



Temas em **Saúde**

EDIÇÃO ESPECIAL



ISSN: 2447-2131

João Pessoa, 2019

Temas em Saúde

Conselho científico

Dra. Ana Escoval
ENSP - Universidade Nova de
Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luíza Stiebler Vieira
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros
Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto
UFAM - Manaus – AM

Fernanda Shizue Nishida
UNICESUMAR - Maringá - PR

Dra. Francisca Bezerra de
Oliveira
UFCG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de
França
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery
UFPI - Teresina – PI

Dra. Iolanda Beserra da
Costa Santos
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. Jorge Correia Jesuino
ISCTE - Lisboa – Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo
Filho
FIP - Patos – PB

Dra. Josinete Vieira Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Lélia Maria Madeira
UFMG - Belo Horizonte -
MG

Dr. Luciano Augusto de
Araújo Ribeiro
FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel
Tura
UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dra. Malba Gean Rodrigues
de Amorim
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa
Feitosa Alves
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira
Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de Miranda
Henriques
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da
Silva
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros
Germano
UFRN - Natal – RN

Dra. Sammia Anacleto de
Albuquerque Pinheiro
FIP - Patos– PB

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da
Costa
UFPB - João Pessoa - PB

Editor-chefe

Dr. Carlos Bezerra de Lima
FAST - Nazaré da Mata -
PE

Comissão editorial

Carlos B. de Lima
Júnior
Ana Karla B. da Silva
Lima

Contatos

www.temasensaude.com
contato@temasensaude.com



Temas em Saúde

Índice

- 1** PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA: UM ESTUDO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM **5**
- 2** PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES: UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM **23**
- 3** ATENDIMENTO A VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA EMERGÊNCIA: A ENFERMAGEM E O CUIDADO **45**
- 4** HEMORRAGIA PÓS-PARTO IMEDIATO: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM **64**
- 5** PUERICULTURA: ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO **78**
- 6** TRATAMENTO DA ECLÂMPSIA: UMA ANÁLISE ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO **104**
- 7** AUDITORIA: MEDINDO A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENF. **117**
- 8** LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ABORDANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM **130**
- 9** CONSIDERAÇÕES DA LITERATURA ACERCA DA LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA **143**
- 10** PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENVELHEC. SAUDÁVEL DA PESSOA IDOSA: REVISÃO INTEGRATIVA **159**
- 11** CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTE TERMINAL DE ONCOLOGIA: DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA **177**
- 12** ENVOLVIMENTO DO PAI NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO NO MÉTODO CANGURU **192**



Temas em Saúde

- 13** IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DE QUALIDADE NO PROCESSO DE GERENCIAMENTO EM ANESTESIOLOGIA 213
- 14** INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA PROMOÇÃO À SAÚDE 223
- 15** INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA ESPECIALISTA UTILIZANDO A LÓGICA FUZZY PARA O ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS 240
- 16** INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA DE UMA PESSOA COM HANSENÍASE: HISTÓRIA ORAL DE VIDA 263
- 17** O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENQUANTO INSTRUMENTO DE SEGURANÇA PARA O ANESTESIOLOGISTA 276
- 18** PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM IDOSOS: O CUIDAR DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM 291
- 19** PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA ATUAÇÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA 306
- 20** PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DOS FATORES QUE INTERFEREM A BUSCA DOS HOMENS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE 321
- 21** REFLEXÃO TEÓRICA ACERCA DA LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 338
- 22** A RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES EM LEITOS DE UTI COM TRANSTORNO DE DEPRESSÃO COMO PRÁTICA DO ENFERMEIRO 348
- 23** RESISTÊNCIA DOS FÁRMACOS UTILIZADOS NA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 357
- 24** VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 377



Artigo

PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA: UM ESTUDO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

THE PATIENT WITH VENOUS ULCER: A STUDY OF THE NURSING ASSISTENCE

Maria da Luz Santos Costa¹
Danielle Martins Nascimento²
Marta Miriam Lopes Costa³
Luana Rodrigues de Azevedo Gomes⁴
Adellucia dos Santos Silva⁵
Werllinson Azevedo Siqueira⁶

RESUMO A úlcera venosa é uma insuficiência venosa que acomete principalmente os membros inferiores, pode ser venosa, arterial e neurotrófica, neuropática, hipertensiva, microangiopática, arteriosclerótica e anêmica. O objetivo deste estudo foi traçar um plano de cuidado para pacientes acometidos por úlceras venosas por meio de um estudo de caso. Trata-se de uma pesquisa baseada em estudo de caso. O estudo foi realizado na Unidade de Estratégia de Saúde da Família, no município de Pilõesinhos – Paraíba. A escolha da amostra foi constituída por meio de observação e acompanhamento do tratamento e evolução de três pacientes portadores de úlcera venosa, em uso de curativos com a associação de coberturas coadjuvantes especializadas e observar evolução da utilização das coberturas empregadas na associação da terapia do estudo aqui mencionado, para a construção do plano de cuidado. O instrumento utilizado para coleta de dados foi por emprego de um roteiro norteando a Primeira Consulta de

¹ Enfermeira. Especialização em andamento de UTI. E-mail: daluz1-@hotmail.com

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFPB. Docente da FESVIP. Email: danimartins84@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Sociologia pela UFPB. Email: marthamiryam@hotmail.com

⁴ Enfermeira pela UFCG. Email: Luana.rodrigues86@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Especialista em enfermagem dermatológica pela Gama Filho. Email: adellucia@gmail.com

