, uso de óleo mineral. Além dessas intervenções, devem ser considerados os diferentes hábitos culturais e educacionais e frequência de esvaziamento intestinal anterior à lesão. (CALIRI, DEFINO, FURLAN 2005; CAMPOY et al, 2012; PARDEE et al, 2012)

2 | OBJETIVOS

- Identificar e descrever as estratégias utilizadas para o manejo intestinal por indivíduos com LM atendidos em um centro de reabilitação.
- Descrever o padrão evacuatório: frequência e consistência das fezes antes e após a LM.
- Descrever as complicações intestinais após a LM.
- Descrever as orientações recebidas para o manejo do intestino no centro de reabilitação.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo e local

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo com abordagem quantitativa realizado em um centro de reabilitação localizado na cidade de São Paulo.

3.2 População e amostra

A população do estudo foi constituída por indivíduos com LM internados no centro de reabilitação no período de julho a outubro de 2019. A seleção dos participantes ocorreu de acordo com a admissão dos mesmos ao programa de reabilitação e cumprimento dos critérios de inclusão: ambos os sexos, maiores de 18 anos; paraplegia e tetraplegia, ASIA

3.3 Procedimentos de Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um instrumento com as seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, procedência), clínicas (nível neurológico da LM, causa da LM, tempo de LM, presença e tipo de complicação após a LM) e do manejo do intestino neurogênico: manobras utilizadas, frequência de evacuação e características das fezes antes e após LM, complicações intestinais após a LM, orientações recebidas para o manejo intestinal. Para avaliar as características das fezes foi utilizada a Escala Bristol de Forma Fecal (Bristol Stool Form Scale) na versão adaptada culturalmente e validada para o Brasil (MARTINEZ, AZEVEDO, 2012). Essa escala tem como objetivo avaliar a forma do conteúdo fecal por meio de gravuras que representam sete tipos de fezes de acordo com forma e consistência (Figura 1)

Tipo 1		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
Tipo 2		Formato de língua encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
Tipo 3		Formato de língua com rachaduras na superfície.
Tipo 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
Tipo 5		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
Tipo 6		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
Tipo 7		Totalmente líquida, sem pedaços sólidos.

Figura 1: Escala Bristol de Forma Fecal

Fonte: MARTINEZ, AZEVEDO, 2012

Para classificação do tipo de lesão foi utilizada como referência escala de classificação da *American Spinal Injury Association* (ASIA) avaliada pela equipe médica de fisioterapia e descrita em prontuário eletrônico: ASIA A (lesão medular completa); ASIA B (lesão motora completa e sensitiva incompleta); ASIA C (lesão sensitiva e motora incompletas); e ASIA D (lesão incompleta com função motora preservada abaixo do nível da lesão) (ASIA, 2011)

3.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) com número do parecer 3.402.56 e seguiu todas as recomendações da resolução 462/2016 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos.

3.5 Análise dos dados

Após a coleta de dados, foi realizada codificação apropriada de todas as variáveis em um dicionário (codebook). Os dados coletados foram transferidos para uma planilha do aplicativo Microsoft Excel. Foi realizada análise estatística descritiva de todas as variáveis. Para as análises das variáveis sociodemográficas, clínicas e do manejo intestinal foram utilizadas medidas de tendência central (frequência simples, média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão, valor máximo e mínimo).

4 | RESULTADOS

Dados sociodemográficos

No total, participaram da pesquisa 10 pacientes, sendo 70% do sexo masculino e 30% do sexo feminino, com variação de idade de 19 a 63 anos e média de 39 anos (DP=16,37). A maioria dos participantes era branco (70%), casado (50%) e com segundo grau completo de escolaridade (70%). Todos participantes eram brasileiros.

Dados clínicos e referentes à LM

Os pacientes que participaram do estudo apresentaram diferentes etiologias da LM, todas de origem traumática, dentre elas colisão ou capotamento de veículos (10%), ferimento por arma de fogo (10%), acidentes com motocicletas (20%) ou bicicletas (10%) e quedas (10%). O tempo decorrido da data do trauma até o dia da coleta de dados variou de 1 ano a 7,25 anos, com uma média de 2,6 anos (DP=2,11). Os participantes apresentaram lesões em nível neurológico de vértebras cervicais (60%), torácicas (30%) e lombares (10%), sendo a maioria do tipo incompleta (60%) e com classificações na escala de classificação da *American Spinal Injury Association* - ASIA A (40%), B (20%) ou C (40%).

Dados referentes ao manejo do intestino neurogênico

Antes da LM, nenhum dos participantes apresentava dificuldades quanto ao funcionamento intestinal, com frequência de evacuação diária (60%) ou a cada dois dias (40%), principalmente no período da manhã (60%) ou tarde (30%), com consistência das fezes pastosa (60%) ou duras (40%).

Após a LM, todos participantes apresentaram dificuldade no funcionamento intestinal, apresentando como principais complicações a constipação (100%), hemorroidas (20%), dor intestinal (20%) e sangramentos (10%). Quanto à frequência das fezes, apenas um dos participantes manteve a frequência de evacuação diária (10%), sendo as demais frequências de evacuação de uma vez a cada dois dias (10%), uma vez a cada três dias (30%), uma vez a cada quatro dias (30%) ou a cada cinco dias ou mais (20%).

Os cuidados intestinais eram realizados com mais frequência no banheiro (80%), também sendo realizados na cama (10%) ou fralda (10%), nos períodos da manhã (20%), tarde (30%) ou noite (40%), sendo que 10% dos participantes não apresentavam um horário fixo. A consistência das fezes apresentadas pelos pacientes após a LME, segundo a Escala Bristol de Forma Fecal (*Bristol Stool Form Scale*), foi principalmente do tipo 2 (80%), tipo 1 (10%) e tipo 3 (10%) e quanto a quantidade de fezes eliminada foi média (50%) e pequena (40%).

Todos os participantes utilizaram pelo menos duas estratégias para o manejo intestinal (Tabela 1), como controle nutricional com dieta laxativa, toque dígito-digital, extração manual das fezes e realização da manobra de Valsava. Após a realização das estratégias de estimulação intestinal, o intestino dos participantes funcionava após menos de cinco minutos (10%), de 5 a 15 minutos (30%) ou mais de 15 minutos (60%).

Estratégia	%	n
Controle nutricional	90	9
Massagem abdominal	80	8
Uso de medicamentos (lactulose)	80	8
Manobra de Valsalva	40	4
Toque dígito-digital	40	4
Extração manual das fezes	30	3
Lavagem intestinal	20	2
Posição sentada ou inclinada para frente	20	2
Manobra de Rosing	20	2
Enemas	10	1

Tabela 1: Estratégias utilizadas pelos participantes do estudo para manejo intestinal. São Paulo, 2020.

Quanto às orientações e treinamentos recebidos por profissionais de saúde, todos os participantes afirmaram ter recebido orientações a respeito do manejo intestinal (Tabela 2), sendo as mais frequentes o controle nutricional com dietas ricas em fibras, realização de massagem abdominal e uso de medicamentos.

Orientação	%	n
Controle nutricional	100	10
Uso de medicamentos	70	7
Massagem abdominal	70	7
Toque dígito-digital	40	4
Manobra de Valsava	30	3
Uso de laxativos	20	2
Lavagem intestinal	10	1
Extração manual das fezes	10	1
Posição sentada ou inclinada para frente	10	1

Tabela 2: Orientações e treinamentos recebidos pelos participantes da pesquisa para o manejo intestinal. São Paulo, 2020.

5 | CONCLUSÃO

Por meio dos resultados do presente estudo foi possível evidenciar que o intestino neurogênico é uma complicação muito comum em indivíduos com LM causando, principalmente, constipação. Dentre as principais estratégias para o manejo do intestino neurogênico pelos indivíduos com LM estão o controle nutricional com dieta laxativa, uso de medicamentos e a realização de massagens abdominais. Além disso, pode-se identificar que as principais orientações realizadas pelos profissionais de saúde são as mesmas estratégias mais utilizadas pelos participantes: controle nutricional, uso de medicamentos e a realização de massagens abdominais.

A orientação de estratégias para manejo do intestino neurogênico em pessoas com LM é de grande importância. A assistência da enfermagem e de outros profissionais da equipe de reabilitação é fundamental, uma vez que ao realizar orientações e treinamentos dessas estratégias viabilizam a utilização correta e favorecem que as pessoas com lesão medular tenham hábitos intestinais adequados, menor incidência de complicações e uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AWAD, R.A. **Neurogenic bowel dysfunction in patients with spinal Cord injury, myelomeningocele, multiplesclerosis and Parkinson's disease.** World J Gastroenterol, v. 17, n. 46, p. 5035-5048, 2011.

BHARUCHA, A.E.; PEMBERTON, J.H. **American Gastroenterological Association technical review on constipation.** Gastroenterology, v. 144, p. 218-238, 2013.

CALIRI, M.H.L.; FURLAN, M.S.L.; DEFINO, H.L. **Tratamento do intestino neurogênico em adultos com lesão da medula espinhal. Diretrizes para uma prática baseada em evidências.** Coluna/Columna, v. 4, n. 2, p. 102-105, 2005.

CAMPOY, L.; RABEH, S.A.N.; NOGUEIRA, P.C. **Práticas de autocuidado para funcionamento intestinal em um grupo de pacientes com trauma raquimedular.** Acta Fisiatr, v. 19, n. 4, p. 228-232, 2012.

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. **Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol StoolFormScale para a população brasileira.** Rev Lat Am Enferm, v. 20, n. 3, p. 583-589, 2012.

NOGUEIRA, P.C.; RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H.L.; DANTAS RAS. **Health-Related Quality of Life among caregivers of individuals with spinal Cord injury.** Journal of Neuroscience Nursing. 2016; 48: 28-34.

PARDEE, C. et al. **Characteristics for neurogenical bowel in spinal Cord injury and perceived quality of life.** Rehabil Nurs, v. 37, n. 3, p. 128-135, 2012.

SOUSA, E.P.D.; ARAUJO, O.F.; SOUSA, C.L.M.; MUNIZ, M.V.; OLIVEIRA, I.R.; FREIRE NETO, N.G. **Principais complicações do Traumatismo Raquimedular nos pacientes internados na unidade de neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal.** Com. Ciências Saúde, v. 24, n. 4, p. 321-330, 2013.

FATORES RELACIONADOS AO CANCELAMENTO CIRÚRGICO: UMA ANÁLISE DO CENÁRIO NO SUL DO BRASIL

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Rosana Amora Ascari

Universidade do Estado de Santa Catarina
Udesc
Chapecó – SC, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8370937052810368>

Bruna Fontana

Cooperativa de Trabalho Médico – Unimed
Videira
Videira – SC, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5458432203471598>

Daiana dos Santos Pizzolato

Associação Lenoir Vargas Ferreira/Hospital
Regional do Oeste – AHLVF/HRO
Chapecó - SC, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3278434570097595>

Clodoaldo Antônio de Sá

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó. Coordenador do Programa de
Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da
Saúde da Unochapecó
Chapecó- SC, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/109755555213809>

RESUMO: O cancelamento cirúrgico é um importante indicador de qualidade do serviço hospitalar por ser, na maioria das vezes, evitável e incidir desfavoravelmente para o paciente/família e ao serviço de saúde. Este estudo objetivou caracterizar os fatores determinantes de cancelamento cirúrgico em um hospital no

sul do Brasil. Trata-se de estudo transversal de abordagem quantitativa, desenvolvido no período de setembro de 2017 a junho de 2018 em um hospital público no oeste catarinense após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina. A coleta de dados deu-se por consulta à agenda cirúrgica diária e registro do cancelamento cirúrgico para a identificação dos indicadores de cancelamento. Ocorreu agendamento de 10.125 procedimentos cirúrgicos eletivos e 459 cirurgias suspensas (4,5%), decorrentes do paciente (45,3%), do serviço (31,9%), dos profissionais (20,8%) e não especificados (2%) no período em análise. Houve prevalência de cancelamento nas especialidades de ortopedia (29,8%) e oncologia (21,4%) decorrentes de “Paciente não internou” (25,2%), “Sem condições clínicas” (13,9%) e “Falha na programação cirúrgica (10,2%). Embora o índice de cancelamento cirúrgico apresenta-se menor do que sinalizado em outros estudos, esse indicador pode ser reduzido pela implantação de estratégias para as causas preveníveis de cancelamento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente, Enfermagem Perioperatória, Continuidade de Assistência ao Paciente, Administração de Serviços de Saúde.

FACTORS RELATED TO SURGICAL CANCELLATION: AN ANALYSIS OF THE SCENARIO IN SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT: Surgical cancellation is an important indicator of hospital service quality because it is, in most cases, preventable and

has na adverse affect on the patient/Family and the health servisse. This study aimed to characterize the determining factors for surgical cancellation in a hospital in Southern Brazil. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, developed from september 2017 to june 2018 in a public hospital in westwrn Santa Catarina after approval by the Research Ethics Committee of the University of the State of Santa Catarina. Data collection took place by consulting the daily surgical schedule and recording the surgical cancellation to identify the cancellation incidators. 10,125 elective surgical procedures and 459 surgeries were scheduled (4.5%), resulting from the patient (45.3%), the servisse (31.9%), the professionals (20.8%) and unspecified (2%) in the period under review. There was a prevalence of cancellation in the orthopedics (29.8%) and oncology (21.4%) specialties resulting from “Patient was not admitted” (25.2%), “Without clinical conditions” (13.9%) and “Failure surgical schedule (10.2%). Although the rate of surgical cancellation is lower than that reported in other studies, this indicator can be reduced by imlementing strategies for the preventable causes of surgical cancellation

KEYWORDS: Patient safety, Perioperative Nursing, Continuity of Patient Assistance, Health Services Administration.

1 | INTRODUÇÃO

Em busca de melhor assistência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que recomenda maior vigilância sobre o processo de trabalho. Um dos desafios identificados foi a implementação de *checklists* para garantir e reforçar a segurança e a diminuição dos danos aos pacientes cirúrgicos. Tal *checklist* deve conter três etapas: identificação do paciente antes da indução anestésica, confirmação do paciente antes da incisão cirúrgica e registro antes da saída do paciente da sala de cirurgia (BRASIL, 2014).

O Centro Cirúrgico (CC) constitui-se uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar por conta de suas características e particularidades. Possui um conjunto de áreas e instalações que assegurem as melhores condições de segurança para o paciente, na execução da cirurgia (SANTOS, RENNÓ, 2013).

A realização de uma cirurgia depende do trabalho da equipe cirúrgica e, neste contexto, o enfermeiro é o elemento que pode pressupor a emoção que o paciente pode sentir, ao apresentar um temor real, o qual pode estender-se até os membros da família. Como elemento chave na unidade de Centro Cirúrgico (CC), o enfermeiro tem condições de contribuir para que as cirurgias programadas sejam realizadas na data e horário agendado e de acordo com as condições de segurança requeridas (MACEDO et al., 2013; ALPENDRE et al., 2017).

A intervenção cirúrgica requer preparo prévio do paciente e da família (Ascari, 2014), pois envolve aceitação da cirurgia, preparo físico e psicológico, interferência no estilo de vida, alterações socioeconômicas pelo afastamento no trabalho, além da situação de estresse gerada pelo medo do desconhecido (MACEDO et al., 2013).

As repercussões do cancelamento cirúrgico incidem, desfavoravelmente, não apenas sobre o usuário, que tem seu vínculo de confiança rompido em relação à instituição, como também sobre a equipe de enfermagem (operacionalização do trabalho, consumo de tempo e recursos materiais, diminuição da qualidade da assistência) e demais profissionais de saúde (MACEDO et al., 2013).

Ao longo dos anos, várias estratégias foram desenvolvidas para minimizar o risco cirúrgico e os agravos decorrentes do processo anestésico-cirúrgico, entre elas, o preparo de instrução pré-operatória (PIPO), realizado durante a consulta de enfermagem, visando preparar o paciente/família para a intervenção cirúrgica (ASCARI, 2014). Nesse sentido, os serviços de saúde hospitalar têm intensificado investimentos para melhoria na qualidade e eficiência da assistência, seja por meio de educação permanente (Ribeiro, 2017; Adamy et al., 2018), mensuração de indicadores de qualidade (Amaral, Apiri, Bocchi, 2017) ou outras formas (ÁVILA et al., 2012). Nessa busca pela melhoria da qualidade, alguns serviços estão atentos ao processo de organização e realização cirúrgica, que leva em consideração diversas situações, como por exemplo, o cancelamento das cirurgias (SANTOS, BOCCHI, 2017).

Nesse sentido, o cancelamento de cirurgias eletivas em uma instituição hospitalar constitui um indicador importante da qualidade e produtividade das ações desenvolvidas pelo Centro Cirúrgico, corroborando o planejamento do serviço e redução de custos evitáveis à organização (PINHEIRO et al., 2017).

Além de prejuízos para a instituição, o cancelamento cirúrgico pode agravar as condições clínicas e psicológicas do paciente, que havia depositado sua confiança nos profissionais envolvidos e acreditado numa melhora do seu atual estado de saúde por meio da realização do procedimento cirúrgico e, ainda, desencadear sentimentos negativos, tais como, tristeza, agressividade, revolta, além da perda da confiança na equipe cirúrgica (SILVA et al., 2016).

Considerando que, a taxa de cancelamento cirúrgico é um indicador de qualidade e eficiência de gestão do serviço, que a estrutura hospitalar subutilizada aumenta os custos aos cofres públicos com impacto direto ao paciente/familiares e ao próprio serviço (Santos, Bocchi, 2017), e que, ao enfermeiro de centro cirúrgico, espera-se que gerenciamento da unidade e implantação de estratégias para minimizar problemas cotidianos nesse cenário, questiona-se: Quais os fatores determinantes do cancelamento cirúrgico? Tais fatores são evitáveis?

Diante do exposto, este estudo objetiva caracterizar os fatores determinantes de cancelamento cirúrgico em um hospital público no sul do Brasil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, exploratório e descritivo de

abordagem quantitativa desenvolvido em um hospital público no sul do Brasil, referência regional para mais de um milhão e meio de habitantes, de alta complexidade nas áreas de traumatologia-ortopedia, oncologia e neurocirurgia.

A amostra foi constituída pelo mapa cirúrgico diário e do registro de cancelamento cirúrgico de pacientes submetidos à cirurgia, no período de setembro de 2017 a junho de 2018 após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina sob n. 2.134.916 em 23 de junho de 2017.

Para a coleta foi utilizado um formulário próprio para a finalidade do estudo, o qual foi preenchido diariamente pelos enfermeiros do serviço e encaminhado ao pesquisador responsável. Os dados coletados mensalmente foram digitados na planilha do *Microsoft Excel 2000* e posteriormente importados para o *Statistical Package of Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0 para as análises estatísticas.

Na análise estatística, as variáveis contínuas foram apresentadas como médias e respectivos desvios padrões e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis, o teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado. Em caso de significância estatística, aplicou-se o teste dos resíduos ajustados. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 10.125 (100%) cirurgias eletivas agendadas no período em análise em um hospital público no sul do Brasil, realizaram-se 9.666 (95,47%) e foram suspensas 459 (45,33%). Apresenta-se na tabela 1 a caracterização do cancelamento cirúrgico de procedimentos eletivos agendados e não realizados.

Variáveis	n=459 (%)
Mês – n (%)	
Setembro	40 (8,7)
Outubro	40 (8,7)
Novembro	60 (13,0)
Dezembro	46 (10,0)
Janeiro	28 (6,1)
Fevereiro	39 (8,5)
Março	54 (11,7)
Abril	46 (10,0)
Maio	51 (11,1)
Junho	56 (12,2)
Sexo – n (%)	
Feminino	231 (50,3)
Masculino	228 (49,7)
Idade (anos) – média (\pm)	50,8 \pm 18,7
<30 anos	57 (12,4)

30-39 anos	58 (12,6)
40-49 anos	74 (16,1)
50-59 anos	89 (19,3)
≥ 60 anos	182 (39,6)
Especialidade médica – n (%)	
Ortopedia	136 (29,8)
Oncologia	98 (21,4)
Bucomaxilo	5 (1,1)
Geral	37 (8,1)
Mastologista	8 (1,8)
Urologia	35 (7,7)
Neurologia	40 (8,8)
Vascular	23 (5,0)
Plástica	5 (1,1)
Ginecologia	14 (3,1)
Ginecologia Obstétrica	22 (4,8)
Otorrinolaringologista	2 (0,4)
Cirurgião torácico	19 (4,2)
Proctologista	2 (0,4)
Oftalmologista	1 (0,2)
Cardiologista	1 (0,2)
Gastrologista	6 (1,3)
Cabeça e Pescoço	3 (0,7)
Procedimentos – n (%)	
Ressecção de tumor	29 (6,3)
Colocação de cateter	19 (4,1)
Colecistectomia	17 (3,7)
Traqueostomia	15 (3,3)
Cesariana	10 (2,2)
Ressecção transuretral	10 (2,2)
Manguito rotador	9 (2,0)
Outros	350 (76,2)
Número de procedimentos – n (%)	
Um	442 (96,1)
Dois ou mais	18 (3,9)

Tabela 1 – cancelamento cirúrgico em função do mês de ocorrência, sexo, idade, especialidade médica, tipo e quantidade de procedimentos eletivos. Chapecó/SC, Brasil, 2021.

Fonte: Banco de dados dos Autores (2021)

A seguir apresenta-se na Figura 1 a distribuição da amostra quanto aos motivos de cancelamento.

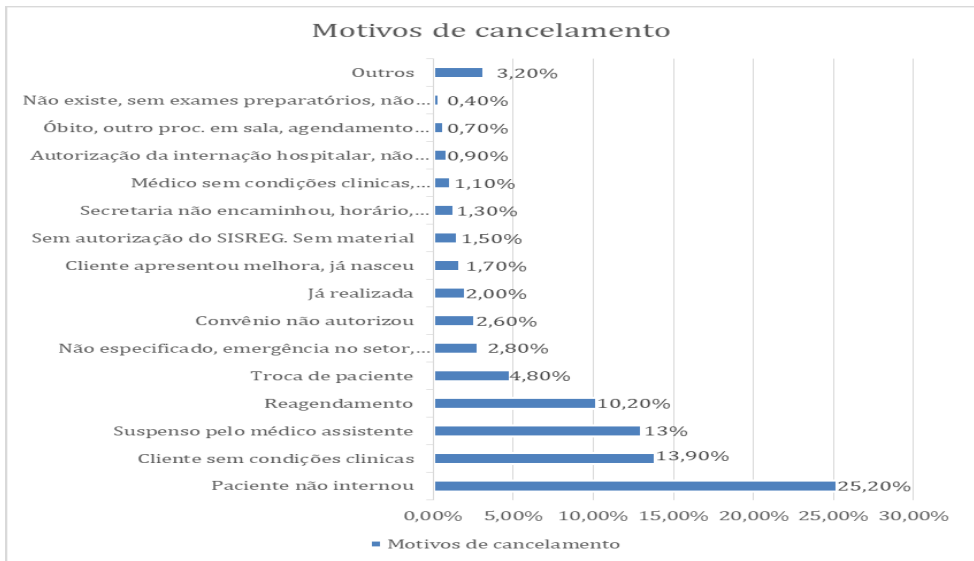


Figura 1 -Distribuição da amostra quanto aos motivos de cancelamento.

Fonte: Banco de dados dos Autores (2021)

Na legenda, a opção descrita no gráfico da figura como “Outros” contém diferentes motivos de cancelamento, tais como, procedimento não necessário, falta de hemocomponente, alta a pedido, alergia, encaminhamento errado da secretaria, avaliação torácica agendada, urgência de outro cliente, realizada em sala de pequenos procedimentos, porte cirúrgico, cliente gestante, cliente em quimioterapia, paciente com infecção, tratamento conservador, emergência da neurologia, não autorização do material e hipertensão, todos apresentando porcentagens de 0,2% que somados totalizam 3,2% de todos os motivos de cancelamento cirúrgico.

A figura 2 apresenta a distribuição da amostra quanto ao cancelamento cirúrgico decorrente de fatores relacionados ao serviço, paciente e profissionais.

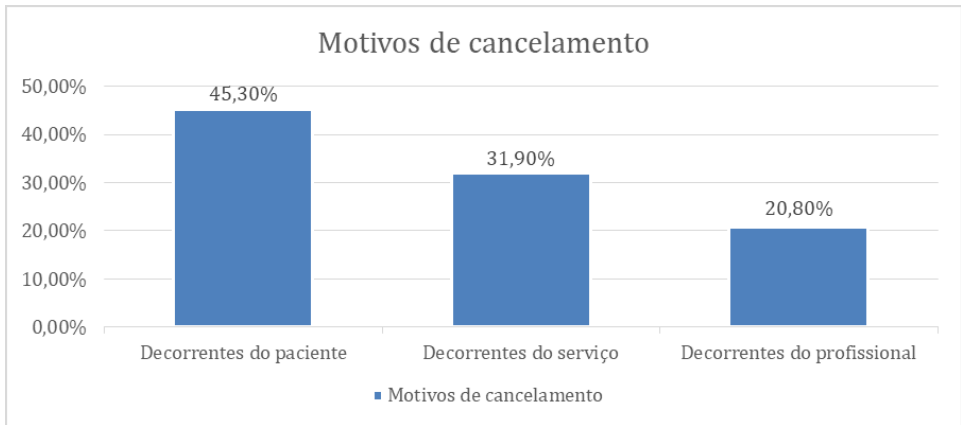


Figura 2 – Cancelamento de cirurgias eletivas agendadas segundo fatores relacionados ao serviço, paciente e profissionais. Chapecó/SC, Brasil, 2021.

Fonte: Banco de dados dos Autores (2019).

Ainda, houve associação significativa da especialidade de cabeça e pescoço com paciente não internou ($p=0,005$), da plástica e da ortopedia com médico não compareceu ($p=<0,001$), da gastrologia e da plástica com emergência no setor ($p=0,005$), do vascular com instabilidade hemodinâmica ($p=0,019$) e com não especificado ($p=<0,001$), das ginecologias com já nasceu ($p=<0,001$) e da geral, urologia e mastologia com cliente apresentou melhora do quadro ($p=0,036$).

O percentual cancelamento cirúrgico encontrado encontra-se dentro da faixa de cancelamento relatada na literatura de 2% a 30% (ABEELEH, 2017). Os motivos do cancelamento nesse estudo decorreram de fatores do próprio paciente, questões relacionadas ao serviço e ao profissional médico.

Entre os pacientes que tiveram suas cirurgias canceladas, houve uma quantidade maior de cancelamentos por parte de mulheres; idade média de $50,8 \pm 18,7$ anos (variando de 12 dias a 95 anos). Um estudo realizado em 2014 em um hospital universitário localizado no interior do Paraná, resultou em uma taxa geral de cancelamento cirúrgico de 18,45%, sendo quase a metade dos cancelamentos em pacientes do sexo feminino (PINHEIRO et al., 2017).

O Hospital Regional do Oeste (HRO), possui 25 especialidades médicas e atende uma população de 1,3 milhão de pessoas, abrangendo os municípios da região oeste catarinense, sudoeste do Paraná, norte e noroeste do Rio Grande do Sul (HRO, 2021). Ainda, é referência em alta complexidade nas áreas de Neurocirurgia, Gestante de Alto Risco, Captação e Transplante de Rins e Córneas, Urgência e Emergência, UNACON (Quimioterapia, Radioterapia, Oncologia Clínica e Cirúrgica e Roentgenterapia), UTI Neonatal e UTI Geral (HRO, 2020). Dessa forma, as especialidades médicas mais

frequentes nos procedimentos cirúrgicos cancelados na instituição foram a de ortopedia (29,8%), oncologia (21,4%) e neurologia (8,8%), precisamente as quais o hospital é referência na região.

As principais causas de cancelamento foram relacionadas ao paciente e sua condição clínica (45,3%). Problemas relacionados à organização da unidade (31,9%) também causaram uma parcela significativa dos cancelamentos. A falta de exames e laudos do sistema nacional de regulação (SISREG) e as cirurgias de emergência foram responsáveis por uma parcela menor dos cancelamentos (1,5% e 2,8%, respectivamente). Estudo realizado por Pinheiro et al. (2017), apontou como principal causa de cancelamento os fatores relacionados aos recursos humanos, com 61,38% dos cancelamentos, seguido daqueles relacionados ao planejamento cirúrgico (21,45%), como falta de exames e documentos, falta de equipamentos e horários e erro na programação cirúrgica e, em último lugar, aparecem os cancelamentos relacionados ao paciente, com 17,17%, como falta de jejum, condição clínica do paciente e não comparecimento.

Fatores determinantes do cancelamento cirúrgico também foram sinalizados em outro estudo, tais como, falta de autorização do convênio (31,5%), paciente sem condições clínicas (19,5%), cancelamento, desistência, ausência e reagendamento do procedimento pelo próprio paciente (18,8%), falta de leito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (8,8%), falta de hemoderivados (7,7%), cancelamento pelo cirurgião (6,7%), falta de exames complementares (4,0%), sem autorização e falta de equipamento (1,3%), sem jejum (1,0%) e indisponibilidade de materiais especiais (0,7%) (MOREIRA *et al.*, 2016).

O cuidado cirúrgico consiste em múltiplas interações entre profissionais, pacientes e departamentos de saúde, incluindo a unidade de centro cirúrgico. Essa área por si só, é um cenário complexo que envolve o trabalho em equipe e tecnologia avançada, juntamente com uma população de pacientes com vários problemas específicos e alta demanda de produtividade. Alguns fatores são críticos para alcançar a segurança do paciente, incluindo fatores organizacionais e gerenciais, trabalho em equipe, recursos individuais, habilidades cognitivas e ambiente de trabalho (GÖRAS *et al.*, 2017). Dessa maneira, o grau de complexidade que o cuidado de saúde atingiu não deixa mais espaço para uma gestão de saúde não profissionalizada. Assim, o cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso (BRASIL, 2014).

O enfermeiro é um profissional de grande relevância dentro do centro cirúrgico pois é ele quem faz o preparo para o recebimento do paciente além de, garantir a correta programação das cirurgias, além de preparar a sala para que forneça todo o necessário para melhor suceder o procedimento, por meio do uso adequado de recursos (BOTAZINI e CARVALHO, 2017).

Percebe-se fragilidades na segurança do paciente, expressa pela evidência de troca de paciente, encaminhamento errado da secretaria, entre outros motivos que culminaram no

cancelamento da cirurgia. Até mesmo a ausência de registro dos motivos do cancelamento cirúrgico, são resultados preocupantes para a segurança do paciente, uma vez que não há como gerenciar uma informação quando esta é desconhecida.

Na Unidade do Centro Cirúrgico em questão, os procedimentos agendados são distribuídos nas sete salas cirúrgicas em dias da semana e horários previamente acordados. Dessa forma, são realizadas, principalmente, cirurgias ortopédicas e oncológicas, na maioria de porte médio. A clientela da especialidade médica de ortopedia constitui-se, predominantemente, de pacientes idosos. Esta distribuição explica os achados deste estudo, ou seja, a faixa etária com maior número de cirurgias canceladas (≥ 60 anos – 39,6%), há maior frequência de procedimentos cirúrgicos suspensos nas especialidades de cirurgia ortopédica (29,8%), oncológica (21,4%) e neurológica (8,8%).

As causas de cancelamento cirúrgico relacionadas ao paciente reforçam achados de pesquisa realizada em um hospital público no estado de São Paulo, em que o cancelamento de cirurgias programadas, devido a eventos relacionados ao paciente foi responsável por quase metade dos cancelamentos (48,33%) (SANTOS, BOCCHI, 2017).

O não comparecimento do paciente à cirurgia agendada e condição clínica desfavorável surgiram, nesta investigação, como principais causas geradoras dos cancelamentos das cirurgias relacionadas ao paciente. Normalmente, as cirurgias são agendadas durante consulta ambulatorial, quando ocorre a avaliação clínica do paciente. Contudo, como os agendamentos são realizados com antecedência, o paciente está suscetível às mudanças em suas condições clínicas, o que pode inviabilizar o procedimento cirúrgico. Outro aspecto a ser considerado nesta investigação, é que muitos dos pacientes são moradores de cidades adjacentes ao hospital, dependentes de transporte de seus municípios de origem para deslocamento.

Em um hospital público brasileiro, durante três anos de acompanhamento acerca do cancelamento cirúrgico, a frequência de cirurgias canceladas pelo não comparecimento do paciente representou 26,3% (Rangel et al., 2019), resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa. Independente do motivo do cancelamento, tal situação gera prejuízos à instituição, sendo que grande parte dos cancelamentos poderiam ter sido evitados como sinaliza o estudo realizado em um hospital público de Pernambuco (RANGEL et al, 2019).

Em estudo sobre taxa de cancelamento cirúrgico em um hospital universitário público, as causas relacionadas ao não comparecimento do paciente representaram 10,51% do total das cirurgias canceladas; enquanto que as causas relacionadas à condição clínica do paciente foram responsáveis pela suspensão de 4,29% dos procedimentos cirúrgicos (PINHEIRO *et al*, 2017).

Um aspecto que merece destaque são os cancelamentos originados por erros na programação cirúrgica (10,2%), como por exemplo, o excesso de agendamentos para o mesmo dia, não prevendo atrasos e outros contratemplos. Por se tratar de hospital, campo de prática para o ensino, onde os estudantes ainda estão em processo de desenvolvimento

de suas habilidades técnicas e profissionais, torna-se comum o agendamento com maior número de procedimentos cirúrgicos do que a especialidade possa realizar. Tal característica - hospital de ensino - explica também o elevado número de cirurgias suspensas por mudança de conduta médica e tempo cirúrgico excedido.

O índice de cancelamento cirúrgico no período foi de 4,5%, valor pequeno quando comparado a outro hospital público que aponta taxas de suspensão de 27,4% e 19,5% em hospital universitário na cidade de São Paulo (CARVALHO *et al*, 2016; BOTAZINI, TOLEDO, SOUZA, 2015). No que se refere às cirurgias realizadas em hospitais públicos no nordeste do país, as taxas de suspensão variaram de 26,8%, em cirurgias pediátricas, à 28,5% em cirurgias ortopédicas (CARVALHO *et al*, 2016; BOTAZINI, TOLEDO, SOUZA, 2015).

O maior número de investigações sobre ocorrência de cancelamento de cirurgias realizadas por instituições públicas e de ensino, remete-nos à reflexão se este evento é mais comum neste tipo de instituição devido às suas peculiaridades. Os achados demonstram que grande parte dos fatores causadores poderiam ter sido previstos ou evitados, como a não internação do paciente.

O grande desafio não consiste apenas em se obter bons indicadores, mas sim em mantê-los e/ou aprimorá-los, o que demanda dos profissionais e gestores, um olhar atento aos processos que permeiam toda a assistência perioperatória, tais como, a visita pré-operatória, planejamento do mapa cirúrgico, recursos humanos envolvidos, gerenciamento de materiais e a utilização de método de controle para padronizar ou corrigir os problemas, ou seja, estabelecer medidas para reduzir as causas de suspensão cirúrgica traçando e perseguindo metas a serem atingidas.

Algumas ações podem minimizar o cancelamento cirúrgico, tais como a melhoria da comunicação entre os usuários e a instituição, confirmação prévia da cirurgia, realização de consulta de enfermagem no pré-operatório para orientações e visita pré-anestésica ambulatorial, monitorização dos indicadores e a implementação de grupos de estudos no serviço voltados à esta temática.

A busca ativa dos pacientes agendados e o esclarecimento das dúvidas sobre o procedimento a ser realizado constituem uma das principais medidas para minimizar o cancelamento cirúrgico, sobretudo, por tratar-se de uma parcela significativa indivíduos em acompanhamento/internação hospitalar e mobilizadores de recursos e profissionais, o que pode comprometer a qualidade da assistência em saúde.

4 | CONCLUSÃO

Os índices de cancelamento cirúrgico encontrados neste estudo são menores do que a literatura científica aponta. Constatou-se motivos relacionados ao próprio paciente, ao serviço e aos profissionais envolvidos na assistência cirúrgica, compreendendo principalmente, as especialidades de ortopedia, oncologia e neurologia; procedimentos de

médio porte cancelados antes do preparo das salas cirúrgicas; suspensões relacionadas à paciente que não internou e cliente sem condições clínicas, bem como suspensões pelo médico assistente.

Há cancelamento de procedimentos cirúrgicos que podem ser evitados, demandando melhoria nos processos de comunicação entre setores e profissionais, além do monitoramento da gerência clínica e da gestão de recursos humanos e matérias.

REFERÊNCIAS

Abeeleh MA et al. **Reasons for operation cancellations at a teaching hospital: prioritizing areas of improvement.** *Annals of Surgical Treatment and Research*, v. 93, n. 2, p. 65-69, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4174/ast.2017.93.2.65>

Adamy EK et al. **Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência.** *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2018; 8:e1924. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1924>

Amaral JAB, Spiri WC, Bocchi SCM. **Quality indicators in nursing with emphasis in the surgical center: integrative literature review.** *Rev. SOBECC*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 42-51, 2017. Disponível em: https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/117/pdf_1

Alpendre FT *et al.* **Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2017; 25:e2907. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2907.pdf

Ascari RA. **Reflexão sobre o cuidado dispensado ao paciente cirúrgico no perioperatório.** *Revista Uningá Review*, v. 19, n. 2, p. 33-36, 2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140801_093152.pdf

Ávila MAG, Gonçalves IR, Martins I, Moyses AM. **Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura.** *Rev. SOBECC*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 39-47, 2012. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/163>

Botazini NO, Toledo LD, Souza DMST. **Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas.** *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 210-219, 2015. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32590>

Brasil. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** 2014. Disponível em: <http://proqualis.net/livro/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>

Carvalho TA *et al.* **Suspensão de cirurgias em um hospital universitário.** *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 186-191, 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/831531/sobecc-v21n4_pt_186-191.pdf

Göras C *et al.* **Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a crosssectional survey.** *BMJ Open*, 2017; 7:e015607. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015607>

HRO - Hospital Regional do Oeste. 2020. Disponível em: <http://www.relatecc.com.br/hro/?p=4256>

Moreira LR *et al.* Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. **Enfermagem Revista**, Minas Gerais, v. 19, n. 2, p. 212-225, 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13156/10301>

Santos GAAC, Bocchi SCM. **Cancellation of elective surgeries in a Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction.** Rev Bras Enferm [Internet], v. 70, n. 3, p. 535-542, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0084>

Pinheiro SL *et al.* **Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público.** Rev Min de Enferm., Goiânia, v. 21, n. 24, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portall/resource/pt/bde-31644>

Silva FA *et al.* **Sentimento do paciente frente ao cancelamento da cirurgia.** In: XX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VI Encontro de Iniciação à Docência – Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2016/anais/arquivos/RE_1121_1100_01.pdf

Santos MC, Rennó CSN. **Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura.** Revista de Administração em Saúde – CQH, v. 15, n. 58, 2013. Disponível em: http://nasceccme.com.br/2014/wpcontent/uploads/2014/09/Indicadores_de_qualidade_em_CC_2013_2.pdf

Macedo JM *et al.* Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. Revista SOBCEC, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 26-34, 2013. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf

Rangel ST *et al.* Ocorrência e motivos da suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de referência. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde, v. 4, n.2, p. 119-123, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20190019>

CAPÍTULO 20

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM ALZHEIMER E SEU CUIDADOR

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 01/03/2021

Ana Paula Rodrigues Guimarães

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFGM/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0003-3541-4302

Pamela Nery do Lago

HC-UFGM/EBSERH
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3421-1346

Paulo Alaércio Beata

HC-UFGM/EBSERH
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-6383-7815

Andréia Elias da Cruz Nascimento

HC-UFGM/EBSERH
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-4056-4906

Valdinei Ferreira de Jesus

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH)
Juiz de Fora – MG
ORCID: 0000-0002-7552-068X

Lilian Maria Santos Silva

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0001-9909-5115

Irismar Emília de Moura Marques

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0001-9957-9056

Manuela Amaral Almeida Costa

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/EBSERH)
Maceió – AL
ORCID: 0000-0001-7378-2590

Samara Oliveira Lopes

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)
Aracaju – SE
ORCID: 0000-0002-6636-5001

Gleidson Santos Sant Anna

HU-UFS/EBSERH
Aracaju – SE
ORCID: 0000-0002-1168-3105

Milena Vaz Sampaio Santos

Hospital Universitário de Brasília (HUB-UNB/EBSERH)
Brasília – DF
ORCID: 0000-0001-7728-2040

Ana Karla Almeida Gomes

Enfermeira pós-graduanda em UTI adulto e neonatal
Belém – PA
ORCID: 0000-0002-6214-542X

RESUMO: Com aumento gradativo da doença de Alzheimer na população idosa, urge a necessidade de implementar ações de enfermagem que visem

diminuir os impactos causados com a evolução da doença, tanto para o paciente, como também, para o cuidador. O objetivo deste estudo é descrever estratégias da enfermagem para proporcionar uma qualidade de vida melhor aos idosos com a doença de Alzheimer e a seu cuidador. Trata-se de uma revisão de literatura, de natureza qualitativa, em método descritivo, realizada em artigos disponíveis em revistas especializadas, tendo como critérios de inclusão publicações atuais em relação ao tema proposto. Este estudo permitiu apontar os principais problemas que afetam as famílias durante a prestação do cuidado no espaço domiciliar e identificar ações de enfermagem que auxiliam o idoso portador de Alzheimer a alcançar uma qualidade de vida melhor em cada fase da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Doença de Alzheimer; Cuidador familiar; Assistência de Enfermagem.

NURSING CARE FOR THE ELDERLY WITH ALZHEIMER'S AND THEIR CAREGIVER

ABSTRACT: With the gradual increase of Alzheimer's disease in the elderly population, there is an urgent need to implement nursing actions aimed at reducing the impacts caused by the evolution of the disease, both for the patient, as well as for the caregiver. The objective of this study is to describe nursing strategies to provide a better quality of life for the elderly with Alzheimer's disease and their caregiver. It is a qualitative literature review, using a descriptive method, carried out on articles available in specialized journals, with current publications in relation to the proposed theme as inclusion criteria. This study allowed to point out the main problems that affect families during the provision of care at home and to identify nursing actions that help the elderly with Alzheimer's to achieve a better quality of life in each stage of the disease.

KEYWORDS: Aged; Alzheimer Disease; Caregiver; Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

Este estudo busca priorizar ações de enfermagem que auxiliam o idoso portador de Alzheimer a alcançar uma qualidade de vida melhor em cada fase da doença e apontar os principais problemas que afetam família durante a prestação do cuidado no espaço domiciliar. Dessa forma, é preciso conhecer os aspectos fisiopatológicos da doença que possibilitem os profissionais de saúde a estabelecer ações que visam diminuir os impactos causados com a evolução da doença proporcionando o bem estar físico mental e social do idoso, como também, para o cuidador.

“A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência neurodegenerativa em pessoas de idade” (BVS, 2015). “A demência pode ter diferentes causas e, invariavelmente, leva à progressiva alteração do comportamento e à dependência para a realização de atividade do dia a dia” (BERTOLUCCI, 2012). Neste contexto é que se dá a importância do profissional enfermeiro, o qual é capacitado para realizar e direcionar o paciente e o cuidador para as melhores práticas possíveis com vistas a manutenção da qualidade de vida.

A doença de Alzheimer (DA) não afeta apenas a vida do idoso doente, mas abala toda estrutura social e emocional da família que terá por obrigação oferecer atenção integral e todo suporte necessário ao idoso. Em decorrência do cuidado prestado ao idoso, a família ou cuidador poderá apresentar sintomas de tristeza, raiva, angústia e isolamento social, provocando em muitas vezes danos irreversíveis (AREIAS *et al.*, 2015).

A progressão da doença é marcada por diferentes estágios: no início apresenta comprometimento da memória, déficit de atenção, dificuldade em identificar as pessoas e locais, confusão mental e dificuldade de lidar com novos acontecimentos; na fase mediana da doença o idoso pode apresentar dificuldade para realizar as atividades cotidianas, agressividade, dificuldades para dormir, agitação motora, repetição de palavras ou frases, alteração da postura e marcha; finalizando no estágio avançado com dependência total em decorrência ao grave comprometimento das funções cognitivas, diminuição acentuada do vocabulário, descontrole urinário e fecal, e a morte acontece por complicações causadas pela imobilidade e infecções (AREIAS *et al.*, 2015).

Apesar de a doença transformar o cuidado ao idoso em algo intensivo e desgastante, a família é considerada a principal rede de apoio a esse idoso enfermo. Assim, cabe ao enfermeiro orientar a família e o cuidador sobre as fases da doença e o conjunto de ações que visam o cuidado humanizado.

O problema de pesquisa deste estudo correspondeu à seguinte pergunta: de que maneira o enfermeiro pode intervir para que o idoso portador de Alzheimer tenha uma qualidade de vida melhor durante os estágios da doença?

O enfermeiro tem a responsabilidade de elaborar planos de cuidados e atividades complementares com os cuidadores para prover uma assistência adequada em cada fase do adoecimento, esclarecendo dúvidas sobre os sintomas, estadiamento e comprometimento (MOURA *et al.*, 2015).

Considerando o exposto, o interesse pelo o desenvolvimento do assunto surgiu devido o aumento gradativo da doença de Alzheimer na população idosa e pela necessidade de implementar ações de enfermagem que visem diminuir os impactos causados pela evolução da doença, tanto para o paciente, quanto para o cuidador.