⁶ Enfermeiro. Especialista em Clínica cirúrgica, CME e URPA. Email: werllinson@hotmail.com



Artigo

Enfermagem. A pesquisa foi iniciada após autorização do comitê de Ética no período por meio da Plataforma Brasil. Os resultados do presente estudo mostraram que dentre as necessidades humanas básicas, as de necessidade de hidratação, necessidade de nutrição, necessidade de integridade cutâneo-mucosa, integridade física e cuidado corporal foram afetadas nos três participantes. No enfoque diagnósticos de enfermagem os pacientes do estudo apresentaram os diagnósticos de: Risco para infecção; Déficit de conhecimento sobre o cuidado com a ferida; Deambulação prejudicada; Integridade da pele prejudicada e Déficit de Autocuidado os quais são apresentados geralmente em pacientes em especial idosos que apresentam úlcera venosa. Concluiu-se com este estudo que novas pesquisas são importantes para que de fato se possa avaliar como a enfermagem direcionam seus cuidados, tendo em vista que as úlceras venosas causam danos consideráveis a pacientes em potencial aos idosos, sendo assim o direcionamento teórico – científico tem a capacidade de alertar os enfermeiros quanto a um direcionamento de sua assistência.

Palavras-chave: Úlcera venosa. Feridas. Cuidado de enfermagem.

ABSTRACT Venous ulcer is a venous insufficiency that affects mainly the lower limbs, it can be venous, arterial and neurotrophic, neuropathic, hypertensive, microangiopathic, atherosclerotic and anemic. The objective of this study was to outline a plan of care for patients with venous ulcers by means of a case study. This is case-based research. The study was carried out at the Family Health Strategy Unit, in the city of Pilõezinhos - Paraíba. The choice of the sample consisted of observing and monitoring the treatment and evolution of three patients with venous ulcer, using dressings with the association of specialized coadjuvant coverages and observing the evolution of the use of the coverages used in the study therapy combination here mentioned, for the construction of the care plan. The instrument used for data collection was the use of a script guiding the First Consultation of Nursing. The research was initiated after authorization of the Ethics Committee in the period through the Brazil Platform. The results of the present study showed that among the basic human needs, the need for hydration, need for nutrition, need for cutaneous and mucosal integrity, physical integrity and body care were affected in the three participants. In the case of nursing diagnoses, the patients in the study presented the following diagnoses: Risk for infection; Deficit knowledge



Artigo

about wound care; Impaired walking; Impaired skin integrity and Self-Care Deficit, which are generally presented in patients in particular elderly individuals who have venous ulcer. It was concluded with this study that new research is important so that it is possible to evaluate how nursing directs its care, considering that venous ulcers cause considerable damage to potential patients to the elderly, so the theoretical-scientific orientation has the ability to alert nurses to a direction of care.

Keywords: Venous ulcer. Wounds. Nursing care.

INTRODUÇÃO

A úlcera venosa (UV) é uma insuficiência venosa que acomete principalmente os membros inferiores, podendo ser elas venosa, arterial e neutrófica e neuropática, hipertensiva, microangiopática, arteriosclerótica, anêmica. São mais comuns nos idosos, do sexo feminino, porém acometem ambos os sexos, em diferentes idades. Essas lesões correspondem a 70% a 90% das lesões de membros inferiores e geralmente ocorre no terço distal da face medial da perna, próximo ao maléolo media (DANTAS et al., 2016).

No Brasil estimasse que pelo menos 3% da população é acometida por úlcera venosa, sendo que já chega a um aumento em média de 10% no caso de pessoas que já tem doença crônica a exemplo de diabetes ou hipertensão. Sendo que já está sendo considerada uma das maiores causas de afastamento temporário no mercado de trabalho (BRITO et al., 2013).

As pessoas que vivem com lesões tem um grande impacto na sua qualidade de vida, afetando na sua relação interpessoal, gerando sentimentos negativos como tristeza, constrangimento, ansiedade, raiva, depressão, dentre outros, os quais levam a prejuízos na imagem corporal e na atividade sexual (SILVA et al., 2015).

As úlceras mais comuns encontradas nos serviços de saúde público são as Úlceras de Perna (UP), as quais são adquiridas através de Insuficiência Venosa Crônica. Elas constituem manifestações mais grave da insuficiência e caracterizam-se por dor disseminada, com presença de edema nos pés e tornozelos, e são localizados especificadamente na região do maléolo medial ou lateral, com bordas bem definidas com apresentação de tecido necrosado ou de granulação, podendo ser ele superficial ou profundo (RODRIGUES et al., 2015).



Artigo

O tratamento envolve curativos compressivos, dentre os quais se tem as bandagens e bota de Unna. Aqueles que tem comprometimentos a nível arterial podem ser prejudicados com o uso desta técnica que por sua vez acaba retardando o processo de cicatrização (NICOLSI et al., 2015).

É um problema de saúde pública o qual devemos buscar a melhoria de nossa assistência para podermos oferecer um tratamento adequado e de qualidade ao paciente. É muito importante os cuidados no manuseio devido ao tratamento ser longo e complexo, isso requer conhecimento específico e habilidade técnica, principalmente a participação da família dentro de uma perspectiva da assistência (BRITO et al., 2013).

Para o tratamento de UV é necessário a intervenção de uma equipe multidisciplinar a qual a enfermagem esta inserida, o papel que o enfermeiro exerce no tratamento das feridas é crucial para recuperação da integridade pele, uma vez que o mesmo é habilitado e tem a competência de escolher a cobertura a ser utilizada além de complementar o tratamento com ações educativas as quais favorecem a cicatrização (SANT'ANA et al., 2012).