O presente estudo teve por objetivo geral descrever as estratégias da enfermagem para proporcionar uma qualidade de vida melhor aos idosos com a doença de Alzheimer e a seu cuidador. Os objetivos específicos são compreender os aspectos fisiopatológicos, as fases e apontar os principais problemas que afetam as famílias durante a prestação do cuidado no espaço domiciliar e identificar ações de cuidados voltadas ao idoso portador de Alzheimer e seu cuidador.

2 | FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

A DA, descoberta em 1907 pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer, é

caracterizada por ser uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória e outras funções cognitivas (SMITH, 1999). Estima-se que entre 10-15% das pessoas que chegam aos 65 anos apresentam sintomas relacionados a DA. Aumentando a prevalência 3% ao ano, até atingir quase 50% dos idosos com 85 anos (FERREIRA, 2013).

Pesquisas apontam que a etiologia da DA está relacionada a vários fatores, os quais os mesmos são considerados como fatores de risco: a idade, Síndrome de Down, baixo nível educacional, gênero feminino, reações inflamatórias, fatores genéticos e ambientais. Ainda, pode estar relacionada com traumatismo craniano, hipercolesterolemia, diabetes *mellitus*, estresse e hipertensão arterial. Algumas destas doenças podem ser evitadas ou controladas (MOURA *et al.*, 2015).

A idade avançada e o histórico familiar são os principais fatores relacionados ao aparecimento da DA, em torno de 1/3 dos indivíduos acometidos por esta neuropatologia possuem histórico familiar. Há uma probabilidade que 50% dos portadores da DA tenham filhos afetados com a mesma neuropatologia (HAMDAN, 2008; SERENIKI; VITAL, 2008).

O maior problema da DA é a acumulação de proteínas anormais chamadas de placas de beta-amiloide, as quais estão diretamente relacionadas às habilidades de memória e construção do pensamento, podendo ocasionar problemas de comportamento como choros sem motivo aparente, distração e agitação. No agravamento, as atividades básicas diárias são afetadas, como se vestir, arrumar a cama ou alimentar (SILVA, s.d.).

A DA é caracterizada por alterações neuropatológicas que incluem: atrofia cerebral, placas cerebrais senis que contêm depósitos extracelulares de peptídeo β -amiloide, emaranhados neurofibrilares intracelulares que contêm proteína tau hiperfosforilada e perda de células neurais. Estas alterações resultam em perda de memória, confusão, afetação do julgamento, desorientação e problemas na expressão. Os sintomas tendem a piorar ao longo do tempo (MELO, 2013).

A proteína tau é responsável pela montagem e estabilidade dos microtúbulos na célula neuronal e pelo transporte axoplasmático. A conexão microtubular é regulada por um balanço complexo entre expressão e fosforilação das isoformas tau. Na DA, esta proteína é anormalmente hiperfosforilada, separando-se dos microtúbulos axonais e agregando-se em emaranhados neurofibrilares. Estas alterações resultam na interrupção do transporte axonal, conduzindo à perda de atividade biológica e à morte celular de neurônios (MELO, 2013).

À medida que essas alterações estruturais progridem, o portador da doença poderá apresentar dificuldades para falar, andar, ter alucinações e delírios, não reconhece ninguém nem mesmo a si próprio, causando grandes impactos na sua vida e de seu familiar/cuidador. Além da dependência, a doença causa complicações sérias, como pneumonia, embolia pulmonar e septicemia, levando a morte (MOURA *et al.*, 2015).

31 EVOLUÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER E AS DIFICULDADES VIVENCIADAS PELO CUIDADOR NO ESPAÇO DOMICILIAR

Dados atuais apontam que 35,6 milhões de pessoas convivem com DA e a estimativa é de que esse número praticamente dobre a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 (WIMO *et al.*, 2010). É a principal causa de dependência funcional, institucionalização e mortalidade entre a população idosa (QIU, 2012).

A progressão da sintomatologia da DA varia de indivíduo para indivíduo, mas em geral acontece de forma lenta e contínua. De acordo com Areias *et al.*, (2015), as fases da doença no portador da DA são classificadas em:

1ª fase: há um comprometimento da memória recente, déficit de concentração, dificuldade de aprendizado, esquecimento e repetição de palavras ou frases.

2ª fase: perda da capacidade de reconhecer objetos, pessoas, sons e formas, dificuldade ou impossibilidade de engolir ou de ingerir alimentos, perda da capacidade de realizar tarefas motoras voluntárias aprendidas ao longo da vida. Além disso, há uma deterioração mais acentuada dos déficits de memória e alterações comportamentais.

3ª fase: grande comprometimento das funções cognitivas, dificuldade para falar e andar, não reconhece nem a si mesmo.

4ª fase ou fase terminal: o indivíduo fica acamado, apresenta incontinência urinária e fecal, há grande comprometimento na fluência verbal, evoluindo para o mutismo. Em decorrência do estado vegetativo podem surgir algumas complicações, como pneumonia, embolia pulmonar e septicemia levando o doente ao óbito.

Com a progressão da doença, o idoso passa a ficar totalmente dependente de cuidados, que na maioria das vezes é realizado por uma pessoa da família (ILHA *et al.*, 2016). Segundo um estudo realizado por Lenardt *et al.*, (2010), a maioria desses cuidados é prestado por mulheres, que assumem o cuidado de forma natural. No entanto, há uma sobrecarga muito grande ao desempenhar esses cuidados ao portador de DA, pois durante as atividades de vida diária (AVDs) como o banho, higiene, vestimenta e administração dos medicamentos o idoso se nega a colaborar, ocasionando um desgaste físico e psicológico no familiar cuidador.

Um problema muito referido por familiares cuidadores é a dificuldade de lidar com alterações de comportamento e personalidade, que além de ocasionar medo e insegurança, pode causar riscos contra o bem estar tanto do cuidador como do idoso, segundo aponta a pesquisa realizada Seima *et al.* (2014).

Segundo Oliveira e Caldana (2012), um sentimento bastante relatado por cuidadoras, principalmente pelas esposas dos idosos doentes, é o de constrangimento, que surge quando o idoso não reconhece a própria companheira e filhos.

A solidão também faz parte dos sentimentos expressados pelas esposas cuidadoras, em função da perda de memória, a cumplicidade e o companheirismo entre o casal se perde,

em virtude dos maridos não se lembrarem de que são casados ou por não conseguirem assimilar os acontecimentos do dia a dia, todas as decisões ficam sob a responsabilidade das esposas (OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

O familiar cuidador pode apresentar dificuldades para compreender a progressão da DA, pois acredita que a perda cognitiva pode ser recuperada; à medida que a doença se agrava, os cuidados tornam-se mais complexos e a preocupação dos cuidadores com o idoso doente aumenta, afetando diretamente na qualidade de vida dos familiares (OLIVEIRA, 2009).

É muito frequente a ocorrência da depressão em cuidadores, visto a sobrecarga de trabalho que desgasta a saúde física e mental do cuidador. Em virtude disto, um grande número de cuidadores apresenta ansiedade, medo, raiva, frustração e estresse. Com isso, uma parcela desses cuidadores passa a consumir medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e anti-hipertensivos (LENARDT *et al.*, 2010).

4 | ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AO PORTADOR DE ALZHEIMER E AO CUIDADOR

Cuidar de um idoso portador de Alzheimer está entre as tarefas mais árduas para a família, em razão da falta de conhecimento da evolução da doença e especialmente porque suas limitações e inseguranças não são reconhecidas pelos profissionais de saúde. Por isso, é fundamental que a enfermagem ofereça suporte tanto ao doente quanto ao cuidador familiar, demonstrando a melhor forma de superar os transtornos causados pelas modificações da doença e os impactos causados na estrutura familiar, diminuindo seu sofrimento e desgaste, a fim de garantir uma vida mais equilibrada a todos os envolvidos (LUZARDO; WALDMAN, 2004; AREIAS *et al.*, 2015).

Para desempenhar o papel de cuidador, a família precisa de informações sobre a DA, para que saiba agir nas situações mais difíceis da doença. A enfermagem deve realizar um acompanhamento próximo, reconhecer as dificuldades da família no manejo do cuidado, respeitar seus limites físicos e emocionais, fortalecer o vínculo afetivo, valorizar seus esforços e realizar orientações de qualidade, de modo que a família seja amparada e preparada para enfrentar os desafios que a DA acarreta (TRISTÃO; SANTOS, 2015).

Segundo Luzardo *et al.* (2006), o enfermeiro está habilitado para realizar o planejamento das ações de cuidado, podendo oferecer suporte e apoio para a realização dos cuidados intra e extradomiciliares, como preparar a família para as rotinas cotidianas que envolve o cuidado ao idoso. Porém, apesar do enfermeiro atuar diretamente no processo de educação em saúde e possuir habilidade suficiente para tal função é importante a participação de outros profissionais para que o cuidado seja ofertado por completo.

De acordo com Pestana e Caldas (2009), os cuidados direcionados ao idoso doente devem incluir: cuidados com pele, prevenção de úlceras por pressão, higiene corporal e

oral, vestimenta, nutrição, hidratação e administração de medicamentos; e encaminhar o idoso e seu cuidador, se necessário, a outros profissionais, como o terapeuta ocupacional, neuropsicólogo e grupos de autoajuda.

Os encontros em grupos de apoio auxiliam os cuidadores a lidar com o idoso doente, disponibilizando a eles o acesso à informação, ajudando o cuidador familiar a aceitar e compreender melhor as necessidades da pessoa com demência, possibilitando, com isso, o aumento da qualidade de vida tanto dos doentes quanto dos familiares cuidadores (TRISTÃO; SANTOS, 2015).

Através da pesquisa realizada por Ilha *et al.*, (2016), foi possível identificar ações que a enfermagem pode propor ao cuidador familiar em relação à pessoa idosa com doença de Alzheimer. Esses cuidados foram estabelecidos de acordo com a sintomatologia apresentada pelo portador da DA e segundo as dificuldades do cuidador em relação à evolução da doença.

Perda da memória recente: o cuidador deve ter paciência e procurar não contrariar o idoso; ter consciência que a repetição das palavras é devido ao esquecimento ocasionado pela evolução da doença; não ser irônico ou constrangê-lo de forma alguma; caso o idoso não reconheça sua própria casa e pedir para levá-lo para sua residência, não discorde, de uma volta à pé ou de carro e retorne a casa, se possível, por uma entrada diferente; sempre guardar chaves e objetos em local seguro para prevenir acidentes; evitar deixar o idoso sair de casa sozinho para que ele não se perca; fazer um crachá de identificação, telefone e endereço e fixá-lo em sua roupa.

Negação da higiene corporal: não obrigar a tomar banho e sim procurar um meio que estimule a realização da higiene corporal; observar sempre se a higiene está sendo realizada ou se o idoso está fingindo que realiza; não deixar o banheiro com fechaduras, para evitar que ele se tranque.

Comportamento agressivo: reconhecer que a agressividade é devido as alterações de personalidade e comportamentais da doença; o cuidador deve afastar objetos que ofereçam risco a pessoa idosa e ao próprio cuidador; jamais entrar em conflito com o doente; procurar distraí-lo com outros assuntos para que ele se acalme.

Medicamentos: se o idoso tem consciência da necessidade de tomar as medicações e a realiza sem problemas, cabe ao cuidador somente facilitar o uso, identificando cada frasco com o horário das tomadas; caso o idoso tem dificuldade de ler, pode ser feito um desenho ou marcar com uma figura para que ele compreenda os períodos de uso dos medicamentos; é necessário que o cuidador esteja presente durante as administrações dos remédios para evitar que o idoso tome de forma inadequada; após a administração, guardar os medicamentos em local seguro, evitando que o idoso repita as doses e se intoxique.

Administração financeira: mesmo que o idoso não apresente condições para administrar seu próprio dinheiro, o cuidador familiar deve deixar uma parte do dinheiro com o idoso, para incentivar a independência e para evitar que o idoso se sinta “roubado”

pela própria família; ficar atento para identificar se o idoso perdeu a noção do valor ou da existência do dinheiro; caso isso aconteça, é preciso que a administração fique na responsabilidade do cuidador e que disponibilize o dinheiro ao idoso de forma fracionada, segundo a necessidade; se o idoso não tem noção do valor, substituir as notas de maior valor pelas de valor inferior, simulando a mesma quantia de notas, para que não haja frustração; quando o idoso não estiver condições para gerenciar, o familiar cuidador tem que assumir essa tarefa, não se esquecendo de comunicar aos demais integrantes da família acerca dos gastos.

Quanto às estratégias que diminuam a sobrecarga do cuidador familiar, é importante esclarecer toda a família do desgaste físico e psicológico que são causadas pelo manejo da doença, evitando que fique na responsabilidade de uma só pessoa.

Geralmente, a doença traz discórdia familiar, pois a maioria das pessoas não quer mudar sua rotina diária para dedicar seu tempo em prol do idoso doente, e acabam empurrando a responsabilidade para apenas um membro. Normalmente essa pessoa é a filha que já está com seus filhos criados ou é divorciada, ou é a filha querida que acaba sendo escolhida pelo próprio idoso doente. Porém, quando esse cuidador enfrenta sozinho todas as dificuldades e não é apoiado pelos demais familiares, ele acaba desencadeando um desconforto e sentimento de solidão, que pode causar até mesmo uma depressão (OLIVEIRA, 2009).

Em razão dessas alterações que podem desencadear no cuidador, é necessária que a enfermagem busque fortalecer as relações de proximidade com os outros membros da família, respeitando suas opiniões, porém demonstrando as dificuldades inerentes ao cotidiano na execução das tarefas; enfatizando a importância da divisão destas, que podem ser realizadas através de escalas mensais feitas pelos próprios integrantes da família. Em algumas situações há necessidade de incluir os demais membros em um polo de neurogeriatria, onde poderão fortalecer seus mecanismos de enfrentamento através de reuniões com outros grupos. Essas reuniões são essenciais para os familiares se sentirem acolhidos, confortados e estimulados a prestar o cuidado com mais amor, carinho, valorizando o idoso em suas dimensões físicas, mental social e cultural, segundo a opinião de Santana *et al.* (2009).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar ações de enfermagem que auxiliam o idoso portador de DA a alcançar uma qualidade de vida melhor em cada fase da doença e apontar os principais problemas que afetam a família durante a prestação do cuidado no espaço domiciliar.

Através deste trabalho, percebeu-se que o desenvolvimento da DA tem uma forte relação com a idade avançada e o histórico familiar; e que a gravidade da demência está

relacionada às alterações estruturais situadas no lobo temporal, hipocampo e no córtex cerebral.

Além disso, foi possível classificar cada fase da doença e entender que conforme ocorre a sua progressão, o portador da doença pode apresentar dificuldades para falar, andar, ter alucinações e delírios, não reconhece ninguém nem mesmo a si próprio; que na fase terminal da doença, o indivíduo pode ficar totalmente dependente de seu cuidador, pois pode haver impossibilidade de locomoção, incontinência urinária e fecal, grande comprometimento na fluência verbal, evoluindo para o mutismo, podendo surgir algumas complicações, como pneumonia, embolia pulmonar e septicemia, evoluindo para o óbito.

Notou-se também que, à medida que a doença avança, há uma sobrecarga física e mental do cuidador em decorrência da complexidade dos cuidados prestados ao doente, causando grandes impactos na vida do portador da DA de seu familiar/cuidador.

Das ações propostas pela enfermagem direcionadas ao idoso doente incluem: cuidados com pele, prevenção de úlceras por pressão, higiene corporal e oral, vestimenta, nutrição, hidratação e administração de medicamentos; e encaminhar o idoso e seu cuidador, se necessário, a outros profissionais, como o terapeuta ocupacional, neuropsicólogo e grupos de autoajuda. No entanto, essas ações nas se restringem ao doente, o enfermeiro está habilitado a realizar um planejamento das ações que visam preparar o cuidador a enfrentar as situações mais complexas segundo a sintomatologia apresentada. Além disso, criaram-se neste estudo, estratégias para reduzir o desgaste físico e mental do cuidador, visando aumentar a qualidade de vida do mesmo.

Para que todas essas as ações sejam eficazes é necessário que a família possa aceitar que o idoso está doente e conhecer as fases da DA; dividir as tarefas entre os membros da família para reduzir o estresse e a sobrecarga do cuidador; tanto o idoso quanto o cuidador deve participar de grupos de autoajuda. Além disso, o enfermeiro deve realizar orientações a fim de fortalecer o vínculo afetivo entre o idoso e a família, valorizar seus esforços e realizar orientações de qualidade, de modo que a família seja amparada e preparada para enfrentar os desafios que a DA trazem.

REFERÊNCIAS

AREIAS, B. B.; BONFIM, M. M.; SCHIAVETO, F. V. A participação da enfermagem frente ao cuidador de idosos portadores de Alzheimer. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro SP, v. 8, n.1, p. 44-63, 2015. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015183428.pdf>. Acesso em: 07 de julho 2016.

BERTOLUCCI, P.H.F. **Doença De Alzheimer: manual do cuidador**. São Paulo: Alaúde, 2012.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Doença de Alzheimer**. 2015. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/dicas-em-saude/2056-doenca-de-alzheimer>>. Acesso em: 21 de fev. 2021.

FERREIRA, T. **Goles contra o Alzheimer**. Saúde é Vital: Abril, 01 jun. 2013.

- ILHA, S. et al. Alzheimer's disease in elderly/family: Difficulties experienced and care strategies. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 138-146, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414->. Acesso em: 10 de abril 2017.
- HAMDAN, A. C.. Avaliação neuropsicológica na doença de Alzheimer e no comprometimento cognitivo leve. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 54, p. 183-192, 2008. Disponível em: www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2493&dd99=pdf. Acesso em: 02 de abril 2017.
- LENARDT, M. et al. O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 301-307, 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/120>. Acesso em: 08 de abril 2017.
- LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta scientiarum: health Science**, v. 26, n. 1, p. 135-145. 2004. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140057>. Acesso em: 17 de abril 2017.
- LUZARDO, A. R. et al. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06>. Acesso em: 17 de abril 2017.
- MELO, P.M.C. **Doença de Alzheimer perspectivas de tratamento**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Beira Interior. Covilhã, p. 63, 2013.
- MOURA, P. S. L.; MIRANDA, N. F.; RANGEL, L. C. As fases da doença de Alzheimer e os cuidados necessários a serem implementados pelo cuidador. **REINPEC-Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 1, n. 2, 2015. Disponível em: <http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/103>. Acesso em: 02 de abril 2017.
- OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 675-685, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48754>. Acesso em: 12 de abril 2017.
- OLIVEIRA, A. P. P. **O cuidado familiar na perspectiva de cuidadores de idosos com demência de Alzheimer**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2009. Disponível em: www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/27_05_2011__15_07_24__61.PDF. Acesso em: 12 de abril 2017.
- PESTANA, L. C.; CALDAS, C. P. Cuidados de enfermagem ao idoso com demência que apresenta sintomas comportamentais. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 4, p. 583-587, 2009. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2015/672-1439321578.pdf>. Acesso em: 17 de abril 2017.
- QIU C. Preventing Alzheimer's disease by targeting vascular risk factors: hope and gap. **Journal of Alzheimer's Disease**, v. 32, n. 3, p. 721-31, 2012. Disponível em: <<https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad120922>>. Acesso em: 22 de fev. 2021.
- SANTANA, R. F.; ALMEIDA, K. S.; SAVOLDI, N. A. M. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 459-464, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reesp/article/view/40379>. Acesso em: 18 de abril 2017.

SILVA, W. J. M. **Fisiopatologia da doença de Alzheimer**. Portal Educação: São Paulo, s.d. Disponível em: < <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/fisiopatologia-da-doenca-de-alzheimer/59760> >. Acesso em: 22 de fev. 2021.

SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev Psiquiatr RS**, v. 30, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.uesb.br/eventos/farmacologiaclinicascnc/artigo%20alzheimer.pdf>. Acesso em: 17 de fev. 2021.

SMITH, M. A. C. Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 03-07, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000600003&script=sci_arttext&lng=es. Acesso em: 02 de abril 2017.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 233, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267030687010/>. Acesso em: 10 de abril 2017.

TRISTÃO, F. R.; SANTOS, S. M. A.. Atenção ao familiar cuidador com doença de Alzheimer: uma atividade de extensão universitária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1175-1180 (out-dez), 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01175.pdf>. Acesso em: 18 de abril 2017.

WIMO A, WINBLAD B, JÖNSSON L. The worldwide societal costs of dementia: estimates for 2009. **Alzheimer's & Dementia**, v. 6, n. 2, p. 98-103, 2010. Disponível em: <<https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.jalz.2010.01.010>>. Acesso: 22 de fev. 2021.

CAPÍTULO 21

O CUIDADO PALIATIVO E A TANATOLOGIA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DOS CURRÍCULOS DE UNIVERSIDADES FEDERAIS BRASILEIRAS

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Thaís dos Santos Araujo

Bacharel em Enfermagem. UFF, Campus de Rio das Ostras Cabo Frio - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2188593738189327>

Adriana Medeiros Braga

Bacharel em Enfermagem. UFF, Campus de Rio das Ostras Cabo Frio - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/4577994388375056>

Janaina Luiza dos Santos

Doutora em Ciências da Saúde DEPCH/EERP-USP. Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense (UFF), Campus de Rio das Ostras Rio das Ostras - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0278498676950719>

Sabrina Corral-Mulato

Pós Doutora em Ciências da Saúde DEPCH/EERP-USP. UNIP Ribeirão Preto - São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6768692779414011>

Larissa Angélica da Silva Philbert

Doutora em Ciências da Saúde DEPCH/EERP-USP Sec. Munic. de Educação de Ribeirão Preto, Universidade Paulista - UNIP Ribeirão Preto - São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5039857783810510>

Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo

Docente PROFSAÚDE, FIOCRUZ Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3231946905823780>

Isabel Cristina Ribeiro Regazzi

Docente Faculdade de Enfermagem, UFF Rio das Ostras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7637142992605317>

Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp

Docente Faculdade de Enfermagem, UFF Rio das Ostras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/.4235748457769201>

RESUMO: Introdução: Ao longo dos anos, percebe-se o aumento da incidência de doenças crônicas. Portanto, torna-se indispensável a atuação de cunho paliativista que permeia o diagnóstico ao fim da vida do paciente. Logo, a competência e qualificação do enfermeiro nesse contexto é de suma importância, pois sua equipe é responsável por promover maior qualidade de vida ao doente, além de atuar como principal alicerce técnico e psicológico para ele e seus familiares. Objetivo: analisar as matrizes curriculares dos Cursos de Graduação em Bacharel em Enfermagem de Universidades Federais brasileiras disponibilizados digitalmente e identificar a presença de disciplinas sobre cuidados paliativos e/ou tanatologia. Método: Trata-se de uma pesquisa documental elaborada a partir de dados de domínio público das Universidades Federais nacionais disponibilizados digitalmente. Resultados: 63 cursos de Bacharelado em Enfermagem

são ofertados nos campus de 51 Universidades Federais. Dentre eles, observou-se que 31,75% das universidades disponibilizam disciplinas optativas sobre cuidados paliativos e/ou tanatologia e somente uma universidade possui a disciplina nesta temática de caráter obrigatório (1,59%). Considerações Finais: Dado o exposto, pode-se identificar o escasso contato do acadêmico com a temática de cuidados paliativos, visto que a oferta de disciplinas optativas é incerta e cursada, na maioria das vezes, por discentes com afinidade pela temática. Portanto, tendo em vista que a atuação do enfermeiro está além do caráter curativista, este deve possuir um aporte teórico básico acerca dessa temática para fundamentar sua atividade laboral.