O acometimento das UV é um grave problema em nível de saúde publica toda via é notório que os pacientes acometidos enfrentam transtorno de ordem biopsicossocial, que muitas vezes lhes distanciam do seu convívio cotidiano normal, este que em muitas das situações os mesmos abandonam até suas atividades diárias, no que pode ser citada a atividade laboral. O sentimento de receio toma conta do paciente, onde pelo tratamento ser considerado lento os mesmo acabam não seguindo e a lesão dente a não cicatrizar.

O interesse pela pesquisa emergiu de uma observação enquanto profissional atuante em uma unidade básica de saúde, de modo que se pode observar o alto numero de casos de pacientes com úlceras venosas, desta forma foi visto também que a enfermagem tem um papel crucial para o tratamento das lesões e recuperação do paciente.

Este trabalho traz uma grande importância para os clientes com úlcera venosa, onde a enfermagem poderá melhorar a qualidade vida desses pacientes, bem como a autoestima, o auto cuidado e a confiança ao profissional, uma vez que os estudos, baseados em acompanhamento de casos tem um grande estreitamento na assistência, onde estes profissionais acabam aprimorando suas técnicas e intervenções.

Dessa forma, o objetivo da presente pesquisa analisar a assistência de enfermagem ao paciente com úlcera venosa, a partir de estudos de caso.



Artigo

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Úlcera venosa

A Insuficiência Venosa Crônica (IVC) caracteriza-se como a desordem do sistema venoso, causado muitas vezes pela obstrução do fluxo venoso, podendo acarretar danos ao sistema como um todo, seja ele superficial e ou profundo podendo levar danos que podem ser por causas herdadas ou adquiridas, nesta disfunção há um aumento prolongado na pressão venosa (SILVA, 2015).

As mesmas acometem pessoas de diferentes idades, e sexos, que chega a atingir um numero elevado de recidiva, que pode atingir 66% dos casos, repercute negativamente no cotidiano dos pacientes os mesmos tem sua deambulação prejudicada, de modo que requer um tratamento complexo de forma que não se há um tempo específico para a cicatrização, esta que vai depender de outros fatores os quais os pacientes terão que obedecer durante o tratamento (DANTAS et al., 2014).

As Úlceras venosas são potencialmente localizadas nos membros inferiores geralmente situadas na perna, ela pode acometer individuo de qualquer faixa etárias, tendem a ser mais notória com o passar da juventude, atingindo na maior parte os idosos, evoluindo com o passar dos anos (OLIVEIRA; SOARES; PIRES, 2015).

Os autores mencionados anteriormente destacam que essas lesões são facilmente encontradas nas pessoas com baixa renda e baixa escolaridade. Constituindo a manifestação clinica mais grave da IVC, de disseminando com edemas nos pés e tornozelos, localizando-se na maioria das vezes no maléolo medial ou lateral, se apresentando com extremidades bem definidas, com leito com necrose, ou granulação, presença de exsudato amarelado, apresentando sinais de infecção.

O tratamento das UV consiste no envolvimento de intervenções que promovam a compressão, tratamento tópico, medicamentoso e cirúrgico, atrelado a adesão de mudanças de comportamentos visando a melhoria na qualidade de vida, tratamento esse que deve ser desenvolvido por uma equipe multidisciplinar (BRITO et al., 2013).

Um dos sintomas que acompanha o paciente de UV é a dor que é frequente e intensa, de modo que estudos apontam que a maioria dos pacientes se queixa desse sinal, a qual influencia negativamente no processo de recuperação do paciente, uma vez que esta pode provocar mudanças rotineiras que implicam nas atividades diárias,



Artigo

provocado sintomas negativos, podendo chegar a casos de isolamento ou até depressão o qual influencia na qualidade de vida dos mesmos (SALVETTI et al., 2014).

As dores nessas lesões podem decorrer de vários fatores, podendo-se destacar algumas intervenções como as cirúrgicas, o manejo com as coberturas utilizadas, o simples ato de limpeza, a movimentação enquanto o paciente deambula e se movimenta dentre outros, estas que podem variar de intensidade e causam sofrimento antecipatório e prejuízos desnecessários (OLIVEIRA et al., 2012).

Assistência de enfermagem aos pacientes com úlceras venosas

A Enfermagem é a categoria profissional a qual tem a competência de assistir o paciente com lesões de pele, incluindo as úlceras por venosas, cabe ao profissional avaliar o paciente na consulta de enfermagem para que assim possa-se estabelecer a terapia a ser utilizada, esta atuação está disposta na lei do exercício profissional de nº 7.498/86, que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, diz, no art. 11, lei esta que está explicitada que este profissional é quem exerce todas as atividades as quais estão envolvidas o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem (ABREU; OLIVEIRA, 2014).

A assistência prestada aos portadores de lesões cutâneas necessita que o profissional seja habilitado e treinado para que possam por em prática as intervenções cabíveis ao seu quadro clínico, desta forma estes profissionais devem traçar suas estratégias de modo que as mesmas venham a suprir as necessidades dos pacientes tendo em vista que cada um tem necessidades específicas, sendo seres únicos e individualizados (SEHNEM et al., 2014).

As estratégias traçadas pelos enfermeiros se tratam da sistematização da assistência uma vez que cabe aos mesmos avaliar o quadro clínico de seus pacientes para que possam por em prática as intervenções, avaliá-las e implementá-las (PEDROSA et al., 2014).

Deste modo pode-se dizer que a sistematização da assistência de enfermagem, é a melhor maneira de conduzir o tratamento dos portadores de feridas, uma vez que assim os mesmos passam a ser avaliados continuamente para que se possa da continuidade ao tratamento, em busca do restabelecimento da integridade da pele (RODRIGUES et al., 2015).



Artigo

Cabe ao enfermeiro para que possa tratar as UV, aderir aos protocolos, busca estarem atualizados acerca dos curativos adaptados para este tipo de lesão, usar habilidades técnicas e científicas, interagir com o paciente e seus familiares acerca da continuidade da assistência, para que assim possam proporcionar o cuidado integral e holístico ao portador da Ferida (DANTAS et al., 2013).

Cabe ainda ao enfermeiro avaliar continuamente a lesão uma vez que a observação leva a escolha adequada ao tratamento que venha a ser utilizado, e ainda identificar a eficácia do mesmo quanto ao favorecimento do processo de cicatrização. Sendo esta uma das autonomias do enfermeiro para que o mesmo venha e escolher o curativo ele deve ter subsídios e conhecimento da lesão desde sua causa ate suas dimensões e outros fatores acerca do paciente o qual está acometido (SANTOS et al., 2010).

Faz-se necessário a avaliação dos fatores que interferem no processo de cicatrização, onde o enfermeiro deve ter um olhar diferenciado, a cerca dos mesmos os quais se destacam a idade, a dieta, a fragilidade vascular e alteração da mobilidade e também fatores subjetivos. A atuação do enfermeiro na educação em saúde, visando ensino ao usuário para a realização dos cuidados necessários nas de pele (SOARES et al., 2011).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa baseada em estudo de caso. De modo, o objetivo é avaliar um ou mais caso seja individuo, família ou instituição, e compreendendo em suas próprias dimensões. Esta modalidade de pesquisa tende a reunir informações por meio de técnicas diversas sejam elas: elaboração da questão norteadora; definição da unidade de caso; seleção do numero de caso; coleta de dados e avaliação e análise do caso (GIL, 2010).

A pesquisa foi realizada na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Pilõezinhos – PB, a qual acompanha o tratamento de pacientes portadores de lesões incluindo as UV.

A Cidade de Pilõezinhos situada na Microrregião de Guarabira, distante apenas 6 km da mesma, foi fundada em 27 de Dezembro de 1963. A cidade de Pilõezinhos nos dias atuais possui cerca de 5.155 habitantes.



Artigo

Enfatizamos que este estudo de caso foi abordado com três pacientes portadores de úlceras venosas que aceite participar deste estudo de caso, e que por ventura, seja portador de lesão promovida por ulceração venosa, assinando assim o termo para autorização da evolução do estudo que foi realizado.

Para a seleção da amostra foi utilizado os seguintes critérios: O paciente teve que aceitar o acompanhamento; Autorizar ser investigado por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e Responder ao questionário da primeira consulta de Enfermagem.

Participaram do estudo de caso pacientes que apresentaram lesão ulcerativa e teve que assinar o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), autorizando sua participação na pesquisa.

Foram excluídos da amostra, pacientes os quais as úlceras não caracterizavam UV, e os que mudaram de endereço e não informaram na unidade de saúde, também foram excluídos os pacientes que não aceitaram participar da pesquisa.

Foi realizada uma investigação por meio de observação e acompanhamento do tratamento e evolução de três pacientes portadores de úlcera venosa, em uso de curativos com a associação de coberturas coadjuvantes especializadas e observar evolução da utilização das coberturas empregadas na associação da terapia do estudo aqui mencionado, para a construção do plano de cuidado.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi por emprego de um roteiro de Primeira Consulta de Enfermagem, o qual consiste em avaliar toda a história progressiva do paciente e da lesão em questão, no intuito de favorecer a construção do plano de cuidado na tentativa de facilitada assistência destes profissionais.

A coleta de dados ocorreu maio de 2017, uma vez que foi realizada a visita a cada paciente a realidade em qual os mesmos se encontravam, avaliada a lesão e suas necessidades para a então a elaboração do plano de cuidado.

Os dados foram analisados através da pesquisa qualitativa descritiva. Desta forma as informações obtidas não podem ser quantificáveis, uma vez que o estudo analisa atribuições de significados básicos no processo da pesquisa qualitativa. Na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador; uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (questionário e observação sistemática). A partir da evolução clínica do paciente tendo em vista a reação cicatricial do tratamento empregado e



Artigo

acompanhamento, agrupando os achados e comparando as reações e respostas (GIL, 2010).

A pesquisa foi iniciada após autorização do comitê de Ética no período por meio da Plataforma Brasil, CAAE: 65108817.0.0000.5179. Conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos foi confeccionado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, informando-lhes completamente o objetivo, riscos, benefícios, garantindo seu anonimato e sigilo, respeitando a privacidade e intimidade e sua livre escolha de participar ou não da pesquisa no momento que desejar. Os contatos com a instituição, onde o projeto foi realizado, foram efetivados mediante ofício encaminhado para sua realização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização clínica dos participantes

Foram entrevistadas 03 pessoas, entre 76 e 81 anos. No tocante a escolaridade das participantes identificou-se que todos os participantes tinham o ensino fundamental incompleto o que predominou na pesquisa. Em relação a ocupação das participantes evidenciou-se que em sua maioria são agricultores.

A **tabela 1** apresenta o perfil dos participantes.