PALAVRAS-CHAVE: Tanatologia; Educação em Enfermagem; Cuidados Paliativos; Morte.

PALLIATIVE CARE IN GRADUATION IN NURSING: AN ANALYSIS OF CURRICULUMS FROM BRAZILIAN FEDERAL UNIVERSITIES

ABSTRACT: Introduction: Over the years, has been an increase in the incidence of chronic diseases. Therefore, it is essential to act as a palliative that permeates the diagnosis at the end of the patient's life. The competence and qualification of nurses in this context is of paramount importance, as their team is responsible for promoting a better quality of life for the patient, in addition to acting as the main technical and psychological foundation for him and his family. Objective: to analyze how curricular matrices of Undergraduate Nursing Bachelor Courses at Brazilian Federal Universities are made available digitally and to identify the presence of disciplines on palliative care and / or Thanatology. Method: This is a documentary research based on public domain data from national Federal Universities made available digitally. Results: 63 Bachelor of Nursing courses are offered on the campus of 51 Federal Universities. Among them, it was observed that 31,75% of the universities offer optional subjects covering palliative care and / or thanatology and only one university has a discipline in this thematic are mandatory (1,59%). Final Considerations: Given the above, it is possible to identify the little contact of the academic with the theme of palliative care, since the offer of optional subjects is uncertain and attended in most cases by students with affinity for the theme. Therefore, bearing in mind that the nurse's performance is beyond the curative character, they must have a theoretical contribution about this theme to support his work activity.

KEYWORDS: Thanatology; Education, Nursing; Palliative Care; Death.

1 | INTRODUÇÃO

A morte é o evento que anuncia o fim do ciclo vital e é biologicamente inerente à trajetória humana. Entretanto, a finitude humana, é muitas vezes negada, incompreendida em sua natureza, por sua irreversibilidade e simbolismo. É considerada por alguns indivíduos um acontecimento repulsivo e que gera sentimentos de frustração e impotência (JAFARI *et al.*, 2015).

As estratégias de enfrentamento durante esse processo estão intimamente relacionadas à fatores culturais, religiosos, espirituais e étnicos de cada indivíduo, que definem uma melhor aceitação ou negação deste evento. Portanto, um cuidado de

enfermagem de qualidade, com mitigação do sofrimento e priorização das escolhas do paciente durante o processo de morte e morrer reflete a perspectiva conceitual da integralidade assistencial (RIBEIRO *et al.*, 2019; MALTA; RODRIGUES; PRIOLI, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2020), o cuidado paliativo consiste em uma abordagem que objetiva aumentar a qualidade de vida de pacientes e familiares desde o momento do diagnóstico de doenças crônicas, progressivas e que ameacem a continuidade da vida, contemplando as necessidades biopsicossociais mediante as transformações no decurso da doença.

A Tanatologia, estudo científico do processo de morte e morrer, fundamenta e consolida essas ações de cuidado, pois o entendimento e percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de morte e morrer pode exercer potencial influência na qualidade e na oferta da assistência. Não obstante, os diálogos sobre essa temática ainda são pontuais, incomuns e considerados um tabu social (SAMPAIO *et al.*, 2018).

Estima-se que mais de 56,8 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos. No entanto, apesar da alta demanda, esse cuidado não encontra-se acessível para a maioria. A escassez de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os princípios e práticas do cuidado paliativo configura-se como uma das principais barreiras da disseminação dessa abordagem (WHO, 2020).

Estudos retratam que os cursos de Enfermagem são majoritariamente baseados no modelo de assistência biomédico. Destarte, proporcionam diálogos perfunctórios sobre a temática de tanatologia e cuidados paliativos, em virtude da priorização do intervencionismo e curativismo. A carga horária limitada para abordar essa temática, acarreta uma lacuna na qualificação dos profissionais e evidencia necessidade de uma sensibilização desde o período da graduação, para que se tenha proporcionalidade entre o aporte teórico e inteligência emocional, a fim de proporcionar uma assistência satisfatória ao paciente e seus familiares (SAMPAIO *et al.*, 2018; MOURA *et al.*, 2018).

Dado o exposto, o estudo possui como objetivos identificar e analisar a presença de disciplinas sobre cuidados paliativos e/ou tanatologia Cursos de Bacharel em Enfermagem de Universidades Federais brasileiras. Ainda, busca contribuir para proporcionar aporte teórico para estudos subsequentes, bem como estimular diálogos e produções científicas sobre a temática para aumentar a qualidade da assistência e qualificação profissional na assistência paliativista e, principalmente, durante o processo de morte e morrer.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental realizada a partir da coleta de informações das matrizes curriculares dos endereços eletrônicos de Universidades Federais nacionais com o objetivo de selecionar, organizar e interpretar informações que não foram oriundas de uma análise prévia (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015). O estudo não foi submetido

à apreciação de um comitê de ética, pois foram analisados documentos de domínio público conforme preconiza a Resolução nº 510/2016 do CNS. (BRASIL, 2016)

A seleção das instituições ocorreu no mês de setembro de 2020 e foi dividida em duas etapas: primeiramente, realizou-se um levantamento do quantitativo de Universidades Federais do Brasil na plataforma do e-MEC, complementado por fontes secundárias de informação e seguido por uma busca direta nos endereços eletrônicos de cada universidade a fim de identificar as que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser uma universidade Federal e ofertar curso de Bacharelado em Enfermagem. Foram excluídos do estudo as universidades que não disponibilizaram digitalmente matriz curricular e/ou Projeto Político Pedagógico (PPP) conforme descrito na imagem abaixo.

Os dados foram organizados através de dupla digitação em planilha do Microsoft Office Excel® 2013, onde foram submetidos a um cálculo de percentual das variáveis que aliaram-se aos objetivos do estudo. Posteriormente, realizou-se uma revisão narrativa para correlacionar os achados do manuscrito com o que versam as literaturas científicas dessa temática.

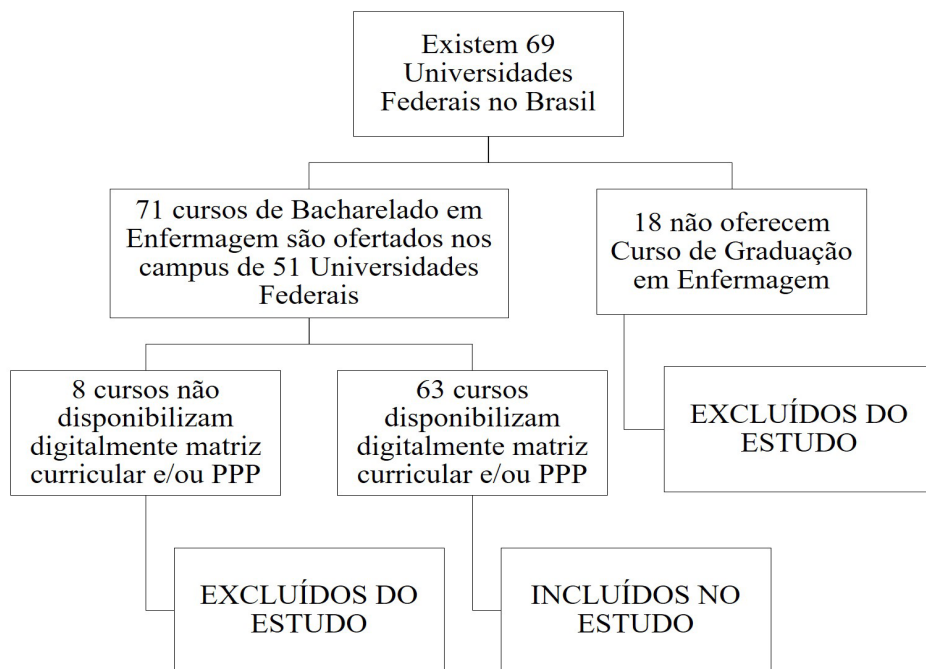


Figura 1: Etapas de seleção dos cursos de Enfermagem para análise documental.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos no estudo, 63 cursos de bacharelado em Enfermagem ofertados

por Universidades Federais nacionais que disponibilizaram digitalmente documentos institucionais que permitem a identificação das disciplinas optativas e obrigatórias da instituição (Matriz curricular dos cursos e PPP).

Cabe ressaltar que o Projeto Político Pedagógico é um documento redigido pelas instituições de ensino superior com o intuito de elucidar os objetivos e perfil de formação de cada curso. No âmbito da Enfermagem, o PPP busca alinhar-se com o que preconiza o perfil de egresso/profissional e competências a serem adquiridas durante a graduação contido nas Diretrizes Nacionais Curriculares. Dentre essas características, destacam-se os aprendizados voltados para a área de atenção integral à saúde, educação continuada, liderança, comunicação, dentre outros (SOUZA *et al.*, 2020).

Dentre os cursos incluídos no estudo, aproximadamente 31,75% ofertam disciplinas optativas nas temáticas de cuidados paliativos e/ou tanatologia, enquanto somente uma universidade oferta disciplina nessa temática de caráter obrigatório, configurando aproximadamente 1,59%.

Ao realizar um comparativo com a pesquisa documental realizada anteriormente por Ribeiro *et al.* (2019) que objetivou identificar o oferecimento de disciplinas que abordem cuidados paliativos na formação de profissionais de enfermagem de 59 universidades federais, verifica-se um avanço, pois em 2018, no referido estudo, apenas 18,64% dos cursos ofertavam alguma disciplina voltada, exclusivamente, para discussão da temática.

Sobre a distribuição de cursos por regiões brasileiras, o quadro abaixo destaca que o Nordeste é a região que possui maior oferta de cursos de enfermagem e é a única região que oferta disciplina obrigatória nessa temática, corroborando com os achados de Ribeiro *et al.* (2019).

REGIÕES DO BRASIL	QUANTIDADE DE CURSOS OFERTADOS	QUANTIDADE DE DISCIPLINAS OPTATIVAS	QUANTIDADE DE DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS
NORTE	04	01	00
NORDESTE	24	07	01
CENTRO-OESTE	08	03	00
SUDESTE	17	07	00
SUL	10	02	00
TOTAL	63	20	01

Cuidados paliativos e Tanatologia nos cursos de Graduação em Enfermagem

No decorrer dos anos, observou-se um aumento de estudos e diálogos acerca dos princípios do cuidado paliativo e tanatologia. Entretanto, em virtude do predomínio do modelo de cuidado biomédico com a busca da cura através de procedimentos, observa-se

uma lacuna na valorização do ensino de abordagens voltadas para os pacientes fora de possibilidade de cura. Sendo assim, o panorama do ensino atual é voltado para valorização da cura e a morte ainda está intimamente atribuída ao fracasso dos profissionais. Ainda, cabe ressaltar que a graduação fornece subsídios irrisórios acerca da atenção a pacientes terminais, tanto na identificação e manejo dos sintomas quanto na assistência humanizada ao paciente e familiares. (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

O objetivo de uma disciplina que aborda cuidados paliativos e tanatologia é viabilizar situações de conflito que envolvam o binômio “vida e morte” e fazer com que o estudante vivencie o mais próximo possível da realidade, a fim de desenvolver ferramentas cognitivas e afetivas, através de suas experiências. Desta forma, ao ser confrontado pela real morte ou sua iminência, estará premunido para suportar o choque emocional e não padecer de maneira disfuncional (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

Guimarães *et al.* (2017) ratificam a importância da sensibilização dos graduandos em Enfermagem sobre os princípios e práticas do cuidado paliativo e da assistência aos indivíduos durante o processo de morte e morrer através do estímulo à debates fundamentados na pedagogia crítico-reflexiva. Desta forma, formar-se-ão profissionais capacitados para assistência integral em sua essência, inclusive durante o processo de morte e morrer.

Corroborando com essas informações, um estudo realizado com enfermeiros de um hospital geral universitário da Espanha identificou que enfermeiros que não possuíam aproximação com a temática de cuidados paliativos durante a graduação, apresentam pior desempenho ao terem seus conhecimentos sobre cuidados paliativos testados. Ademais, ressaltam a necessidade de uma abordagem transversal dessa temática, da graduação a pós graduação para fundamentar condutas que culminarão no aumento da qualidade assistencial. (CHOVER-SIERRA; MARTÍNEZ-SABATE; LAPEÑA-MOÑUX, 2017)

Implicações para a prática profissional

Essa lacuna de conhecimento identificado com a análise dos resultados, trará implicações negativas no decorrer da prática profissional. Cabe lembrar que a formação do profissional de enfermagem deve ser generalista, crítica e reflexiva. O enfermeiro que não possui contato com as temáticas de cuidado paliativo e tanatologia pode apresentar insegurança para atuar nessas circunstâncias. Logo, torna-se comum repelir indivíduos com necessidade dessas abordagens, além de desencadear comumente nos profissionais estresse e episódios de fadiga por compaixão.

Quando o profissional é previamente preparado para atuar diante do sofrimento do próximo possuindo um equilíbrio emocional e respaldado pela segurança de possuir um aporte teórico para atuar com ética e sensibilidade, diminuem as possibilidades do surgimento de sofrimentos mentais oriundos do cuidado do indivíduo em sua terminalidade (SAMPAIO *et al.* 2018).

Corroborando com os fatos abordados anteriormente, Guimarães *et al.* (2017) abordam ainda que o despreparo dos profissionais podem desencadear uma falsa esperança e cura no paciente por meio de desculpas e promessas de recuperação frente a iminência da morte.

Por fim, destaca-se a fadiga por compaixão, síndrome desencadeada pelo esgotamento emocional, físico e frustração na rotina laboral diante da empatia com o paciente, ameaçando sua saúde, bem como sua qualidade de vida e qualidade no trabalho (TORRES *et al.*, 2018). Profissionais formados seguindo o modelo biomédico, possuem a tendência a atribuir a morte como falha e fracasso de sua conduta. Logo, estão mais suscetíveis a episódios de fadiga por compaixão.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante análise dos resultados, pode-se identificar que mesmo com um aumento do quantitativo de ofertas de disciplinas na temática de cuidados paliativos e/ou tanatologia ao longo dos anos, ainda é escasso o contato do acadêmico com essa temática, visto que a oferta de disciplinas optativas é incerta e cursada, na maioria das vezes, por discentes com afinidade pela temática.

Tendo em vista que a atuação do enfermeiro perpassa o caráter curativista, este deve possuir um aporte teórico básico acerca dessa temática para fundamentar sua atividade laboral.

Ademais, como limitação do estudo, destaca-se a falta de informações nos endereços eletrônicos das universidades, dificultando a uma percepção mais fidedigna do panorama educacional atual em relação aos cuidados paliativos e/ou tanatologia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.** Diário Oficial da União 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso: 08 mar. 2021.

CARVALHO, K.K. *et al.* Educational process in palliative care and the thought reform. **Invest Educ Enferm.** [S.l.], v. 35, n 1, p.17-25. 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6005378.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2021.

CHOVER-SIERRA, E.; MARTINEZ-SABATER, A.; LAPENA-MONUX, Y.. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100381&lng=en&nrm=iso. Acesso: 08 mar. 2021.

GUIMARÃES, T.M. *et al.* Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm** Porto Alegre , v. 38, n. 1, p. 1-9, 2017 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100408&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 08 mar. 2021.

JAFARI, M. *et al.* Caring for dying patients: attitude of nursing students and effects of education. **Indian Journal of Palliative Care** [Internet]. [S.I.], v. 21, n. 2, p. 192-197. mai. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26009673>. Acesso em: 08 mar. 2021.

KRIPKA, R.M.L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D.L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones UNAD**, Bogotá, v.14, n. 2, p.55-73, jul. 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/322589335.pdf>. Acesso: 08 mar. 2021.

MALTA, R; RODRIGUES, B; PRIOLLI, D.G. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. **Rev. bras. educ. med.** [online]. [S.I.], v.42, n.2, p.34-44, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n2/0100-5502-rbem-42-02-0034.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2021.

MORAIS, E.N. *et al.* Palliative care: coping nurses in a private hospital in the city of Rio de Janeiro - RJ. **J Res Fundam Care Online**. [S.I.], v.10, n.2, p.318-325, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6000/pdf_1. Acesso em: 08 mar. 2021.

RIBEIRO, B.S. *et al.* Ensino de Cuidados Paliativos na Graduação em Enfermagem do Brasil. **Enferm. Foco**, [S.I.], v. 10, n. 6, p. 131-136, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Rudval_Souza_da_silva/publication/341770569_Ensino_dos_Cuidados_Paliativos_na_graduacao_em_Enfermagem_do_Brasil/links/5f0b1567299bf1881616ca6c/Ensino-dos-Cuidados-Paliativos-na-graduacao-em-Enfermagem-do-Brasil.pdf. Acesso em: 08 mar. 2021.

SAMPAIO, C.L. *et al.* Problem-Based Learning in Teaching of Thanatology in Undergraduate Nursing Program. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 1-7, 25 jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0068>. Acesso: 08 mar. 2021.

SOUZA, C.J. *et al.* Efetivando as competências acadêmicas por meio da pesquisa em enfermagem: relato de experiência. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 1446-1456, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n2-009>. Acesso: 08 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of Palliative Care**. WHO. 2ª Edição 2020. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso: 08 mar. 2021.

CUIDADOS PALIATIVOS NO CURRÍCULO MÉDICO BRASILEIRO

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 21/03/2021

Rodrigo Ibañez Tiago

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/3390851022432345>

Micael Viana de Azevedo

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/2872565439659586>

Ramon Moraes Penha

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/9355505787959409>

RESUMO: O Cuidado Paliativo (CP) objetiva promover qualidade de vida a pacientes portadores de doenças que não respondem ao tratamento modificador. Todo médico em alguma fase de sua carreira profissional deverá proporcionar dignidade às pessoas que passam pelo processo de sofrimento, dor ou, até mesmo, morte, deliberando entre Cuidados Paliativos em detrimento da obstinação terapêutica. Nos próximos anos o número de pessoas que necessitarão de assistência em CP ampliará significativamente. Em virtude disso, a demanda por profissionais médicos com habilidades e competências em CP aumentará. Embora o Cuidado Paliativo requisite uma abordagem multidisciplinar, há lacunas no ensino médico sobre o tema. Nesse sentido, este capítulo

explora o estado da arte dos Cuidados Paliativos na grade curricular dos cursos de graduação em medicina de instituições brasileiras e, finalmente, recomenda balizas para solidificação dos Cuidados Paliativos como componente curricular obrigatório.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Ensino superior; Educação médica; Currículo.

PALLIATIVE CARE IN THE BRAZILIAN MEDICAL CURRICULUM

ABSTRACT: Palliative Care (PC) aims to promote quality of life for patients with diseases that do not respond to modifier treatment. Every physician at some stage of his professional career must provide dignity to patients facing processes of suffering, pain, or even death, through deliberation between Palliative Care in prejudice of therapeutic obstinacy. In the coming years, the amount of people needing assistance in PC will increase significantly. Therefore, the demand for physicians with skills and competences in Palliative Care should increase as well. Although Palliative Care requires a multidisciplinary approach, there are gaps in medical education regarding it. For that reason, this chapter will focus on exploring the state-of-the-art Palliative Care taught in the curriculum of medical courses in Brazilian colleges, and, finally, will recommend goals for setting Palliative Care as a mandatory curricular component.

KEYWORDS: Palliative care; University education; Medical education; Curriculum.

1 | INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo (CP) objetiva, sobretudo, promover a qualidade de vida a pacientes portadores de doenças que não respondem ao tratamento modificador (FOLEY *et al.*, 1990). A palavra ‘Paliativo’ deriva do latim ‘*pallium*’ que significa ‘manto’ e era designado à capa que cavaleiros utilizavam para protegerem-se das chuvas e outras intempéries climáticas. Não é incomum em países europeus, a aplicação do termo ‘*cura pallium*’ - ‘manto de cuidado’, refletindo o propósito de acolher o ser humano em sofrimento (RODRIGUES, 2004).

O princípio deste modelo de cuidado teve origem por volta do final do século IV d.C. na ocasião do surgimento do primeiro hospital de Roma, em 390. Fabíola de Roma, também conhecida como Santa Fabíola, foi uma matriarca romana, convertida cristã após o falecimento de seu segundo marido, ocasião em que vendeu todos os seus bens para distribuir o dinheiro aos pobres e dedicou o resto de sua vida a cuidar dos enfermos em um hospital localizado na Praia de Ostia. Indubitavelmente, a figura de Fabíola encarna o modelo médico social moderno, considerando que os centros criados por Basílio de Cesarea e Fabíola eram ‘hospitais-pousadas’ ou mais modernamente, *hospices*. Além de atender a idosos e viajantes, abrigavam famílias inteiras que eram inseridas numa espécie de trabalho colaborativo. Achados arqueológicos revelam que o ‘*hospice*’ edificado por Fabíola dispunha de quartos interligados à estrutura principal e divididos de acordo com a classe social dos pacientes (CHADWICK, 1993; JESÚS, 1996; STILLE, 1997; MATSUMOTO, 2009).

O Cuidado Paliativo foi a primeira linha que possibilitou, na medicina clássica, uma abordagem que incluísse, além dos aspectos físicos, a espiritualidade do paciente (MATSUMOTO, 2009). Entretanto, o desenvolvimento da medicina e o progresso tecnológico trouxeram ao primeiro plano o princípio da obstinação terapêutica em detrimento do cuidado centrado na pessoa (ABU-SAAD; COURTENS, 2001). Todavia, a cada década, profissionais emergem em meio à proposta de humanização do cuidado, tal qual a Dama Cicely Saunders. Foi através da fundação de seu *magnum opus*, o moderno *St. Christopher’s Hospice*, que a admirável enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders apresentou o Cuidado Paliativo moderno ao mundo. Sua obra-prima foi um lugar cujo conhecimento científico foi associado ao cuidado e à amabilidade na assistência à pessoa. Saunders foi uma extraordinária profissional da saúde que atribuiu uma importância significativa à narrativa de seus pacientes. Além de avaliar as demandas patológicas apresentadas por eles, Cicely se atenta também a questões relacionadas à emoção, a espiritualidade e as relações sociais (SALZ, 2005).