Sujeitos	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Residência	Condições de saneamento básico
E1	F	79	Solteira	Fundamental Incompleto	Aposentada	Zona Rural	Não
E2	F	76	Viúva	Analfabeta	Agricultor	Zona Rural	Não
E3	M	81	Casado	Fundamental Incompleto	Agricultor	Zona Urbana	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor. João Pessoa – PB, 2017.



Artigo

Proposta do plano de cuidados para pessoas acometidas por úlcera venosa

Percorrendo a literatura e as condições de cada paciente referente à úlcera venosa, foi possível identificar algumas manifestações clínicas que revelam as principais necessidades dessa clientela.

Com base nas manifestações clínicas identifica-se as necessidades afetadas que foram o foco do planejamento da assistência.

Quadro 2 – Necessidades afetadas e manifestações clínicas encontradas a luz da literatura.

NECESSIDADE AFETADA	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	Nº pacientes
Necessidade de Hidratação	- Fezes líquidas - Desidratação - Pele seca	03
Necessidade de nutrição	- Absorção comprometida - Mudança dos hábitos alimentares	03
Necessidade de integridade cutâneo-mucosa,	- Aumento do número de evacuações - Presença de úlceras venosa	03
Integridade física	- Deambulação comprometida - Restrição de movimentos com o membro afetado	03
Cuidado corporal	- Higiene corporal insatisfatória - Odor fétido na lesão	03

Fonte: Elaborado pelo autor. João Pessoa – PB, 2017.

Analisando as manifestações clínicas acima, foi possível agrupá-las por necessidades para então compor o plano de cuidados.



Artigo

Quadro 3: Proposta de um plano de cuidado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Risco para infecção	Diminuição dos riscos para infecção	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado nutricional; - Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida; - Supervisionar a pele; - Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo.
Déficit de conhecimento sobre o cuidado com a ferida	Promoção de conhecimento sobre o cuidado com a ferida	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar quanto aos cuidados com a ferida; - Orientar o paciente quanto à lavagem da incisão com água e sabão; - Orientar quanto aos cuidados com a higiene oral e corporal; - - - - Orientar para os sinais/ sintomas de infecção.
Deambulação prejudicada	Melhora na mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para o serviço de fisioterapia; - Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros; - Informar ao paciente quanto à importância da deambulação e encorajá-lo.
Integridade da pele prejudicada	A integridade da pele do paciente melhora em resposta ao tratamento.	<p>Examinar a pele a cada turno de trabalho.</p> <p>Proporcionar medidas de suporte, de acordo com a necessidade.</p> <p>Orientar o paciente e seus familiares ou amigos a cerca do esquema de cuidados com a pele.</p> <p>Supervisionar o paciente e seus familiares ou amigos no tratamento da pele.</p>



Artigo

Déficit de Autocuidado	Melhora no Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o paciente na participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade; - Estimular a participação nas atividades de autocuidado independente; - Manter o ambiente sem obstáculos; - Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado; - Orientar a família/cuidador da importância de estimular o autocuidado.
------------------------	------------------------	--

Fonte: Elaborado pelo autor. João Pessoa – PB, 2017.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que dentre as necessidades humanas básicas, as de necessidade de hidratação, necessidade de nutrição, necessidade de integridade cutâneo-mucosa, integridade física e cuidado corporal foram afetadas nos três participantes. Essas necessidades devem direcionar os cuidados de enfermagem o objetivo é satisfazê-los. Os pacientes por serem idosos apresentaram necessidades iguais perante sua condição física potencializada pelo agravo da lesão.

A úlcera venosa crônica é um processo complexo e patológico que causa diversas alterações biológicas, emocionais, físicas, cotidianas, sociais entre outras, impondo severas limitações e necessidades peculiares a vida da pessoa. Frente a isto o estudo de Nóbrega (2009), a pessoa acometida por esta lesão tende a apresentar necessidades básicas como alimentação, repouso e diminuição do estresse, estas que podem ser entrelaçadas complementando os resultados de nossa pesquisa.

No enfoque diagnósticos de enfermagem os pacientes do estudo apresentaram os diagnósticos de: Risco para infecção; Déficit de conhecimento sobre o cuidado com a ferida; Deambulação prejudicada; Integridade da pele prejudicada e Déficit de



Artigo

Autocuidado os quais são apresentados geralmente em pacientes em especial idosos que apresentam UV.

Nogueira et al (2015), relatou em seu estudo a respeito dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com feridas, uma vez que foi referido que os mesmos tratam-se de diagnósticos específicos, como Integridade de pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada.

No diagnóstico de enfermagem “Integridade da pele prejudicada” geralmente os pacientes que são acometidos por esta lesão ao serem submetidos ao exame físico apresentam alterações eczematosas com eritema, descamação, prurido e, ocasionalmente, exsudato. Uma vez que a UV é caracterizada por uma ferida irregular a qual tem seu início superficial porém pode se tornar profunda, apresentando modificações e alterações nas extremidades que envolvem a lesão (OLIVEIRA et al., 2012).

De acordo com a classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, a integridade tissular prejudicada define-se como: “dano às membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos” podendo estar associado à circulação alterada, déficit de conhecimento, déficit de líquidos, excesso de líquidos, extremos de temperatura, fatores nutricionais, irritantes químicos, mecânicos (pressão, abrasão, fricção), mobilidade física (CAVALANTE et al., 2010).

Tavares et al. (2016), relatou em sua pesquisa que diante do aumento do número de idosos com lesões de pele causadas pela restrição da mobilidade, sendo esta um dos diagnósticos de enfermagem, o que torna necessária a reorganização assistencial, mediante o acompanhamento ativo desses idosos na comunidade, tanto no que se refere a alertar os responsáveis pelo seu cuidado.