O construto de Dor Total foi outro legado de Cicely Saunders para a prática médica. O adoecer humano não é marcado apenas fisicamente, mas trata-se de uma ocorrência multifatorial (CLARK, 2007). Esse grupo de “dores” que configura o modo de sentir humano

é formado por quatro domínios: Dor Emocional/Psíquica, Dor Física, Dor Social e Dor Espiritual. A Dor Emocional/Psíquica é marcada pelo medo, ansiedade e depressão; a Dor Social decorre especialmente de crises familiares, financeiras e alterações de papéis sociais; a Dor Espiritual é fruto de um sentimento de vazio, culpa ou arrependimento, bem como medo do desconhecido; A Dor Física resulta especialmente de processos patológicos podendo ser classificada de acordo com dados objetivos e subjetivos (CLARK, 2007; SAPETA, 2007). Destarte, percebe-se, a partir de Saunders, que o conceito amplificado de dor exige muito mais que a prescrição de medicamentos (SAPETA, 2007).

Os estudos em Cuidado Paliativo foram incipientes na área da oncologia e proporcionaram avanços significativos em inúmeras áreas da medicina. Esses estudos vanguardistas proporcionam qualidade de vida expressiva a pacientes com doenças avançadas e que não respondem a tratamentos modificadores (CLARK, 2007). Embora haja uma enorme quantidade de pesquisas relacionando câncer e Cuidado Paliativo, atualmente os estudos se expandiram para áreas como a cardiologia, dor neuropática na diabetes mellitus e nas demais doenças crônicas não transmissíveis, tornando-se uma ciência em ampla expansão no mundo (SAUNDERS, 2002).

Dez anos após a fundação do *St. Christopher's Hospice* (1967), serviços similares foram estabelecidos em outros lugares; iniciava-se, então, a partir da década de 80, uma expansão considerável na Europa e Américas da ciência derivada dos '*hospices*'. Entre 1982 a 1996 houve um aumento expressivo, passando de cinco para 275 o número de hospitais com time multidisciplinar de Cuidados Paliativos ou com pelo menos um enfermeiro especialista em Cuidados Paliativos apenas no Reino Unido. Em Milão ocorreu em 1988 a criação da *European Association for Palliative Care*. Já em 1990, no *Hospice St. Christopher*, na Inglaterra, criou-se uma importante revista internacional de Cuidado Paliativo, que se tornou fonte de conhecimento para pesquisadores de vários continentes. Foram criados, também, grandes centros de pesquisas em Cuidado Paliativo na Grã-Bretanha, Irlanda, Alemanha, Espanha, Bélgica, França e Nova Zelândia (CLARK, 2007).

No Brasil, os estudos e a prática em CP tiveram início na década de 80, sendo consolidados a partir dos anos 2000; atualmente existem mais de 40 iniciativas em território brasileiro (MATSUMOTO, 2009). Entre a miríade de princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos, algumas dessas noções são: promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença e oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto (MATSUMOTO, 2009). Estima-se que, no mundo, mais de 56,8 milhões de pessoas necessitam de tratamentos em Cuidados Paliativos por ano, sendo 25,7 milhões em processo de morte, segundo dados do *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition* (CONNOR *et al.*, 2020). A nível de Brasil, acredita-se que até 2040 mais de 100.000 brasileiros necessitarão de Cuidados Paliativos (SANTOS

et al., 2019).

O Cuidado Paliativo é muito mais do que uma concepção filosófica, consiste em um sistema estruturado e organizado onde são necessárias qualificações para sua aplicação (CAPELAS *et al.*, 2016). Frisa-se, doravante, o tratamento interdisciplinar e a não fragmentação do cuidado, sendo de responsabilidade da equipe atuante junto aos pacientes promover condutas que manejem os sintomas em sua totalidade, através da construção de projetos terapêuticos que abordem a coparticipação. Desta forma, o paciente deve reconhecer suas necessidades e desejos, agregando a permissão do curso natural da morte, não antecipando o momento, nem prolongando, e não isolando ou abandonando o mesmo, criando uma responsabilidade da equipe para/com os pacientes (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

O Brasil avançou em relação à inclusão do Cuidado Paliativo no sistema de saúde com a aprovação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, em que afirma a participação do Cuidado Paliativo nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A partir disso, tem-se por objetivo a melhora na qualidade de vida dos pacientes e familiares, incentivar o trabalho multiprofissional, fomentar a formação qualificada dos profissionais da saúde para atuarem frente a esses pacientes, ofertar educação permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), melhorar o acesso aos medicamentos necessários nessa modalidade de cuidado, promover assistência humanizada e qualificada aos pacientes atendidos pela rede, entre outras disposições que indicam um importante avanço (BRASIL, 2018).

Neste sentido e considerando a tendência de expansão dos Cuidados Paliativos nas RAS, todos os profissionais médicos, em alguma fase de suas carreiras, deverão proporcionar dignidade às pessoas que passam pelo processo de sofrimento, dor ou, até mesmo, morte (PINELI *et al.*, 2016). Diante da demanda que o Brasil exigirá e da inevitabilidade em prestar suporte adequado, urge a necessidade de formação de profissionais com habilidades e competências em Cuidados Paliativos (SANTOS *et al.*, 2019). Sabe-se, ainda, que não é necessário ser especialista para oferecer a medicina paliativa no cuidado da dor, por exemplo. Estudos mostram que o ensino de Cuidado Paliativo durante a graduação pode ampliar o conhecimento do futuro profissional médico sobre essa área da medicina e, assim, ajudá-lo a ter uma conduta de qualidade no exercício do Cuidado Paliativo, mesmo não sendo especialista nessa área (MORRISON *et al.*, 2012).

2 | O CURRÍCULO MÉDICO NO BRASIL

A Diretriz Curricular Nacional dos cursos de medicina, norma que dita as competências e habilidades que o médico deverá ter ao final de sua formação, aponta que o médico generalista deve ter a competência em assistir o indivíduo em todos os níveis de saúde: “os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a

desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Dessa forma, os projetos políticos pedagógicos dos cursos de medicina no Brasil tendem a se alinhar à Diretriz Curricular Nacional.

De modo geral, a formação médica no Brasil objetiva o diagnóstico e tratamento de doenças seguindo o modelo biomédico onde a cura é o alvo a partir do modelo médico centrado na doença. Entretanto, na medida em que o profissional médico se depara com situações cujo tratamento modificador tangencia os limites terapêuticos, as dificuldades emergem, pois há inversão no cenário: a doença passa a ser segundo plano, o foco é o paciente e seus familiares. Diante disso, o médico precisa rever os conceitos aprendidos, reconhecer o limite da ciência e aprender a trabalhar em equipe.

A atuação do médico, na óptica do Cuidado Paliativo, busca coordenar a comunicação entre os profissionais, o paciente e seus familiares, no que diz respeito a informações do diagnóstico e prognóstico da doença. Os anseios legais não devem sobrepor ao preceito humanístico; assim, a proteção do médico advém da relação de confiança e sinceridade com o paciente e seus familiares, a capacidade técnica é de suma importância, mas a incapacidade de se aproximar do paciente e sintonizar com sua afetividade impede todo esse processo.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), aborda a ortotanásia como a assistência apropriada diante desse tipo de paciente. A Resolução CFM 1.805/2006 autoriza ao médico limitar ou suspender procedimentos ou tratamentos que postergam a vida de paciente em fase terminal de doença incurável, respeitada a vontade da pessoa e de seu representante legal, podendo ser facultada aos médicos a sua realização mediante o consentimento da família.

Acredita-se, portanto, que somente o ensino do Cuidado Paliativo na graduação médica poderá capacitar o médico a cuidar de uma pessoa em sua completude. Embora o Cuidado Paliativo requisite uma abordagem multidisciplinar, há lacunas do ensino médico no tema (PINELI *et al.*, 2016). A abordagem dos Cuidados Paliativos no currículo médico em instituições de ensino brasileiras é desafiadora, fazendo com que seja muito pequeno o número de faculdades que oferecem elementos curriculares sobre o assunto, além de poucos os serviços especializados na área (KIRA *et al.*, 2008; CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018). Um importante estudo (TOLEDO; PRIOLLI, 2012) buscou analisar como 179 escolas de medicina no Brasil tratam sobre Cuidado Paliativo; entretanto, apenas 58 delas compuseram a amostra e podem refletir a inexistência do ensino de Cuidados Paliativos nessas escolas médicas. Outra pesquisa (FERNANDES, 2020), em autoavaliação do conhecimento em Cuidados Paliativos por médicos residentes de um Hospital Universitário público apontou que 97% dos residentes apresentaram necessidades de otimização de seus conhecimentos em Cuidados Paliativos. O estudo concluiu que existe relativa escassez de conhecimento acerca dos CP entre os médicos recém-formados e que estudos adicionais acerca de

currículo são indispensáveis e podem contribuir para o aperfeiçoamento médico acerca de CP.

Em recente revisão (IBAÑEZ; AZEVEDO; PENHA, 2020) sobre estado da arte do Cuidado Paliativo no currículo médico brasileiro, de um total de n=4.721 artigos levantados, apenas n=08 reportavam estudos realizados no Brasil, sugerindo fortemente limitações nos currículos médicos brasileiros sobre o tema.

Em análise preliminar dos oitos artigos elencados, notou-se que três são relatos de atividades de ensino que contemplam integralmente ou parcialmente os Cuidados Paliativos (FIGUEIREDO; STANO, 2013; FREITAS, 2017; GULARTE *et al*, 2019); outros três debruçaram-se em avaliar o conhecimento ou a importância de CP em estudantes e coordenadores de cursos de Medicina (TOLEDO; PRIOLLI, 2012; CORREIRA *et al*, 2018; ORTH *et al*, 2019). Por fim, os últimos dois artigos problematizam a necessidade de inclusão de Cuidados Paliativos no currículo médico e um deles visa propor competências essenciais para o ensino de CP em Medicina (PINELI *et al*, 2016; CALDAS; MOREIRA; VILAR, 2018).

Em termos de diagnóstico situacional, o estudo de TOLEDO e PRIOLLI, 2012 intitulado “*Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil*” aponta que apenas 35,1% das universidades que participaram da pesquisa abordam estudos sobre “*fim da vida*” na forma de disciplina, ou seja, possuem enfoque primário no âmbito do currículo, enquanto que o ensino de CP ocorre colateralmente, como componente curricular não obrigatório, em 72,4% das escolas médicas que participaram da pesquisa. O ensino médico na formação de profissionais com competências e habilidades em Cuidados Paliativos deixa a desejar se comparado a outras regiões do mundo, justificando a necessidade da presença de Cuidados Paliativos na grade curricular dos cursos de Medicina no Brasil.

3 I RECOMENDAÇÕES P/ INSERÇÃO DO CP NO CURRÍCULO MÉDICO

A prática médica não deve se fundamentar apenas na medicina curativa, que apresenta alta complexidade técnica e proporciona uma excelente assistência a demandas fisiopatológicas, mas também nos Cuidados Paliativos que, além de proporcionar suporte técnico, mantém a observação nas questões humanistas e também espirituais. Vale ressaltar que uma pessoa que necessita de um profissional médico não está apenas com o sistema biológico em desequilíbrio, mas também apresenta outras áreas de instabilidade como a familiar e psicológica (SULMASY, 2002).

Modelos de desenvolvimento de currículo modularmente compostos parecem ser os mais eficientes quando grandes temas necessitam ser didaticamente ensinados. Na medida em que avança na área pilar do desenvolvimento, o aluno de medicina entra em contato com níveis de complexidade compatíveis ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que otimizam o processo de ensino-aprendizagem. Um bom sistema

modular pode ser composto por oito fases, sendo elas: Conceito, Decisão, Planejamento do Currículo, Desenvolvimento do Projeto, Verificação do Currículo, Aplicação, Linguagem e Adaptação Cultural, Atualização e Manutenção (PEREIRA *et al.*, 2020).

Acredita-se que as cinco primeiras fases podem ser aplicadas para o desenvolvimento de uma disciplina de CP no currículo médico brasileiro. Na primeira fase é feita a triagem de conteúdos em Cuidados Paliativos a fim de estabelecer diretrizes conceituais da área e determinar os referenciais teóricos. Na segunda fase, examina-se em qual área da medicina o conteúdo de Cuidado Paliativo será introduzido: Oncologia; Cirurgia Paliativa, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, entre outras co-especialidades. Efetua-se então, na terceira fase, o planejamento do currículo de modo a estabelecer as competências e objetivos de aprendizagem, bem como a escolha do corpo docente especializado para a ministração da disciplina. A quarta fase é marcada pelo desenvolvimento do projeto, visando selecionar os métodos de aprendizagem apropriados. Por fim, na quinta fase e última fase, os padrões de qualidade do curso são avaliados por meio da aplicação de três a seis aulas do curso e através da sua revisão por especialistas em CP (PEREIRA *et al.*, 2020).

Por fim, além de apresentar um modelo de formação de currículo em Cuidado Paliativo, apresenta-se uma proposta de conteúdos a serem ministrados no curso de Cuidado Paliativo: Conhecimento gerais em Cuidados Paliativos; Cuidado no Fim da Vida; Abordagem no Cuidado Paliativo; Comunicação Centrada no Paciente; Respondendo ao Sofrimento Psicossocial; Experiência Emocional e Autocuidado do Médico; Controle da dor; Gerenciamento de Sintomas Sem Dor; Ética e Direito (DENNEY-KOELSCH *et al.*, 2018).

Entende-se, ademais, que esse currículo poderá servir como modelo para outras escolas médicas, sendo adaptado de acordo com a realidade de cada instituição, afinal, cada país apresenta suas particularidades em Cuidados Paliativos. Vale ressaltar que a grande maioria de trabalhos escritos atualmente são publicados por escritores americanos (CHOCHINOV *et al.*, 2006). Assim, implica dizer que a maior parte do conhecimento em Cuidados Paliativos que temos está relacionada ao CP americano. Os estudos em Cuidado Paliativo no Brasil são muito promissores e devem ser explorados de forma contínua a fim de compreender a característica dos CP brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABU-SAAD, Huda Huijer; COURTENS, Annemie. **Developments in Palliative Care**. In: ABU-SAAD, Huda Huijer. *Evidence-Based Palliative Care: Across the Life Span*. 1. ed. Oxford, UK: Blackwell Science, March 2001. cap. 2, p. 4-12. ISBN 978-0632058181.

BRASIL. **Resolução nº 41, de 31 de Outubro de 2018**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, edição 225, seção 1, página 276. 2018.

CALDAS, Gustavo Henrique de Oliveira; MOREIRA, Simone de Nóbrega Tomaz; VILAR, Maria José. **Palliative care: A proposal for undergraduate education in Medicine**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 261-271, June 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300261&lng=en&nrm=iso>. access on 15 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180008>.

CAPELAS, Manuel Luís; SILVA, Sandra; ALVARENGA, Margarida; COELHO, Patrícia. **Cuidados paliativos: O que é importante saber**. Revista Patient Care. ISSN 0873 – 2167. Maio 2016, p.17-21

CHADWICK, Henry. **The Early Church**. London, UK: Penguin Books, 1993. 314 p. ISBN 978-0140231991.

CHOCHINOV, H. M.; CANN, B. J. **Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying**. Journal of Palliative Medicine, [s. l.], v. 8, Dec 2005. DOI 10.1089/jpm.2005.8.s-103. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2005.8.s-103>. Acesso em: 4 mar. 2021.

CLARK, David. **From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer**. Lancet Oncology, [s. l.], v. 8, n. 5, p. 430-438, march 2007. DOI 10.1016/S1470-2045(07)70138-9. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(07\)70138-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(07)70138-9/fulltext). Acesso em: 12 mar. 2021.

CONNOR, Stephen *et al.* **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance: [s. n.], 2020. Atlas. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 4 dez. 2020

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1805, de 9 de Novembro de 2006**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, edição 227, seção 1, página 169. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4, de 7 de Novembro de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção 1, p. 38. 2001.

CORREIA, Divanise Suruagy *et al.* **Cuidados Paliativos: Importância do Tema para Discentes de Graduação em Medicina**. Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 42, n. 3, p. 78-86, Sept. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300078&lng=en&nrm=iso>. access on 23 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170105.r1>.

DENNEY-KOELSCH, Erin M.; HOROWITZ, Robert; QUILL, Timothy; BALDWIN, Constance D. **An Integrated, Developmental Four-Year Medical School Curriculum in Palliative Care: A Longitudinal Content Evaluation Based on National Competency Standards**. Journal of Palliative Medicine, [s. l.], Sep 2018. DOI 10.1089/jpm.2017.0371. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2017.0371>. Acesso em: 12 mar. 2021.

FERNANDES, Melina *et al.* **Self-Assessment of Knowledge in Palliative Care by Physicians Resident of a University Hospital**. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), Rio de Janeiro, p. 716-722, 12 dez. 2020. DOI 10.9789/2175-5361.rpcf.v12. 9490. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1099592>. Acesso em: 16 fev. 2021

FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis; STANO, Rita de Cássia M. T. **O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 298-306, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200019&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 fev. 2021.

FOLEY, Kathleen *et al.* **Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee.** Genebra - Suíça: [s. n.], 1990. ISBN 924120804X. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 1 fev. 2021

FREITAS, Eni Devay de. **Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga.** Rev. Bioét., Brasília, v. 25, n. 3, p. 527-535, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000300527&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253209>.

GULARTE, Natiele Dutra Gomes *et al.* **Abordando a Relação Clínica e a Comunicação de Notícias Difíceis com o Auxílio das Artes e dos Relatos Vivos.** Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 43, n. 4, p. 131-140, Dec. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000400131&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 fev. 2021. Epub Oct 14, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4r20190098>.

IBAÑEZ, Rodrigo Tiago; AZEVEDO, Micael Viana de; PENHA, Ramon Moraes. **Cuidados Paliativos no Currículo Médico Brasileiro: O Estado da Arte.** Archives of Health Investigation, [s. l.], v. 9, p. 45, 16 dez. 2020. DOI <https://doi.org/10.21270/archi.v9i.5271>. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/5271/6968>. Acesso em: 16 dez. 2020.

JESÚS, Alvarez Gómez. **La asistencia a los enfermos en la historia de la Iglesia.** Revista Dolentium Hominum, Vaticano, Roma, n. 31, p. 45-47, 1996.

KIRA, Célia *et al.* **Cuidado Paliativo.** Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: [s. n.], 2008. 595-611 p. ISBN 978-85-89656-15-3. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=46.

MATSUMOTO, Dalva. **Manual de cuidados paliativos.** In: Manual de cuidados paliativos. [S. l.: s. n.], 2009. cap. Introdução, p. 14-19. Disponível em: https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

MORRISON, Laura; THOMPSON, Britta; GILL, Anne. **A Required Third-Year Medical Student Palliative Care Curriculum Impacts Knowledge and Attitudes.** Journal of Palliative Medicine, Journal of Palliative Medicine, v. 15, n. 7, p. 784-789, 10 jul. 2012. DOI <http://doi.org/10.1089/jpm.2011.0482>. Disponível em: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2011.0482?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 25 nov. 2020.

ORTH, Larissa Chaiane *et al.* **Conhecimento do Acadêmico de Medicina sobre Cuidados Paliativos.** Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 286-295, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500286&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 fev. 2021. Epub Jan 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190039>.

PEREIRA, José *et al.* **Pallium Canada's Curriculum Development Model: A Framework to Support Large-Scale Courseware Development and Deployment.** Journal of Palliative Medicine, [s. l.], v. 23, n. 6, Maio 2020. DOI [10.1089/jpm.2019.0292](https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0292). Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2019.0292>. Acesso em: 12 mar. 2021.

PINELI, Paula Pereira *et al.* **Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 540-546, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400540&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01182015>.

RODRIGUES, Inês. **Cuidados paliativos: análise de conceito**. Biblioteca digital USP, Ribeirão Preto, ano 2004, p. -, 18 ago. 2004. DOI 10.11606/D.22.2004.tde-17082004-101459. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-17082004-101459/pt-br.php>. Acesso em: 13 jan. 2021

RODRIGUES, Ligia Adriana *et al.* **Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição**. CuidArte, Enferm, [s. l.], ano 1, v. 9, p. 26-35, maio 2015. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facpina/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.

SALZ, Michael. **Obituaries**. The BMJ, The BMJ, p. -, 21 jul. 2005. Disponível em: <https://www.bmj.com/archive/online/2005/07-18>. Acesso em: 28 jan. 2021

SANTOS, Cledy Eliana dos *et al.* **Palliative care in Brasil: present and future**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 65, n. 6, p. 796-800, June 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302019000600796&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Mar. 2021. Epub July 22, 2019. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.6.796>

SAPETA, Paula. **Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos**. Revista Dor, [S. l.], v. 1, n. 15, p. 17-21, 1 jan. 2007. Disponível em: <https://scholar.google.pt/scholar?oi=bibs&hl=pt-PT&cluster=1461010246987541588>. Acesso em: 29 jan. 2021

SAUNDERS, Cicely. **Hospice: a global network**. Journal of the Royal Society of Medicine, [S. l.], p. -, 2 set. 2002. DOI 10.1258/jrsm.95.9.468. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279999/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

STILLE, Darlene R. **Extraordinary Women of Medicine**. [S. l.]: Children's Press, 1997. 288 p. ISBN 978-0516203072.

SULMASY, Daniel P. **A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life**. The Gerontologist, [s. l.], v. 42, p. 24-33, October 2002. DOI 10.1093/geront/42.suppl_3.24. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article/42/suppl_3/24/569213. Acesso em: 11 mar. 2021.

TOLEDO, Andréia Padilha de; PRIOLLI, Denise Gonçalves. **Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 109-117, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100015&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100015>.

EFICÁCIA DA COMUNICAÇÃO DOS ENFERMEIROS E DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DOS ADULTOS EM FIM DE VIDA

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 07/03/2021

Carlos Manuel Nieves Rodriguez

Enfermeiro y professor de Enfermagem na
Universidade das Ilhas Baleares
Palma de Mallorca-Espanha
<https://orcid.org/0000-0001-5062-1989>

David Gómez Santos

Técnico cuidados auxiliares de Enfermagem.
Hospital Universitario Son LLàtzer. (Palma de
Mallorca)
Palma de Mallorca-Espanha

RESUMO: Introdução: O avanço da medicina mudou a forma como as pessoas morrem e isso levou a uma mudança nas necessidades dos pacientes. É importante que os aspetos que vão além do corpo sejam abordados e é através da comunicação e da relação terapêutica que é alcançado. Objetivo: Analisar a eficácia da comunicação e da relação terapêutica nos processos de fim de vida. Método: São realizadas 4 buscas bibliográficas nas bases de dados de referência CINAHL, SCOPUS, DIALNET, COCHRANE, CUIDEN, SCIELO, BIOMED e PSYCINFO de setembro de 2015 a setembro de 2020. Critérios para a inclusão Estudos realizados entre setembro de 2015 e setembro de 2020. Artigos publicados em inglês, espanhol ou português. Artigos com acesso a todo o documento. Artigos em que o objetivo do estudo é dirigido a adultos. Critérios de exclusão Artigos

sem autor. Artigos sem data de publicação. Artigos dirigidos exclusivamente à profissão médica. O número total de artigos obtidos a partir das diferentes pesquisas tem sido (2240) dos quais, após a aplicação dos critérios de inclusão e 36 foram selecionados. Resultados: A experiência e a formação bem gerida é um valor que é negociado para cima. É o elemento que dá mais segurança e confiança nos cuidados em fim de vida aos profissionais. Conclusões: A eficácia no desenvolvimento da relação terapêutica e da comunicação melhora o processo que as pessoas vivem no fim da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Relação terapêutica; Cuidados paliativos; Comunicação.

EFFECTIVENESS OF NURSING COMMUNICATION AND THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN PALLIATIVE CARE OF ADULTS AT THE END OF LIFE

ABSTRACT: Introduction: The advance of medicine has changed the way people die and this has led to a change in the needs of patients. It is important that aspects that go beyond the body are addressed and it is through communication and the therapeutic relationship that it is achieved. Objective: To analyze the effectiveness of communication and the therapeutic relationship in end-of-life processes. Method: 4 bibliographic searches are performed in the reference databases CINAHL, SCOPUS, DIALNET, COCHRANE, CUIDEN, SCIELO, BIOMED and PSYCINFO from September 2015 to September 2020. Criteria for inclusion Studies carried out between September 2015 and September 2020. Articles published in English,

Spanish or Portuguese. Articles with access to the entire document. Articles in which the aim of the study is aimed at adults. Exclusion criteria Articles without an author. Articles without publication date. Articles addressed exclusively to the medical profession. The total number of articles obtained from different researches has been (2240) of which, after applying the inclusion criteria and 36 were selected. Results: Experience and well-managed training is a value that is negotiated upwards. It is the element that gives professionals more security and confidence in end-of-life care. Conclusions: The effectiveness in the development of the therapeutic relationship and the communication improves the process that people live at the end of life.

KEYWORDS: Therapeutic Relationship; Palliative Care; Communication.

INTRODUÇÃO

Culturalmente, a morte é vista na nossa sociedade como uma questão difícil de abordar e que só é abordado quando nos atinge de perto e é irremediável. Nas últimas décadas, as características com que a chegamos mudaram significativamente e, graças aos avanços da medicina, uma infinidade de doenças que antes nos matavam agora não o faz, mas se tornam patologias crônicas com as quais as pessoas vivem e também morrem.

Na Espanha, por exemplo, atualmente mais de trezentas mil pessoas morrem a cada ano devido a uma doença crônica que progride de forma evolutiva e progride a ponto de limitar o prognóstico de vida (Mateo, D, Gómez-Batiste, X. , Limonero, J., Martínez-Muñoz, M., Buisan, M., de Pascual, 2013) Portanto, essa mudança também gerou uma mudança na atenção à saúde que tais situações requerem e, quando chegar o momento, cuidados especiais para lidar com a morte.

A maioria dos estudos que abordam essas questões concordam que é necessário prestar atenção integral ao paciente e ao seu ambiente, a fim de resolver as questões que surgem durante o processo (Mateo, D., Gómez-Batiste, X., Limonero, J., Martínez-Muñoz, M., Buisan, M., de Pascual, 2013) e enfatizam a importância de colocar a qualidade antes do atendimento em situações irreversíveis.

Um dos aspectos que parece ganhar mais relevância nesses processos são os aspectos comunicativos e relacionais com os pacientes e seus familiares, pois o que os afeta não só é acessível a partir da ciência e da técnica que a patologia exige, mas é preciso abranger todas aquelas questões que vão além, como emoções, sentimentos e fatores psicossociais que emergem de seus processos

O avanço da medicina mudou a forma como as pessoas morrem e isso levou a uma mudança nas necessidades dos pacientes. É importante que os aspectos que vão além do corpo sejam abordados e é através da comunicação e da relação terapêutica que é alcançado.

Um dos aspectos que parece ganhar mais relevância nesses processos são os aspectos comunicativos e relacionais com os pacientes e seus familiares, pois o que os afeta não só é acessível a partir da ciência e da técnica que a patologia exige, mas é

preciso abranger todas aquelas questões que vão além, como emoções, sentimentos e fatores psicossociais que emergem de seus processos.

OBJETIVO

Analisar a eficácia da comunicação e da relação terapêutica nos processos de fim de vida.

MÉTODO

São realizadas 4 buscas bibliográficas nas bases de dados de referência CINAHL, SCOPUS, DIALNET, COCHRANE, CUIDEN, SCIELO, BIOMED e PSYCINFO de setembro de 2015 a setembro de 2020. A estratégia de pesquisa foi estruturada em 4 pesquisas independentes a partir da combinação de diferentes descritores. Esta fórmula foi escolhida porque, em primeira instância e depois de desenvolver diferentes formatos de pesquisa mais completos e utilizando operadores como o OR ou E ou ambos juntos, foi identificada uma perda de resultados que considerou importante. Critérios para a inclusão Estudos realizados entre setembro de 2015 e setembro de 2020. Artigos publicados em inglês, espanhol ou português. Artigos com acesso a todo o documento. Artigos em que o objetivo do estudo é dirigido a adultos. Critérios de exclusão Artigos sem autor. Artigos sem data de publicação. Artigos que não trabalham no tema do estudo. Artigos dirigidos exclusivamente à profissão médica. O número total de artigos obtidos a partir das diferentes pesquisas tem sido (2240) dos quais, após a aplicação dos critérios de inclusão e 36 foram selecionados.

Na primeira pesquisa, a estratégia de busca teve como foco as relações enfermeiro-paciente e os cuidados paliativos de enfermagem no final da vida. Obteve-se um total de cento e cinquenta e um (151) artigos, dos quais foram selecionados onze (11) artigos.

Na segunda busca, a estratégia focou nessas mesmas relações enfermeiro-paciente com foco no processo de final de vida. Nesse caso, o número de artigos obtidos foi de duzentos e trinta e seis (236) e os selecionados de sete (7).

Na terceira pesquisa, a estratégia focalizou a comunicação do enfermeiro e os cuidados paliativos de enfermagem no final da vida. Foram obtidos quatrocentos e oitenta e cinco (485) artigos, dos quais foram selecionados onze (11). Ressalta-se que esta busca identificou um total de nove artigos que já haviam sido encontrados em uma das duas buscas anteriores.

Na quarta busca, a estratégia enfocou a relação entre a comunicação e o processo de final de vida, obtendo um total de mil trezentos e sessenta e oito (1.368) artigos. Foram selecionados sete (7) e, como na busca anterior, neste caso o número de artigos já encontrados e selecionados era de dezesseis. Como podemos ver, muitos dos resultados se repetem, mas mesmo assim a estratégia utilizada é considerada boa, pois em termos

globais existem muitos mais que não o fazem e que se as pesquisas foram realizadas de forma diferente, ou não, eles não teriam sido selecionados.

RESULTADOS

A revisão confirma o binômio existente e indissociável entre comunicação e relação terapêutica. Os dois elementos precisam um do outro e são essenciais para o seu funcionamento eficaz. Se analisarmos o que é afirmado na seção de categorias emergentes, parece não haver discussão sobre o fato de que uma relação terapêutica e uma comunicação adequada são benéficas para os pacientes em final de vida e seus familiares.

Elementos como formação e experiência são fundamentais para que estes sejam eficazes, mas precisam de um ambiente que os favoreça e não que bloqueie como acontece em muitos locais, os processos de cuidado. A formação deve ser contínua e reforçada nos locais onde os cuidados paliativos, embora esporádicos, estão presentes.

Actualmente todos os modelos de formação actuais são válidos mas os mais interessantes e que parecem tirar mais proveito dos demais são os que são realizados com profissionais especializados e nos seus próprios locais de trabalho. E é que a experiência bem administrada é um valor que está sendo negociado em alta. É o elemento que dá mais segurança e confiança no cuidado ao final da vida aos profissionais e que permite uma identificação adequada das reais situações e necessidades que os pacientes e familiares apresentam. Embora não seja fácil identificar essas necessidades, conhecer as características pessoais e as emoções que vivenciam é um dos elementos que favorece e facilita significativamente a criação e o estabelecimento da relação terapêutica.

Na comunicação que utilizamos para isso, é necessário começar por investir em nos conhecermos bem, só assim poderemos nos colocar em um plano em que o outro não seja julgado e, pelo contrário, aceito. Fatores pessoais próprios e alheios influenciam qualquer processo de comunicação e relacionamento e são inevitavelmente afetados e condicionados pelo meio ambientes. No que diz respeito ao profissional, as principais barreiras encontradas estão intimamente ligadas às características dos locais onde atuam. Melhorar as condições desses locais significa melhorar a qualidade do atendimento e, portanto, ajuda a melhorar os processos de comunicação e relacionamento.

Existe uma importante inter-relação entre os diferentes aspectos abordados nesta revisão. Separadamente, todos e cada um já surgem como grandes temas de estudo, mas temos que entender e os resultados refletem isso que na prática da saúde nunca podem ir separadamente. Solo si comprendemos que esto es así, podremos realizar una atención de calidad que nacerá desde la comunicación más sincera, creará un vínculo relacional que ayudara a los procesos de los pacientes y familiares y se asumirán los objetivos terapéuticos que se persiguen en la atención al final de vida.

CONCLUSÕES

A eficácia no desenvolvimento da relação terapêutica e da comunicação melhora o processo que as pessoas vivenciam no final da vida. É importante ser considerado e treinado para que sejam realizados de maneira adequada. É necessário unificar os critérios de formação e valorizar a formação nos níveis em que ainda não é dada muita importância para que os alunos estejam mais preparados e por especialistas e profissionais formados na matéria.

Investir em recursos humanos parece ser a forma mais eficaz de remover as barreiras existentes e impedir o desenvolvimento de uma boa comunicação e relacionamento. Isso nos permitirá dedicar mais tempo ao cuidado que prestamos, diminuir cargas de trabalho, aumentar as possibilidades de compartilhar as experiências vividas pelos profissionais, além de conseguir diminuir as frustrações e sentimentos negativos que hoje se encontram e potencializar a atitude que mais adequado.

A enfermagem ocupa um lugar privilegiado perante o paciente e é imprescindível que integre a comunicação e as relações terapêuticas como parte integrante da sua prática. Assumir esse papel significa aumentar a qualidade do atendimento e, portanto, também da profissão.

REFERÊNCIAS

Achury, D. M., & Pinilla, M. (2016). **La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida**. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 55–60. <http://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>

Adell, J., Alburquerque, E., Barquero, A., Bleda, M., & Codorniu, N. (2009). **Competencias enfermeras en cuidados paliativos**. *Monografías SECPAL* (Vol.3). Retrieved from [http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMONOGRAFIA 3.pdf](http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMONOGRAFIA%203.pdf)

Antequera, J. M., Barbero, J., Bátiz, J., Bayés, R., Miguel, C., Pascual, A., ... Gómez Sancho, M. (2006). **Ética En Cuidados Paliativos** (Vol. 511). Retrieved from https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_etica_cuidados_paliativos.pdf

Araújo, M. M. T. de, & Silva, M. J. P. da. (2012). **Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos**. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(3), 626–632. <http://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300014>

Bados, A. i Garcia, E. (2011). HABILIDADES TERAPÉUTICAS Arturo Bados López y Eugeni García Grau. **Habilidades Terapéuticas**, 1–70. Retrieved from http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades_terapeuticas.pdf

Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C., ... Balboni, T. A. (2014). **Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life**. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), 400–410. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020>

Banerjee, S. C., Manna, R., Coyle, N., Shen, M. J., Pehrson, C., Zaider, T., ... Bylund, C. L. (2016). **Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study.** *Nurse Education in Practice*, 16(1), 193–201. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.007>

Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielson, E. (2014). **Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care.** *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 636–644. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.001>

Calero Romero, M. del R. (2012). **LA COMUNICACIÓN ENFERMERA CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL.** *Interpsiquis*. Retrieved from www.interpsiquis.com

Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). **Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study.** *BMC Palliative Care*, 14, 35. <http://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0>

Codorniu N., Bleda M., Alburquerque E., Guanter L., Adell J., García F., B. A. (2011). **Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos.** *Index de Enfermería*, 20(1–2), 71–75. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z., ... Engelberg, R. A. (2013). **Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial.** *Jama*, 310(21), 2271–81. <http://doi.org/10.1001/jama.2013.282081>

De Graaff, F. M., Mistiaen, P., Devillé, W. L., Francke, A. L., Centeno, C., Clark, D., ... Uslu, R. (2012). **Perspectives on care and communication involving incurably ill Turkish and Moroccan patients, relatives and professionals: a systematic literature review.** *BMC Palliative Care*, 11(1), 17. <http://doi.org/10.1186/1472-684X-11-17>

Devik, S. A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2013). **When expressions make impressions-nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding.** *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8(1), 21880. <http://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21880>

Ferrell, B., Otis-Green, S., Baird, R. P., & Garcia, A. (2014). **Nurses' responses to requests for forgiveness at the end of life.** *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 631–641. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.009>

Ford, E., Catt, S., Chalmers, A., & Fallowfield, L. (2012). **Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors.** *Neuro-Oncology*, 14(4), 392–404. <http://doi.org/10.1093/neuonc/nor229>

García Laborda, A., & Rodríguez Rodríguez, J. C. (2005). **Factores personales en la relación terapéutica.** *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXV(29), 29–36. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352005000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2012). **Recursos Específics de Cures Pal·liatives. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.** Retrieved from www.gencat.cat/salut

Gillett, K., O'Neill, B., & Bloomfield, J. G. (2016). **Factors influencing the development of end-of-life communication skills: A focus group study of nursing and medical students.** *Nurse Education Today*, 36, 395–400. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.015>

González, C., & De Llanera, A. C. S. (2014). **La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria The user-nurse therapeutic communication in primary care consultations.** *RqR* –, 2(2). Retrieved from http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera2014/RqR_Primavera2014_ComunicacionTerapeutica.pdf

Graham, F., & Clark, D. (2008). **WHO definition of palliative care.** *Medicine*. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Griffiths, J., Wilson, C., Ewing, G., Connolly, M., & Grande, G. (2015). **Improving communication with palliative care cancer patients at home - A pilot study of SAGE & THYME communication skills model.** *European Journal of Oncology Nursing*, 19(5), 465–472. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.005>

Grinspun, D. (2002). **Guías de buenas prácticas en enfermería. Cómo enfocar el futuro de la enfermería. Establecimiento de la relación terapéutica.** Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_RTeraeutica_spp_022014_-_with_supplement.pdf

Hench, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). **Training intervention for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: A randomized, controlled study.** *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(6), 785–794. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013>

Hill, H., Evans, J. M., & Forbat, L. (2015). **Nurses respond to patients' psychosocial needs by dealing, ducking, diverting and deferring: an observational study of a hospice ward.** *BMC Nursing*, 14. <http://doi.org/10.1186/s12912-015-0112-8>

Hjelmfors, L., Strömberg, A., Jaarsma, M. F., Mårtensson, J., & Jaarsma, T. (2014).

Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients: A survey of heart failure nurses' perspectivesfull-text. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/biblioremot.uvic.cat/doi/pdf/10.1177/1474515114521746>

Jo, K. H., & An, G. J. (2015). **Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea.** *Collegian*, 22(1), 91–97. <http://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.11.008>

Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014). **How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies.** *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3197–3205. <http://doi.org/10.1111/jocn.12566>

King-Okoye, M., & Arber, A. (2014). **"It stays with me": The experiences of second- and third- year student nurses when caring for patients with cancer.** *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 441–449. <http://doi.org/10.1111/ecc.12139>

Leloirain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). **A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care.** *Psycho-Oncology*, 21(12), 1255–1264. <http://doi.org/10.1002/pon.2115>

Mateo, D., Gómez-Batiste, X., Limonero, J., Martínez-Muñoz, M., Buisan, M., de Pascual, V. (2013). **Efectividad Intervención Psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida.** *Psicooncología*, 10(2–3), 299–316. Retrieved from <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43451/41100>

Milic, M. M., Puntillo, K., Turner, K., Joseph, D., Peters, N., Ryan, R., ... Anderson, W. G. (2015). **Communicating with Patients' Families and PhysiCians about Prognosis and goals of Care.** *American Journal of Critical Care*, 24(4), e56–e64. <http://doi.org/10.4037/ajcc2015855>

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011). **Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014.** Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>

Mishelmovich, N., Arber, A., & Odelius, A. (2016). **Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care.** *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 153–159. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.006>

Nixon, A. V., Narayanasamy, A., & Penny, V. (2013). **An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective.** *BMC Nursing*, 12(1), 1–11. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-12-2>

Peden-McAlpine, C., Liaschenko, J., Traudt, T., & Gilmore-Szott, E. (2015). **Constructing the story: How nurses work with families regarding withdrawal of aggressive treatment in ICU - A narrative study.** *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1146–1156. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.015>

Peterson, A. A., & Carvalho, E. C. de. (2011). **Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 692–697. <http://doi.org/10.1590/S0034-71672011000400010>

Pueyo Garrigues, S., Pueyo Garrigues, M., & Pardavila Belio, M. I. (2015). **Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico: caso clínico.** *Gerokomos*, 26(3), 94–96. <http://doi.org/10.4321/S1134-928X2015000300005>

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). **Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective.** *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(91). Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.629.4519&rep=rep1&type=pdf>

Simões, R. M. P., & Rodrigues, M. A. (2010). **Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida.** *Escola Anna Nery*, 14(3), 485–489. <http://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300008>

Strang, S., Henoach, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). **Communication about existential issues with patients close to death - Nurses' reflections on content, process and meaning.** *Psycho-Oncology*, 23(5), 562–568. <http://doi.org/10.1002/pon.3456>

Tay, L. H., Ang, E., & Hegney, D. (2012). **Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore.** *Journal of Clinical Nursing*, 21(17–18), 2647–58. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03977.x>

Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sorlie, V. (2014). **The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying—a phenomenological hermeneutical study.** *BMC Nursing*, 13(62), 25. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-13-25>

Tornøe, K., Johan Danbolt, L., Kvigne, K., & Sorlie, V. (2015). **A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study.** *BMC Palliative Care*, 14. <http://doi.org/10.1186/s12904-015-0042-y>

Vallés Martínez, M. del P., Casado Fernández, Natalia. García Salvador, Isidro. Manzanos Gutiérrez, A., & Sánchez Sánchez, L. (2014). **Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales.** *Asociación Española de Enfermeras En Cuidados Paliativos*, 134. Retrieved from <http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>

Valverde Gefaell, C. (2007). **Comunicación terapéutica en enfermería. Difusión Avances de Enfermería.** [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60561-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60561-9)

Veríssimo, F. I. L., & Sousa, P. cruz-P. (2014). **Communication as an expression of humanized end-of-life care: a systematic review.** *Rev. Enfe. UFPE ON LINE*, 8(8), 2845–2853. <http://doi.org/10.5205/revuol.6081-52328-1-SM.0808201436>

Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). **Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review.** *Critical Care (London, England)*, 18(6), 604. <http://doi.org/10.1186/s13054-014-0604-z>

Zheng, R. S., Guo, Q. H., Dong, F. Q., & Owens, R. G. (2015). **Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study.** *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 288–296. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>

ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE MORTE E MORRER POR UMA JOVEM COM CÂNCER

Data de aceite: 20/04/2021

Data de submissão: 17/03/2021

Maria Simone Mendes Bezerra

Universidade Federal de Mato Grosso,
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva
Cuiabá-MT
<http://orcid.org/0000-0003-3040-9627>

Solange Pires Salomé

Universidade Federal de Mato Grosso,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0002-2989-2781>

Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa

Universidade Federal de Mato Grosso,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<https://orcid.org/0000-0001-8910-8496>

Maria Aparecida Munhoz Gáiva

Universidade Federal de Mato Grosso,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Cuiabá-MT
<http://orci.org/0000-0002-8666-9738>

Fomento: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

RESUMO: Objetivo: compreender a experiência de enfrentamento do processo de morte e morrer de uma jovem com câncer fora das possibilidades

terapêuticas de cura. **Método:** pesquisa de abordagem qualitativa de base compreensiva que se configura como um estudo de situação. Na recolha de dados foi empregado a História de Vida, operacionalizada pela entrevista em profundidade e observação. As entrevistas e os relatos de observação foram registrados no diário de pesquisa, que após lido e analisado, permitiu que agrupássemos as narrativas sem dois temas: estratégias para lidar com o fim da vida e aceitação do processo de morrer.

Resultados: a certeza da morte fez com que a jovem desenvolvesse estratégias para enfrentar a sua finitude, seja por meio da autorreflexão, da comunicação, da escrita ou da espiritualidade.

Conclusão: Os relatos da participante inicialmente mostraram uma jovem que refletia sobre a morte e vivenciava sua proximidade no dia a dia. A aceitação da morte foi se firmando ao longo dos encontros da pesquisa, entre os movimentos de aceitação e a luta para continuar vivendo.

PALAVRAS-CHAVE: Morte; Atitude frente a morte; Oncologia; Enfermagem; Cuidados Paliativos.

COPING WITH THE PROCESS OF DEATH AND DYING FOR A YOUNG WOMAN WITH CANCER

ABSTRACT: Objective: understand the experience of coping with the process of death and dying of a young woman with cancer outside the therapeutic possibilities of cure. **Method:** comprehensive qualitative research configured as a situation study. In data collection, Life History used operationalized in-depth interview

and observation. The interviews and observation reports recorded in the research journal, which after reading and analyzed, allowed us to group up the narratives without two themes: strategies to deal with the end of life and acceptance of the dying process. **Results:** the certainty of death caused the young woman to develop strategies to face her finitude, through either self-reflection, communication, writing or spirituality. **Conclusion:** The participant's reports initially showed a young woman who reflected on death and experienced her closeness on a day-to-day life. The acceptance of death established throughout the research meetings, between the acceptance movements and the struggle to continue living.

KEYWORDS: Death; Attitude to Death; Medical Oncology; Nursing; Palliative care.

INTRODUÇÃO

O ser humano é a única espécie que possui consciência de sua própria morte, destarte diante de todas as transformações pelas quais a humanidade já passou, ainda assim, dois fatos permanecem os mesmos – pessoas nascem e outras morrem todos os dias (RODRIGUES, 2006). A morte está intimamente ligada a existência humana. No cotidiano das pessoas sempre há traços dela, ela aparece quando se pensa nas fases da vida, o homem nasce, cresce, e certamente um dia irá morrer, e cada pessoa vive dentro de si um ciclo de vida e morte, células nascem e morrem a todo tempo, mostrando que vida e morte não se separam, ambas caminham juntas continuamente (MARTON, 2018).