Um estudo realizado enfocou a deficitária dos pacientes com UVC no tocante ao autocuidado, o que sugere a necessidade de educação desse público para sua condição de saúde. Essa sugestão decorre do fato de que a maioria dos participantes desconhecia a insuficiência venosa crônica como causa da sua ferida, atribuindo a ocorrência a problemas locais ou sistêmicos da pele e a traumas de membro inferior não relacionados ao aparecimento da lesão (SILVA et al., 2015).



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo evidenciaram as necessidades de cuidados de pessoas acometidas por úlceras venosas, subsidiando o planejamento da assistência em enfermagem centrada no cliente.

A proposição de um cuidado de enfermagem fundamentado em uma teoria de enfermagem confere fundamentação científica a prática de enfermagem. Além disso, o uso de sistema de classificação para o registro de elementos da prática profissional (diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem) conferem maior visibilidade ao trabalho do enfermeiro.

Acredita-se que a operacionalização do processo de enfermagem no âmbito da atenção primária à saúde a pessoas acometidas por úlcera venosa pode ser viável por meio da implementação das etapas da consulta de enfermagem e contribuirá para a oferta de cuidados de enfermagem de qualidade.

Com o presente estudo percebeu-se que o processo de cuidar em enfermagem é uma ferramenta importante na prestação de uma boa assistência uma vez que este profissional detém habilidades teórico-prática e mecanismos apropriados no tratamento de pacientes portadores de úlceras venosas.

O estudo apresentou algumas limitações no que diz respeito ao pequeno número da amostra, uma vez que alguns pacientes portadores destas lesões quando feito a coleta de dados já não estavam mais em tratamento e outros mudaram de endereço, sem possibilidades de ser encontrados.

A elaboração de um plano de cuidado é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. As atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão. Hoje percebemos a ênfase que se tem dado, por parte dos enfermeiros, à importância na documentação e registro do plano de cuidados de saúde de sua clientela.

Percebemos, atualmente, mudanças significativas na prestação do cuidado de enfermagem, no que diz respeito a sua forma de assistir. O enfermeiro está deixando de atuar apenas no atendimento das ordens médicas para estabelecer o seu próprio diagnóstico, o planejamento da assistência e a prescrição dos cuidados ao paciente.



Artigo

O estudo tem sua importância pautada no cuidado direcionado aos pacientes portadores de úlceras venosas, uma vez que a enfermagem tem um papel importante das determinações das intervenções direcionadas a esta clientela diante o quadro clínico que os mesmos apresentarem.

Estima-se que novas pesquisas são importantes para que de fato se possa avaliar como a enfermagem direciona seus cuidados, tendo em vista que as úlceras venosas causam danos consideráveis a pacientes em potencial aos idosos, sendo assim o direcionamento teórico – científico tem a capacidade de alertar os enfermeiros quanto a um direcionamento de sua assistência.

REFERÊNCIAS

ABREU, Alcione Matos; OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista. Uso da atadura elástica como terapia compressiva em úlcera venosa: Relato de experiência. **Revista Enfermagem Profissional**, v. 1, n. 2, p. 489-499, 2014.

BRITO, Chara Keith Diógenes et al. Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 3, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. 13 de junho de 2013 – Seção 1. Acessado em: 13/09/2015.

CAVALCANTE, A. M. R. Z. et al. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 727-35, 2010.

DANTAS, Daniele Vieira et al. Validação clínica de protocolo para úlceras venosas na alta complexidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e59502, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-



Artigo

14472016000400408&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2019. Epub Feb 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.59502>.

DANTAS, Daniele Vieira et al. Proposta de protocolo para assistência as pessoas com úlceras venosas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 618-626, 2014.

DANTAS, Daniele Vieira et al. Protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas: validação de conteúdo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 3, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

NICOLOSI, Júlia Teixeira et al. Terapias compressivas no tratamento de úlcera venosa: estudo bibliométrico. **Aquichan**, v. 15, n. 2, p. 283-295, 2015.

NOBREGA, Walkiria Gomes da. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário**. 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

NOGUEIRA, G. A. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com úlcera venosa crônica: estudo observacional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 333-9, 2015.

OLIVEIRA, Shirley Batista; SOARES, Daniela Arruda; PIRES, Patrícia da Silva. Prevalência de úlceras venosas e fatores associados entre adultos de um centro de saúde de Vitória da Conquista, BA. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 7, n. 3, p. 2659-2669, 2015.

OLIVEIRA, Paula Francielle Tavares et al. Avaliação da dor durante a troca de curativo de úlceras de perna. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 862-869, 2012.

OLIVEIRA, C. A. O amor terapêutico no tratamento de feridas crônicas. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba**, v. 1, n. 03, 2012.



Artigo

PEDROSA, Cristhine da Silva et al. Acadêmicos de enfermagem aplicando a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) durante estágio supervisionado integralizador. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 2, 2015.

RODRIGUES, Luciana Miranda et al. Avaliação tecnológica em saúde: uso da carboximetilcelulose a 2% no tratamento das úlceras de perna. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 4, p. 520-525, 2015.

SALVETTI, Marina de Góes et al. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. **Rev. dor**, v. 15, n. 1, p. 17-20, 2014.

SANT'ANA, S. M. S. C. et al. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. **Rev bras enferm**, v. 65, n. 4, p. 637-44, 2012.