Embora a morte seja uma realidade inerente a todo ser vivo, morrer, não raramente, é percebido como algo que foge da trajetória natural da vida, tornando-se um evento envolto em mistério, medo e insegurança (LIMA; MACHADO, 2018). Sentimentos esses, presentes em uma sociedade que tende a perceber a morte como algo a ser evitado, de modo a lançá-la nos bastidores da vida cotidiana, como se fosse algo extremamente ameaçador, o que acaba provocando por vezes, uma atitude de afastamento do moribundo, pois ele traz, a lembrança de que todo ser humano é também um ser finito (ELIAS, 2001).

Não somente o moribundo traz a lembrança da morte como também algumas doenças reforçam a certeza da sujeição do homem a ela, dentre elas, o câncer assume lugar de destaque. Apesar dos tratamentos disponíveis se mostrarem eficazes, e em muitos casos, melhorado significativamente a qualidade de vida das pessoas, ainda assim, o câncer continua sendo visto como maldição, mau presságio, sentença quase certa de morte e desencadeia sentimentos de desesperança e incertezas, colocando a pessoa frente a sua fragilidade e finitude (KUBLER-ROSS, 2017).

O câncer, em qualquer momento da vida, provoca um forte impacto, porém quando se trata de adolescentes e adultos jovens sua ocorrência se dá em uma etapa crucial do ciclo de desenvolvimento humano, fase em que eles caminham da dependência familiar para a independência, decidindo o rumo de seu futuro (DAVIES; KELLY; HANNIGAN, 2015). Mas diante de um diagnóstico de câncer os projetos podem ser bruscamente interrompidos (NASS et al., 2015). E tudo isso se intensifica quando a morte se torna uma certeza de

desfecho para o adoecimento.

Os tumores malignos em pessoas jovens (0-19 anos), mesmo que de ocorrência mais rara quando comparado aos índices de câncer em adultos, ainda representam um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, bem como nos países em desenvolvimento (FELICIANO; SANTOS; OLIVEIRA, 2018). E apesar dos avanços no tratamento, o número de mortes por câncer é significativo em adolescentes e adultos jovens, ocupando no Brasil, a segunda causa de morte mais frequente nesses grupos (INCA, 2016).

Quando a morte se faz presente na juventude, a carga de frustração e perda é grande. Isso ocorre, entre outros motivos, porque existe uma predisposição de pensamento no qual a morte não deveria fazer parte da juventude, pois jovens deveriam estar ativamente cuidando do futuro. Mas, é fato que a morte não se limita a determinada idade, ela faz parte da vida e desde a concepção todos estão sujeitos a ela. Como disse Sêneca, “a vida abandona os demais enquanto ainda se preparam para viver” (SÊNECA, 2020 p. 13). Mesmo sujeitos a morte a todo tempo ainda assim, a própria morte é pouco considerada pelas pessoas (Marton, 2018) e os jovens geralmente acabam evitando o assunto, não refletem sobre sua própria finitude, por acreditarem que esse evento ainda está muito distante (KATAKURA, GIORDANI, TOLEDO NETO, 2015).

Frente a isso as intervenções dos profissionais da saúde em especial a enfermagem que passa muito tempo próxima ao paciente, necessita ter um foco especial no que se refere as práticas cuidativas que envolvem os cuidados paliativos que devem ser iniciadas no ato do diagnóstico juntamente ao cuidado curativo e se perpetuar durante todo o tratamento e principalmente quando a cura não for mais uma possibilidade, mas infelizmente ainda se percebe uma falha na formação profissional acadêmica mundial, onde o tema cuidados paliativos parece ser abordado de modo ainda tímido, contribuindo para que os profissionais estejam menos preparados para oferecer os cuidados necessários a pessoas que enfrentam um adoecimento grave sem possibilidades de cura (SOUSA; SILVA; PAIVA, 2019).

Diante do exposto e considerando a complexidade e singularidade da experiência de se encontrar diante da perspectiva da morte, questiona-se: como um jovem com câncer fora das possibilidades terapêuticas de cura enfrenta o processo de morte e morrer?

Apesar de ser vista como um evento anunciado, a morte fora das possibilidades terapêuticas de cura acontece de forma única para cada pessoa. Isso requer cuidados que, de igual modo, atendam as demandas singulares ao processo de morte e morrer. Esse estudo pretende suscitar reflexões sobre as peculiaridades do morrer por câncer na juventude e da morte como um evento natural que pode ser fonte de amadurecimento, tanto para quem cuida como para quem é cuidado durante o período que antecede a finalização de sua vida.

Assim, esse artigo tem por objetivo compreender a experiência de enfrentamento do processo de morte e morrer de uma jovem com câncer fora das possibilidades

terapêuticas de cura.

MÉTODO

Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa de base compreensiva que se configura como um estudo de situação, método que busca compreender minuciosamente as micro realidades de contextos peculiares de vida envolvendo pessoas que vivenciam a experiência de cuidado e adoecimento crônico (PETAN; ARAÚJO; BELLATO, 2016).

Cenário da pesquisa

O contexto de vida considerado neste estudo trata-se do vivenciado por uma jovem de 20 anos, solteira, com ensino médio completo e que nominamos como Estrela (nome fictício). Estrela era portadora de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) esse encontrava fora das possibilidades terapêuticas de cura. Ela residia com a mãe, o padrasto e o irmão caçula em município do interior do estado de Mato Grosso- MT, distante 234 km da capital, Cuiabá. A família viajava semanalmente 468 km (ida e volta) para o acompanhamento médico paliativo a nível ambulatorial e de pronto atendimento em um hospital filantrópico conveniado ao Sistema Único de Saúde-SUS, especializado em oncologia, em Cuiabá, MT. Durante essas viagens, quando era necessário permanecer na cidade, hospedava-se em casa de familiares.

Crítérios de seleção dos participantes

Elegemos como critério de inclusão, jovens (15-21 anos) com adoecimento por câncer e fora das possibilidades terapêuticas de cura; usuários do SUS e que residisse em MT. Foram excluídos aqueles com dificuldade de comunicação verbal e/ou que possuísem alguma deficiência mental que limitasse a racionalização da realidade.

Para a busca de participante que atendesse aos critérios estabelecidos, contamos com uma rede composta por docentes, estudantes de pós-graduação, graduação e de iniciação científica do curso de enfermagem de uma universidade pública de MT. Com isso conseguimos nos aproximar de uma senhora, que divulgava por meio de uma rede social, informações sobre o adoecimento da sua filha, uma jovem que enfrentava adoecimento por câncer. Realizamos contato prévio com essa senhora que relatou que a filha estava fora das possibilidades de cura. Como a jovem se encaixava nos critérios de inclusão, posteriormente entramos em contato com ela que prontamente aceitou participar do estudo.

Coleta de dados

Como estratégia de recolha dos dados empregamos a história de vida, operacionalizada por meio da entrevista em profundidade e da observação assistemática (BELLATO; ARAÚJO, 2015). A entrevista em profundidade se configurou

como uma conversa com intencionalidade na qual a participante discorreu livremente sobre sua experiência frente ao adoecimento e proximidade da morte.

A observação assistemática realizada pela pesquisadora responsável e pelas estudantes de iniciação científica englobou a descrição das percepções dos pesquisadores frente aos gestos, olhares, posturas, e demais expressões da participante, além dos objetos e cenários que contribuíram para entender o contexto em que a jovem estava inserida (BELLATO; ARAÚJO, 2015). A observação aconteceu concomitantemente à entrevista em profundidade.

Foram realizados seis encontros para a recolha dos dados, dois na residência de familiares da jovem e três no ambulatório da instituição hospitalar especializada em oncologia onde ela realizava acompanhamento paliativo. Esses encontros aconteceram de outubro a dezembro de 2016 com duração, em média, de uma hora cada um.

Vale ressaltar que no quinto encontro optou-se por encerrar a recolha dos dados, principalmente em consideração ao agravamento do estado de saúde da jovem e, também, porque em uma primeira análise percebemos que já contávamos com material empírico suficiente para responder a questão de pesquisa. Assim, conversamos com a participante na presença da família, agradecemos a participação e nos despedimos. Todavia, nesse mesmo dia, sua mãe entrou em contato dizendo que a jovem solicitou que continuássemos com as entrevistas, pois ela estava se sentindo muito bem ao falar sobre sua história de vida. Dessa forma, realizamos o sexto encontro, e onze dias após este ela morreu.

Análise e tratamento dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e junto com os registros das observações compuseram o diário de pesquisa, que resultou em um documento de 153 páginas digitadas em fonte *Times New Roman*, tamanho 12 e espaçamento 1,5 entre as linhas.

Para análise das narrativas adotamos os preceitos da análise qualitativa segundo Minayo (MINAYO, 2012). Inicialmente realizamos leituras minuciosas do *corpus* de dados, na qual agrupamos as narrativas em conjuntos compostos pelos temas que sobressaíram aos demais. Em um segundo momento, após novas leituras, aglutinamos os conjuntos em subconjuntos menores por meio da reiteração, o que possibilitou a sintetização dos temas, de modo a compreender melhor as narrativas.

Após esse trabalho minucioso percebemos que as narrativas da jovem evidenciaram sua forma singular de enfrentamento do processo de morte e morrer e destacamos os trechos que conferiam visibilidade à maneira com que ela resignificava sua vida frente a isso, resultando em dois temas: 1. Estratégias para lidar com o fim da vida; 2. Aceitação do processo de morrer.

Aspectos éticos

Este estudo se vincula à pesquisamatricial “Subsídios para a modelagem do cuidado de famílias em situações de vulnerabilidade”, aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos em dez de fevereiro de 2015, sob o parecer nº 951.101/CEP–HUJM/2015. CAAE: 39285114.8.0000.5541. O trabalho de campo se deu após a participante ter sido esclarecida sobre os objetivos da pesquisa e formalizado a disponibilidade por meio da leitura e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressaltamos que todos os nomes próprios são fictícios, assim como os nomes de instituições mencionadas pela participante, respeitando os princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Estrela era uma jovem de 20 anos (2016), que vivenciava o adoecimento por câncer desde os 18 anos de idade (2015). Foi diagnosticada com Linfoma Não-Hodgkin (agosto de 2015), que evoluiu para Leucemia Linfóide Aguda (março de 2016) e após uma quarta tentativa de protocolos quimioterápicos os médicos a consideraram como fora das possibilidades terapêuticas de cura (2016), uma vez que a doença persistia sem entrar em remissão. Desde o início de seu adoecimento recebia cuidados em uma instituição filantrópica, especializada em oncologia e conveniada ao SUS, em Cuiabá, MT.

Após insucesso dos tratamentos disponíveis na instituição de saúde a família foi comunicada pelo médico oncologista que Estrela receberia, a partir de então, somente cuidados paliativos. Durante as entrevistas, percebemos que os cuidados paliativos ofertados a Estrela eram médico-centrados e ocorriam a nível ambulatorial e de pronto atendimento, com o intuito do alívio medicamentoso dos sinais e sintomas. A atuação da equipe de enfermagem ficava mais restrita a assistência pontual nos momentos em que a jovem comparecia ao hospital para receber alguma medicação paliativa ou transfusões de plaquetas. Vale ressaltar que desde o diagnóstico do adoecimento da jovem, essa instituição passou a ser o único vínculo da família com os serviços de saúde, mesmo ela residindo em outro município.

Estratégias para lidar com o fim da vida

Quando a cura/controle do câncer ainda era uma possibilidade, Estrela começou a pensar que a morte poderia não estar tão distante como outrora, passando a refletir sobre uma das questões mais delicadas da vida, a própria finitude. Esses pensamentos foram desencadeados pelas circunstâncias em que ela vivia, principalmente devido ao agravamento progressivo da doença.

Antes de receber a notícia [da impossibilidade de cura], eu estava colocando na minha cabeça: ‘pode acontecer de amanhã, de repente, eu morrer’ (Estrela).

Ao invés de tentar afastar tais pensamentos, ela refletia sobre essa possibilidade incluindo essa ideia em seu viver. Apesar de afirmar-se tranquila e conformada, sentia necessidade de brincar sobre a morte como forma de aliviar a tensão que admitia sentir.

Comecei a fazer aquela brincadeira do tipo ah, vou morrer, você vai sentir minha falta? Eu fiz inclusive com um enfermeiro, ali no hospital. Eu perguntei: o que você faria se tivesse só três meses de vida? Ele perguntou “por quê?” Eu falei pra ele que a doença tinha voltado. Eu queria ver a reação dele e a minha própria reação (Estrela).

No relato de Estrela, não conseguimos apreender com clareza qual foi o comportamento do enfermeiro diante questionamento, o “por quê?”, pode ter sido uma reação de se esquivar da pergunta para a qual não estava preparado para responder. Mas com suas brincadeiras, Estrela observava a reação do outro, bem como sua própria reação como forma de entender e ressignificar o que vivenciava. Pensar na possibilidade de morrer, brincar com as pessoas sobre a morte e refletir sobre sua finitude aparentemente permitiam paradoxalmente a Estrela ter esperança de que tudo não passasse de pensamentos e que a morte se mantinha distante.

Perante a certeza da própria morte, Estrela continuava utilizando as brincadeiras para falar sobre o que estava vivendo. Sua atitude leva a crer que essa foi uma das estratégias que encontrou para colocar o outro na mesma posição e, de certo modo, exercer algum controle da situação se sentindo menos solitária diante da complexidade de se saber mortal. Ela afirmava que brincar sobre o tema da morte a ajudava a conceber sua nova realidade, com um pouco de conforto e tranquilidade:

Eu sempre faço brincadeira com o pessoal como forma de me confortar mais, de me tranquilizar. Foi a primeira forma que eu encontrei de me aliviar daquilo. Eu me sentia mais tranquila tendo aquela atitude (Estrela).

Mesmo tendo considerado a morte como um provável desfecho do adoecimento que a afligia, sentia um forte abalo emocional quando efetivamente era confrontada com sua própria morte, necessitando de um tempo para entender que seu pensamento se tornou realidade. Apesar do impacto sofrido ante a nova condição, a jovem tentava minimizar sua reação:

Depois que o médico falou foi difícil [respirou fundo]. Eu também me desesperei! Quando o médico diz que a gente vai morrer é difícil! Acho que eu demorei mais ou menos uma semana até entender. A notícia abalou um pouco, sabe? Eu não me senti sem chão, mais balançou um pouquinho (Estrela).

Quando estava em momentos a sós consigo mesma, ela relatou que começava a pensar em como seria sua morte e qual a reação das pessoas. A saída da vida que estava por acontecer parecia requerer dela uma despedida.

Ficava me perguntando como vai ser a reação das pessoas? e pensando como eu vou me despedir das pessoas? (Estrela).

Essa situação aparentemente desencadeava na jovem a necessidade de falar sobre sua morte, porém esta não encontrava alguém com quem conversar. Ela evitava falar sobre o tema com a família e amigos por acreditar que assim os protegeria de maiores sofrimentos e também não contava com profissional capacitado para atender essa sua necessidade. Quando Estrela não encontrava forma de extravasar oralmente a efusão de pensamentos e sentimentos que a invadiam, ela utilizava a escrita como estratégia para lidar com sua finitude. Assim, registrava seus pensamentos e sentimentos sob a forma de textos, poemas e cartas de despedidas endereçadas a familiares, utilizando para tal diários pessoais, cadernos, folhas soltas e aplicativos de seu telefone móvel.

A escrita foi uma forma de expressar seus pensamentos sem restrições e sem abalar as pessoas que estavam ao seu entorno, principalmente familiares. Fica evidente sua necessidade de falar sobre seu processo de morte e morrer, principalmente quando ela solicitou a continuidade dos encontros para a recolha dos dados, o que evidencia o potencial terapêutico da entrevista em profundidade, em que o participante tem a liberdade de falar sobre aquilo que lhe aflige.

Desde a primeira entrevista era instigante ver a riqueza de detalhes com que Estrela contava sua história e a forma como atribuía significado a cada experiência que compartilhava. Era perceptível sua necessidade e seu prazer em narrar essas experiências:

Em nenhum momento senti que ela estava incomodada com nossa presença, na verdade vi uma necessidade muito grande de falar. Sentada a sua frente, lembro-me de sua serenidade, sua fala não vacilante mesmo ao tocar em temas delicados, seu esforço buscando relembrar os detalhes dos momentos significativos de sua vida, a desenvoltura sem amarras como falava de tudo, o riso que vinha durante as narrativas mais difíceis e a confiança com a qual ela me presenteava como se já nos conhecêssemos há anos (Registro de Observação - 04/11/2016).

Durante as entrevistas foi possível perceber que Estrela passou a examinar e refletir sobre sua maneira de viver a vida que ainda estava por vir e o modo como a viveu em sua curta existência: o que fez e o que não fez sua relação com os outros. Conseqüentemente encontrou outros valores até então não percebidos:

Depois da notícia muda o pensamento, a cabeça da gente muda muito. Quando a gente sabe que vai morrer, a gente começa a pensar naquilo que não fez, nas pessoas que a gente magoou. Eu passei a valorizar muito mais as coisas, passei a valorizar as pessoas, eu passei a agradecer mais. Eu aprendi muita coisa, assim, os sentimentos da gente muda, muita coisa muda, muita coisa na nossa cabeça muda (Estrela).

Para a jovem, a fé e a esperança na vida que poderia viver, dentro desse novo contexto, ainda persistiam. Ela oscilava entre desistir de viver diante da iminência de sua morte e a esperança de que ainda haveria uma vida a ser vivida.

Não sei como vai ser daqui pra frente. Segundo os médicos eu estou desenganada, praticamente, mais estou com esperança e fé (Estrela).

Na fala acima, a aparente facilidade com a qual menciona sua morte, se contrapõe a dificuldade em admiti-la totalmente quando utiliza a palavra *praticamente*, que sugere incerteza. Além disso, há, no mesmo fragmento de narrativa, um iminente apego à vida quando ela diz ter esperança e fé. Dessa forma, a certeza da morte contrastava com o desejo de mais tempo de vida.

Estrela, ao longo das entrevistas, expressou uma profunda mudança na forma de encarar a vida, suas vivências passaram por um processo de resignificação, houve uma reorganização de pensamento e de ações influenciadas pela certeza da morte, em cada encontro percebíamos sua fragilidade física e seu amadurecimento pessoal diante das circunstâncias que ela se encontrava.

Como mais uma estratégia de enfrentamento ela se confortava, cada vez mais, junto à comunidade religiosa evangélica da qual participava desde os 12 anos de idade. As orações e a certeza da existência de um ser superior era um alento diante do momento mais delicados da sua vida, ou seja, quando ela se dava conta da sua própria morte. Estrela sentia a presença desse ser superior denominado de Deus, por meio das pessoas que a visitam confortando-a, amainando-a e fortalecendo-a:

Assim, Deus tem me fortalecido muito, né? Eu estava meio tristonha há umas semanas atrás. Aí, depois que eu fui pra casa recebi muitas visitas. Parece que Deus me confortou, sabe? Isso é muito bom: ter esse conforto, ter essa alegria, sabe? Isso ajuda a superar as coisas e deixar mais fácil, bem mais fácil (Estrela).

Aceitação do processo de morrer

Estrela percebia que a doença estava minando suas forças, se apoderando cada vez mais de seu corpo físico. Vários comprometimentos físicos já se faziam presentes, sua voz encontrava-se trêmula, seus movimentos eram incertos e já não conseguia manejar a escrita facilmente. Entretanto, sua mente se mostrava viva e aparentemente em equilíbrio, dando a impressão de que conseguia transcender seu corpo adoecido e suas palavras transmitiam calma e aceitação.

A cada mês que passa, eu sinto meu corpo cada vez mais fraco. E eu esperava 'vai ter um remédio que vai fazer milagre' né? Não tem mais isso que tinha antes, no começo, quando eu ainda melhorava. Hoje não resolve mais, é meio chato, mas a gente aprende a conviver (Estrela).

A espera pelo milagre deu lugar à realidade de viver em um corpo que já não respondia aos cuidados para se manter com vigor. Estrela narrou as dificuldades que passou a vivenciar com a piora da doença, porém em nenhum momento deixou transparecer que a morte era ruim. Ela se concentrava nos aspectos físicos como ruim, mas sinalizava o

morrer como algo natural.

Estrela sabia que sua vida estava finalizando principalmente por conta da debilidade física progressiva que experienciava e das informações que recebia sobre a evolução da doença durante as consultas com o médico. Entretanto, creditava sua força para viver dia após dia, na convivência com sua família que, para ela, se tornou um alento.

Eu fico pensando que eu estou em estágio final da doença porque nunca tem notícia boa, cada consulta é uma notícia ruim. A cada semana estou piorando. Mas, nesses últimos dias, eu tô mais próxima da família. E essa intimidade com meus pais tá me dando mais força de encarar. Apesar de tá mais fraca, eu consigo me sentir melhor. É muito melhor ficar em casa sofrendo, do que tá no hospital passando às vezes melhor (Estrela).

O amanhã se tornou incerto. Apesar de saber que poderia de fato morrer, se propôs a manter-se viva enquanto vida tivesse a não pensar no que estava por vir, vivendo um dia de cada vez.

Eu não sei mais o dia de amanhã, já não penso mais no amanhã. Vou tentar ficar viva, vou viver cada dia, né? Não sei o que vai ser meu amanhã (Estrela).

Estrela desde o início do estudo se mostrou uma jovem que refletia sobre a morte e a vivenciava no seu dia a dia. Sua aceitação da morte foi se firmando ao longo dos encontros. É importante ressaltar que durante grande parte do trabalho de campo a percepção era de que ela se mostrava tranquila em relação a sua morte. Entretanto, análises mais aprofundadas de suas narrativas revelaram que nem sempre foi assim. Ela, em muitos momentos, oscilava entre os movimentos de aceitação da morte e a luta para continuar vivendo. Com o passar do tempo, o movimento rumo a aceitação da própria morte começou a prevalecer em relação à recusa de deixar a vida e, à medida que seu corpo se tornava mais fraco, seu espírito se fortalecia, bem como sua forma de ver a vida se modificava.

Suas narrativas em relação a sua experiência de estar morrendo não eram de derrota e sim de mais uma etapa da vida, repleta de desafios e incertezas, enfrentada junto à família, com coragem e amor.

Eu tô feliz e isso é importante (Estrela).