SANTOS, Antonio Adriano Rodrigues dos. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 547-52. 2010.

SEHNEM, Graciela Dutra et al. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 839-846, 2014.

SILVA, A. et al. Modificação química de membranas de celulose bacteriana com “linker” anidrido succínico para acoplamento de proteínas. **Blucher Biochemistry Proceedings**, v. 1, n. 2, p. 334-334, 2015.

SOARES, R. S. A. et al. O enfermeiro cuidando de paciente com lesão de pele pós-traumática por acidente de trânsito. **Revista contexto & saúde**, v. 10 n. 20, p. 1115-1118, jan./jun. 2011.

SILVA, Dalva Cezar et al. Experiências construídas no processo de viver com a úlcera venosa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2015.



Artigo

TAVARES, B. C. et al. Perfil dos pacientes com úlcera crônica de etiologia diversa, internados em serviço de emergência/Profile of patients diagnosed with chronic ulcer of diverse etiology admitted to an emergency unit. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 4, p. 624-629, 2016.



Artigo

PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES: UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES: A LOOK AT NURSING ASSISTANCE

Iona Farias Pinto¹
Emmanuella Costa de Azevedo Mello²
Emmanoela de Almeida Paulino Lima³
Rafaela Prima de Lucena⁴
Camila Abrantes Cordeiro Morais⁵

RESUMO - As doenças cardiovasculares têm se apresentado, nas últimas décadas, em grandes proporções dentre as causas de morbidade e mortalidade, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi identificar as produções científicas brasileiras que evidenciam que evidencia a assistência de enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa A pesquisa foi realizada na BVS (biblioteca virtual de saúde), sob as bases de dados LILACS E SCIELO, a partir do cruzamento com os descritores: cuidado de enfermagem e doenças cardiovasculares, separados entre si pelo operador AND. Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram, artigos nacionais publicados entre os anos de 2009 a 2015, nacionais, que apresentassem os descritores selecionados para a busca. Foram excluídos da pesquisa produções científicas que não configuravam artigos, os que estivessem fora do ano estabelecido ou não apresentassem os descritores selecionados. A busca na referidas base de dados resultou em 316 publicações, as quais foram filtradas 22 artigos, dos quais 04 atenderam aos critérios estabelecidos, compondo a amostra desta revisão. Com as publicações

¹ Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula/ FESVIP

² Enfermeira, Especialista em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado - UFPB.

³ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Coordenadora de Estágios da FESVIP

⁴ Enfermeira, Mestre em Modelos de Decisão em Saúde UFPB.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem – UFPB.



Artigo

encontradas foram elencadas 4 categorias distintas as quais a assistência de enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares, sendo elas: Orientação para o autocuidado, Educação em saúde, Diagnósticos de enfermagem e Cuidado de forma preventiva. No conjunto das publicações, observa-se que eles não revelam como deve ser assistência de enfermagem de fato que neles é explicitado a forma de como esses cuidados são voltados. O papel da enfermagem no cuidado desses pacientes é de suma importância para que os mesmos possam ser amenizados em relação aos agravos que são gerados em torno a sua saúde. Desta forma novas pesquisas são necessárias para que se possa avaliar de fato como a enfermagem vem atuando neste âmbito, uma vez que esta técnica de pesquisa é uma ferramenta importante esta categoria profissional.

Descritores: Doenças cardiovasculares. Enfermagem. Assistência de Enfermagem

ABSTRACT - Cardiovascular diseases have been present in the last decades, in great proportions among the causes of morbidity and mortality, both in developed countries and in those in development. The objective of this study was to identify the Brazilian scientific productions that evidence that the nursing assistance to the patients with cardiovascular diseases evidences. It is an integrative review research The research was carried out in the VHL (virtual health library), under the databases LILACS AND SCIELO, from the intersection with the descriptors: nursing care and cardiovascular diseases, separated from each other by AND operator. The inclusion criteria for the selection of the sample were national articles published between the years 2009 to 2015, national, that presented the descriptors selected for the search. Scientific productions that did not constitute articles, those that were outside the established year or did not present the selected descriptors were excluded from the research. The search in said database resulted in 316 publications, which were filtered 22 articles, of which 04 met the established criteria, composing the sample of this review. With the publications found four different categories were listed: nursing care for patients with cardiovascular diseases, such as: Guidance for self-care, Health education, Nursing diagnoses and Preventive care. In all the publications, it is observed that they do not reveal how nursing care should be, in fact, that the way in which care is addressed is explained in them. The role of nursing in the care of these patients is of paramount importance so that they can be softened in relation to the injuries that are generated around their health.



Artigo

In this way new research is necessary so that one can really evaluate how nursing has been acting in this field, since this research technique is an important tool in this professional category.

Keywords: Cardiovascular diseases. Nursing. Nursing Care.

INTRODUÇÃO

O coração, órgão que bombeia e recebe o sangue de todo o corpo, o faz através do ventrículo direito que bombeia o sangue para o pulmão, do ventrículo esquerdo que bombeia sangue para todo organismo; os átrios, esquerdo que recebe sangue arterial e direito que recebe o sangue venoso (FOX, 2007).

Diferenciando do tecido muscular normal, no coração existem o nó sinusal, nó atrioventricular, feixe de His e fibras de Purkinje, responsáveis pela condução elétrica espontânea, gerando a contração das estruturas cardíacas (AIRES, 2008).