Em nosso último encontro, mesmo em meio a tanta debilidade física e o fato de um evento tão delicado como a morte estar tão próximo, ainda assim ouvimos dela a frase acima, dita em meio a um sorriso, o último que conseguimos apreciar. Ela não transparecia recentimento por estar morrendo, ela acreditava que a vida aqui era só o começo de outra muito melhor, e se mostrou a todo tempo aberta para aceitar seu destino. Estrela morreu onze dias após esse último encontro, no hospital e na companhia de sua mãe, por escolha da família

DISCUSSÃO

O câncerem jovens, principalmente os tipos mais comuns como leucemias, linfomas e tumores do sistema nervoso central costuma submeter a pessoa adoecida a um tratamento intenso e debilitante, no qual os efeitos colaterais podem ser fisicamente percebidos(BURG, 2015). Os efeitos do tratamento associados aos sinais e sintomas próprios do adoecimento podem desencadear a percepção de que a morte se aproxima. Essa percepção pode, ou não, ser recorrente, e está intimamente relacionada às respostas à terapêutica e, principalmente, ao movimento entre períodos de melhora e períodos de piora.

A morte é um acontecimento que altera o futuro e modifica as expectativas referentes à vida que se vive, a vida que se conhece. Nesse contexto é natural que advenha o medo: o medo da morte, o medo de morrer, o medo do hoje, o medo do que está por vir, dentre outros medos. Quando a pessoa se torna consciente da iminência de sua morte entra em xeque tudo que deseja viver, principalmente quando se trata de pessoas jovens, cheias de planos que se percebem diante do fato de não poder realizá-los. A juventude é uma fase de expansão, de ebulição, de descobertas e de possibilidades. O adoecimento grave representa o movimento contrário, de introspecção, de recolhimento, de tristeza, trazendo, de maneira hostil, a possibilidade do fim de si mesmo e de tudo que se planeja viver.

Dessa forma, morrer para os jovens é ter a sensação de serem privados de um espetáculo, de uma festa em que iriam experimentar a vida em sua plenitude, com todo o seu esplendor. Assim a proximidade da morte dá início a uma trajetória na qual é preciso se preparar para deixar a vida e isso requer aprender a abandonar-se, mas ainda preservar certo desejo por continuar a realizar-se, e transformar-se mesmo em meio as crises, pois o ser humano está sempre em desvir, em um constante tornar-se(HENNEZEL, 2004).

Estrela não encarou seu processo de morte como uma derrota, como acontece com alguns pacientes frente a finitude.Ela passou a direcionar o foco da sua vida para o que realmente é importante, de modo que não se percebe sinais de fracasso, mas sim a grandeza de um ser humano que enfrenta da melhor forma possível sua própria morte (ARANTES, 2016). Estrela passou a levar sua vida sem desconsiderar a proximidade da morte, vivendo o quanto pode e sempre buscando algo bom para se apegar.E como diria Sênecaela não ficou “a deriva entre o medo da morte e as tormentas da vida”(Sêneca, 2016 p.20), mas viveu da melhor forma que conseguiu, e não teve medo da morte. Estrela aparenta ter aceito sua condição de adoecimento, mesmo diante de todas as limitações impostas. A decisão de manter uma relação de paz com seu adoecimento mesmossabendoque o desfecho seria a morte, pode ter sido um modo de manter algum domínio sobre a próprio processo de finitude (LEPARGNEUR, 1987).

Frente a situações conflitantes como a proximidade da morte, caso os jovens não encontrem ressonância na interação com familiares, amigos ou profissionais da saúde para

conversar, eles podem encontrar na autorreflexão uma forma de enfrentamento de sua finitude. Isso implica na possibilidade de estabelecer um diálogo com um outro ‘você’ que agora está morrendo e se encontra entre uma fusão de horizontes marcado pela morte que se faz tão próxima (EVANGELISTA et al., 2016). Como aconteceu com a participante do estudo, o jovem não encontra ressonância junto aos profissionais de saúde para ‘conversar’ sobre a realidade em que está vivendo, pode também lançar mão de outras formas de comunicação verbal, como por exemplo, utilizar as brincadeiras na tentativa de iniciar um diálogo. Todavia, se os profissionais da saúde não forem capacitados para atuar com pessoas em processo de finitude, dificilmente esse diálogo acontecerá, reforçando ainda mais a solidão do ser que está morrendo.

A escrita é também uma importante ferramenta terapêutica para o enfrentamento do processo de morte, pois escrever permite que a pessoa coloque no papel aquilo que tem dificuldade de verbalizar ou mesmo por não ter com quem conversar. Por meio da escrita adquire-se uma liberdade que permite que a pessoa conduza seus pensamentos, e materializá-los em palavras faz com que lide melhor com eles, além de elaborar reflexões valiosas e profundas que cooperam para que o mundo interior da pessoa seja melhor administrado, sendo uma alternativa para conectar áreas pessoais de difícil acesso (ADORNA, 2013). No campo da saúde, James Pennebaker e colaboradores (1980), foram os pioneiros a demonstrarem em estudos científicos que a escrita regular pode ser importante aliada no enfrentamento de acontecimentos conflitantes vivenciados pelas pessoas (FIGUEIRAS; MARCELINO, 2008). Quando falamos de acontecimentos conflitantes, podemos nos remeter a situação vivida por Estrela, um adoecimento grave provocado por câncer, sem possibilidades de cura que afetou no auge de sua juventude.

Stecanela e Kuiana (2012), em pesquisa realizada com nove jovens (18 a 21 anos) em conflito com a lei e internos numa instituição de caráter socioeducativo no Rio Grande do Sul, apontaram que cartas escritas por eles mesmos, muitas vezes, se constituem na única maneira que esses jovens encontram para responder às inquietações da sua própria vida.

Uma estratégia de escrita terapêutica foi desenvolvida por Chochinov em 2005, com pacientes que enfrentavam o processo de finitude, e recebeu o nome de “Terapia da Dignidade”, cujo objetivo é abordar o sofrimento psicossocial e existencial de pacientes no fim da vida, contribuindo para que a pessoa consiga desenvolver um senso de significado e propósito para o que está vivenciando, diminuindo assim, o sofrimento que enfrentam a medida que a morte se aproxima (CHOCHINOV et al., 2005).

A terapia da dignidade possibilita que a pessoa trabalhe seus conflitos pessoais, e ainda construa um documento que pode ser visto como um tipo de legado que ficará após a sua morte, sendo um material importante tanto para o paciente como para a equipe de saúde, pois possibilita uma melhor compreensão das questões que perpassam o processo de morte e morrer (JULIÃO et al., 2013; DONATO; MATUOKA; YAMASHITA, 2016). O acesso

por parte dos profissionais de saúde a esses documentos pode facilitar a compreensão das questões que permeiam o fim da vida, e assim direcionar um cuidado adequado às necessidades da pessoa que está morrendo (DONATO; MATUOKA; YAMASHITA, 2016).

Para muitas pessoas que experienciam a finitude, a espiritualidade e a religiosidade têm sido ferramentas de apoio para o enfrentamento desse processo. A essência que se adquire através da espiritualidade torna mais toleráveis os sentimentos e emoções que permeiam o processo de morrer, contribuindo desse modo para que a pessoa com câncer fora das possibilidades de cura tenha mais qualidade de vida (ARRIEIRA et al., 2018).

Quando a pessoa se dá conta de que a morte está próxima, geralmente busca experiências espirituais e religiosas que auxiliem no enfrentamento dessa nova realidade, na qual a fé pode ou não, estar presente (TILLQUIST; BÄCKRUD; ROSENGREN, 2016). Algumas pessoas próximas a morte, assim como Estrela, encontram apoio em sua fé religiosa, e nos ritos que a permeia. Todavia outras não possuem religião, mas isso não muda o fato de ainda possuírem espiritualidade, pois essa é parte de todo ser humano que se questiona e busca um sentido para sua existência. Desse modo é importante que cada um encontre apoio para que possa expressá-la e encontrar a paz espiritual que tanta anseia (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

Assim, é imprescindível que a equipe interdisciplinar esteja capacitada a prestar o apoio necessário para que a pessoa que está morrendo expresse sua espiritualidade, aceitando que essa pode ser manifestada de diversas maneiras pelo paciente que anseia por uma resposta para os questionamentos que atravessam sua existência (ARRIEIRA et al., 2018).

Uma das profissões da área da saúde que lida diretamente com o processo de morte e morrer é a enfermagem, uma vez que cuida das pessoas do nascimento ao fim da vida, incluindo o cuidado imediato após a morte. Mesmo assim, para parte dos profissionais da enfermagem essa é uma experiência difícil de ser encarada, o que prejudica a aproximação com pessoas em processo de morte e morrer e suas famílias. Quando esses profissionais se veem, no âmbito do trabalho, tendo que prestar cuidados a pessoas que estão nesse processo, geralmente procuram se ater apenas aos cuidados técnicos voltados ao corpo físico (LIMA; MACHADO, 2018).

No entanto, nos cuidados prestados a pessoa que está vivenciando o processo de morte, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam competências para lidar com a subjetividade de cada um que enfrenta esse momento, de modo a melhorar os cuidados no fim da vida. Por conseguinte, este deve transpor o cuidado ao corpo físico e se voltar também às questões relacionadas à religiosidade e à espiritualidade do ser que está morrendo, de modo que a caminhada para o fim ~~pode~~ se torne menos solitária para aquele que a vivencia (ARRIEIRA et al., 2018). Destarte o profissional da saúde pode ser visto como aquele que traz esperança para o paciente cuja existência está ameaçada, o que reforça a necessidade de sempre manter uma atitude humanizada diante da pessoa

que está morrendo, sem reduzi-la a um simples organismo, mas considerá-la em toda sua integralidade OLIVIERI, 1985).

Quando os profissionais de saúde não estão preparados em relação às questões do processo de morte e morrer, seja por falta de suporte educacionais, psicológico ou estruturais, fica muito difícil desenvolver o cuidado paliativo integral. Quando a cura não é mais possível e a morte se torna iminente o cuidado passa a ser ofertado de forma fragmentada e pontual, distante teoricamente do que se preconiza como cuidado paliativo.

Portanto, há uma lacuna entre o cuidado curativo e o cuidado paliativo, principalmente quando este último se relaciona exclusivamente a morte.

A pessoa que adoece gravemente e para a qual não há perspectivas de cura não é apenas um doente, mas um ser de desejos, de vontades, de sentimentos que não giram apenas em torno do adoecimento, mas que o constituem como um ser de possibilidades (DANTAS; AMAZONAS, 2016 p. 51).

A pessoa que está morrendo possui necessidades, sonhos e perspectivas que vão além da condição de finitude que vive(Dantas; Amazonas 2016), portanto os cuidados paliativos são cruciais para que o jovem não se sinta completamente encurralado pela certeza da morte ou mesmo enganado pela vida, de forma a sentir-se solitário em sua jornada rumo à finitude

Algumas instituições que assistem pessoas com câncer fora das possibilidades terapêutica de cura contam apenas com a figura do médico para o acompanhamento do tratamento paliativo, ou seja, sem participação multiprofissional e interdisciplinar efetiva(MARTINS, HORA, 2017).Sendo assim, o tratamento disponibilizado se volta ao controle farmacológico dos sinais e sintomas, principalmente da dor, como foi o caso da participante deste estudo.

Na ausência de um cuidado paliativo efetivo ofertado por equipe multiprofissional capacitada para o suporte ao processo de morte e morrer, ainda assim o jovem pode desenvolver, solitariamente, formas de enfrentamento da sua finitude, seja por meio da autorreflexão, da comunicação, da escrita, da espiritualidade, entre outras. Como foi observado nesta pesquisa.

A morte possui o poder de colocar todos os seres humanos em uma mesma posição, a de serem mortais. Por isso é importante que seja encarada como um evento natural que pode ser experienciado ao lado daqueles que amamos (Katakura; Giordani, 2015), que foi exatamente o que Estrela buscou em seus últimos dias de vida.Sendo assim, é imprescindível que os profissionais de saúde que cuidam de pessoas que se encontram fora das possibilidades terapêuticas de cura desenvolvam competências para lidar com a subjetividade no processo da morte, com o intuito de qualificar os cuidados no fim da vida, de forma a conceber o processo de morte e morrer como evento natural do ciclo da vida(ARRIEIRA et al., 2018).

Este estudo limitou-se a compreender a experiência de enfrentamento do processo

de morte e morrer de apenas o caso de uma jovem com câncer, o que traz uma visão parcialmente limitada de como pessoas no auge da juventude enfrentam seu processo de finitude. Contudo, os resultados possibilitam reflexões sobre a importância do cuidado personalizado e o respeito as singularidades da pessoa assistida, em especial para os profissionais de saúde que atuam junto a pessoas em cuidados paliativos. Isto posto, cabe expandir as investigações com vistas a incluir outros participantes jovens e suas famílias para melhor compreender as muitas formas de experienciar esse momento.

CONCLUSÃO

Os relatos da participante deste estudo possibilitaram compreender sua experiência de enfrentamento do processo de morte e morrer. Inicialmente se mostrou uma jovem que refletia sobre a morte e a vivenciava no seu dia a dia . A aceitação da morte foi se firmando ao longo dos encontros da pesquisa, entre os movimentos de aceitação e a luta para continuar vivendo. Com o passar do tempo, à medida que seu corpo se tornava debilitado a aceitação da própria morte começou a prevalecer em relação à recusa de deixar a vida.

Suas reflexões e sentimentos ressignificando a vida, somadas a sua solidão, uma vez que não teve a oportunidade de contar com uma equipe multiprofissional capacitada para o cuidado paliativo e nem com pessoas com quem pudesse compartilhar oralmente seus pensamentos, sentimentos e temores, desencadearam na jovem a necessidade de criar estratégias para o enfrentamento do seu processo de morte e morrer. Dessa maneira, usou o ato de brincar com os profissionais da saúde como uma forma de falar sobre a morte e com isso conseguiu colocar o outro na posição que ela ocupava, observar as reações do outro e as suas próprias reações e aliviar sua tensão; a escrita surge também como uma forma de extravasar aquilo que está contido em seu íntimo e assim, se comunicar principalmente com sua família, nem que fosse para que essa se efetivasse após sua morte; a religiosidade e espiritualidade, já presente em sua vida desde antes do adoecimento, também lhe proporcionaram alento para o enfrentamento desse processo.

A equipe de enfermagem, principalmente os profissionais que atuam em serviços que assistem pessoas em adoecimento grave, deve estar preparada para promover um cuidado que vá além do corpo físico de quem está morrendo. Para isso, os profissionais necessitam de apoio para pensar na própria morte e incentivo que os leve a compreender o processo de morrer. Essas são formas de se fortalecer para esse cuidado tão fundamental e que implica em escuta e acolhimento das pessoas que estão morrendo. Ademais, faz-se necessário implementar esse tema na formação acadêmica e nas capacitações dirigidas aos profissionais, pois compreender a morte como parte natural da vida certamente pode melhorar o cuidado prestado a quem está morrendo.

REFERÊNCIAS

ARRIEIRA, ICDO; THOFEHRN, MB; PORTO, AR; MOURA, PMM; MARTINS, CL; JACONDINO, MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 03312, 2018.

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

BELLATO, Rosene; ARAÚJO, Laura. Por uma abordagem compreensiva da experiência familiar de cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 1394-1400, 2015.

BURG, Alison Joy. Body image and the female adolescent oncology patient. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 33, n. 1, p. 18-24, 2016.

ADORNA, Reyes. **Practicando la escritura terapéutica**. 79 ejercicios. Ciudad de México: Desclée De Brouwer, 2013.

CHOCHINOV, Harvey Max et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. **J Clin Oncol**, v. 23, n. 24, p. 5520-5525, 2005.

DANTAS, Margarida Maria Florêncio; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida. The illness experience: Palliative care given the impossibility of healing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. SPE, p. 47-53, 2016.

DAVIES, Jane; KELLY, Daniel; HANNIGAN, Ben. Autonomy and dependence: a discussion paper on decision-making in teenagers and young adults undergoing cancer treatment. **Journal of advanced nursing**, v. 71, n. 9, p. 2031-2040, 2015.

DONATO, Suzana Cristina Teixeira et al. Efeitos da terapia da dignidade para pacientes em fase final de vida: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6, p. 1014-1024, 2016.

ELIAS, Nobert. **A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

EVANGELISTA, Carla Braz et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016.

FELICIANO, Suellen Valadares Moura; DE OLIVEIRA SANTOS, Marcell; POMBO-DE-OLIVEIRA, Maria S. Incidência e mortalidade por câncer entre crianças e adolescentes: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 3, p. 389-396, 2018.

FIGUEIRAS, Maria João; MARCELINO, Dália. Escrita terapéutica em contexto de saúde: Uma breve revisão. **Análise Psicológica**, v. 26, n. 2, p. 327-334, 2008.

HANNEEL, Marie de; LELOUP, Jean-Yves. **A arte de morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

HANNEEL, de Marie. **A morte íntima**: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil); **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil**: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro, 2016.

JULIÃO, Miguel et al. Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: early results of a randomized controlled trial. **Palliative & supportive care**, v. 11, n. 6, p. 481-489, 2013.

LEPARGNEUR, Hubert. **O doente, a doença e a morte**: implicações sócio-culturais da enfermidade. Campinas, SP: Papyrus, 1987.

LIMA, Carolina Peres de; MACHADO, Mariana de Abreu. Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 1, p. 88-101, 2018.

KHADRA, Christelle et al. Development of the adolescent cancer suffering scale. **Pain Research and Management**, v. 20, n. 4, p. 213-219, 2015.

KATAKURA, Edna Aparecida Lopes Bezerra et al. A morte na perspectiva de adolescentes. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v.9, p.7532-7538, 2015. Supl.4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. WWF Martins Fontes, 10^a ed. São Paulo; 2017.

MARTINS, Gabrieli Branco; DA HORA, Senir Santos. Desafios à integralidade da assistência em cuidados paliativos na pediatria oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 63, n. 1, p. 29-37, 2017.

MARTON, Scarlett Zerbetto. **A morte como instante de vida**. Curitiba: PUCPRESS, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Qualitative analysis: theory, steps, and reliability. **Ciência&saúde coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012.

NASS, Sharyl J. et al. Identifying and addressing the needs of adolescents and young adults with cancer: summary of an Institute of Medicine workshop. **The oncologist**, v. 20, n. 2, p. 186, 2015.

STECANELA, Nilda; KUIAVA, Evaldo Antonio. As escritas de si na privação da liberdade: jovens em conflito com a lei arquivando a própria vida. **Revista Brasileira de Educação**, v. 17, n. 49, p. 175-192, 2012.

SOUSA, Amanda Danielle Resende Silva e; SILVA, Liliâne Faria da; PAIVA, Eny Dórea. Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p.556-566, 2019.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da Morte**. 2^a. Ed. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2006.

SÊNECA. **Edificar-se para a morte**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

SÊNECA. **Sobre a brevidade da vida**. São Paulo: Edipro, 2020.

TILLQUIST, Maria; BÄCKRUD, Frida; ROSENGREN, Kristina. Dare to ask children as relatives! A Qualitative study about female teenagers' experiences of losing a parent to cancer. **Home Health Care Management & Practice**, v. 28, n. 2, p. 94-100, 2016.

PETAN, Elen; ARAÚJO, Filomena Santos de, Bellato, Roseney. Modos de tecer relações de cuidado na situação crônica de adoecimento. **Revista de enfermagem UFPE online**, v 10, n7, p. 2572-81, 2016.

OLIVIERI, Durval Pessoa. **O “ser doente” dimensão humana na formação do profissional de saúde**. São Paulo. Editora Moraes, 1985.

SOBRE A ORGANIZADORA

SAMIRA SILVA SANTOS SOARES - Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (2009), especialização em Enfermagem do Trabalho (2009) e Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família (2012) pelo Centro Universitário Internacional Uninter. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ, 2020). Atualmente é doutoranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem (ENF/UERJ), vinculada a linha de pesquisa denominada Trabalho, Educação e Formação profissional em Saúde e Enfermagem; também cursa a especialização de Auditoria em Saúde. Palestrante, professora e pesquisadora realiza pesquisas qualitativas utilizando o software Iramuteq®. É autora de livros preparatórios para concurso e residência em Enfermagem. Tem experiência como Enfermeira do Trabalho e como docente em cursos de nível técnico profissionalizante (técnico de enfermagem e técnico em segurança do trabalho); na graduação em cursos de Enfermagem e na pós-graduação em cursos de Saúde e de Engenharia de Segurança do Trabalho. É integrante do NUPENST - Núcleo de Pesquisa em Saúde do trabalhador (EEAN/UFRJ) e do grupo de pesquisa: O mundo do trabalho como espaço de produção de subjetividade, tecnologias e formação profissional em saúde e enfermagem (ENF/UERJ).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Alzheimer 170, 193, 194, 195, 197, 198, 199, 201, 202, 203

Anorexia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12

Aposentadoria 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 71, 74, 75, 79

Atenção primária à saúde 26, 27, 28, 29, 39, 40, 41, 43, 107

Autoimagem 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51

B

Bulimia 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12

C

Câncer 17, 20, 24, 45, 214, 229, 231, 232, 233, 234, 236, 242, 244, 245, 246, 247

Colostomia 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53

Comunicação 9, 18, 22, 45, 75, 87, 88, 115, 190, 191, 208, 216, 218, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 229, 231, 234, 242, 244

Cuidador 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203

Cuidados paliativos 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 233, 236, 244, 245, 246, 247

D

Distúrbios musculoesqueléticos 77, 78, 80

Doença renal 102, 157, 158, 159, 166, 167, 168

Dor 7, 9, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 50, 72, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 104, 105, 127, 130, 132, 157, 162, 164, 166, 173, 178, 212, 213, 214, 215, 218, 221, 244

E

Educação em saúde 9, 198

I

Infecção de sítio cirúrgico 101, 105, 107, 108

Intolerância à lactose congênita 126, 127, 129, 130, 134

M

Morrer 118, 206, 209, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247

Morte 6, 64, 105, 120, 121, 123, 136, 145, 150, 151, 195, 196, 205, 206, 209, 210, 211, 212, 214, 215, 219, 223, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248

P

Parada cardiorrespiratória 120, 121, 122, 123, 124, 125
Pediatria 10, 101, 120, 121, 122, 124, 126, 129, 130, 134, 247
Pré-natal 110, 111, 112, 113, 116, 117, 118, 119
Preparo da pele 101, 103, 105, 106
Processo de enfermagem 134

R

Reiki 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25
Revisão integrativa 11, 13, 15, 18, 22, 25, 26, 29, 42, 44, 47, 48, 52, 96, 100, 103, 108, 109, 122, 168, 191, 192, 246, 247
Risco cardiovascular 135, 136, 137, 138, 140, 145, 147, 148

S

Sistema prisional 83, 85, 86, 89, 91, 92
Sistematização da assistência de enfermagem 169, 171

T

Tanatologia 204, 205, 206, 208, 209, 210
Terapia renal substitutiva 157, 158, 159, 167
Toque terapêutico 13, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25
Transtornos alimentares 1, 2, 3, 6, 8, 10, 11
Tratamento fitoterápico 149
Tuberculose 37, 39, 41, 42, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92

Gestão de Serviços de Enfermagem

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021

Gestão de Serviços de Enfermagem

2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021