Hoje, as doenças relacionadas ao sistema cardiovascular têm gerado uma grande preocupação na vida diária de inúmeras famílias. Podendo ser citadas algumas doenças como, infarto agudo do miocárdio (IAM), angina instável, dentre outras, estas representam uma das principais causas de óbito no Brasil, resultando em grandes gastos em assistência a saúde, sendo que cerca de 300.000 brasileiros são vítimas das doenças cardiovasculares a cada ano. (KUBO, 2001)

As doenças cardiovasculares têm se apresentado, nas últimas décadas, em grandes proporções dentre as causas de morbidade e mortalidade, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No nosso país, é a principal causa de morte, vitimando 300.000 brasileiros por ano. As patologias deste sistema representam a maior causa de óbitos e internações hospitalares na sociedade hodierna de tal forma que são percebidas enquanto um grave problema da saúde pública (ALVES et al, 2013).

O profissional de enfermagem em sua vivência profissional tem como responsabilidade, zelar pelo atendimento integral ao cliente, neste sentido é necessário que o mesmo esteja capacitado para interpretar sinais clínicos e métodos de diagnóstico precoce das doenças cardiovasculares dentro do processo de admissão, anamnese e cuidado do cliente (LEMOS; TOMAZ; BORGES, 2010).



Artigo

No plano de cuidado deve haver técnicas, meios de avaliação e exames diagnósticos que possibilitam a prevenção de complicações, decorrentes de doenças cardiovasculares. A investigação do histórico de saúde do paciente seguido de um exame físico bem executado, muitas vezes, previne certas intercorrências que possam acontecer com um indivíduo seja em um ambiente hospitalar ou no próprio domicílio (SOUZA; LIMA, 2013).

A linguagem que emerge do cotidiano profissional de enfermeiros envolve símbolos e significados oriundos da prática, que fazem parte das situações vividas e conhecidas por membros desse grupo. Esses símbolos e significados são apreendidos como verdades e são constituídos através da interação com atores sociais que participam dessa prática. Para que assistência de enfermagem seja eficaz é necessário que o enfermeiro reconheça o significado das anormalidades presentes no paciente com risco cardíaco (SOUZA; LIMA, 2013).

Estudos têm demonstrado que as doenças cardiovasculares continuam como problema de saúde pública, estando como as maiores causadoras de morbimortalidade (ALVES et al.;2013; KUBO, 2001), sendo assim este estudo se justifica pela necessidade de buscar maiores conhecimentos sobre a prática profissional clínica do enfermeiro na garantia de bom prognóstico por meio da assistência prestada ao paciente com doença cardiovascular.

Este estudo pretende responder a seguinte questionamento: Quais as produções científicas brasileiras que evidencia a assistência de enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares?

Estudos como este são relevantes para contribuir com a prática profissional, podendo apresentar novos conceitos e estratégias que possam potencializar o plano de cuidado do enfermeiro e a garantia na qualidade da assistência prestada aos pacientes com riscos cardíacos. Tendo como objetivo: Identificar as produções científicas brasileiras que evidenciam que evidencia a assistência de enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares.



Artigo

REVISÃO DE LITERATURA

Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. São responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. As doenças isquêmicas do coração (DIC) foram responsáveis por 95.449 mortes e as doenças cerebrovasculares (DCbV) por 97.860 mortes. As causas cardiovasculares atribuíveis à aterosclerose foram responsáveis por 193.309 mortes (MANSUR; FAVARATO, 2012).

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo mundo. Anualmente a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos. No Brasil, assim como em outros países da América Latina, observou-se, nas últimas décadas, uma importante mudança no perfil da mortalidade da população, caracterizado pelo aumento dos óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre as DCNT, destacam-se as DCV e a hipertensão arterial (HA) (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Estudos em países desenvolvidos mostram que fatores de risco cardiovasculares tendem a coexistir em certos grupos sociodemográficos e são mais prevalentes entre homens, indivíduos mais jovens e com baixo nível econômico e educacional. O volume de informações de base populacional sobre a aglomeração de fatores de risco comportamentais (FRC) para DCV é escasso no Brasil, sobretudo sobre a coexistência de fatores como tabagismo, inatividade física e consumo excessivo de gorduras de origem animal (MUNIZ et al., 2012).

Dentre as DCV, destacam-se as doenças cerebrovasculares (DCbV) e as doenças isquêmicas do coração (DIC), ocorrendo precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos, indicando sua importância enquanto problema de saúde da população. O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como um déficit neurológico, causado por interrupção do fluxo sanguíneo a uma determinada região encefálica, com duração dos sintomas maior que 24 horas e/ou presença de lesão cerebral pelos exames de imagem. É reconhecido como uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, sendo considerado a primeira causa de incapacidade entre os adultos no mundo (FERREIRA; FERREIRA, 2012).



Artigo

Além da elevada mortalidade das DCV, elas também são responsáveis por um grande número de internações hospitalares. Sendo tais doenças as principais causas de internações hospitalares em ambos os sexos. Em razão disto, muitos esforços têm sido empregados para reduzir a morbimortalidade das DCV, como a modificação do estilo de vida, com o incentivo à prática de atividade física, dieta saudável e a cessação do tabagismo, além do controle das principais doenças que atuam como fatores de risco (VIANNA; GONZALEZ; MATIJASEVICH, 2012).

Sabemos que o ECG é um modo de diagnóstico universalmente conhecido, usado na avaliação do sistema cardiovascular, sendo este um registro gráfico da atividade elétrica do coração. Um ECG com 12 derivações demonstra a atividade a partir de 12 incidências diferentes. Para obtenção deste os impulsos elétricos do coração são registrados em um papel de gráfico especial (LEMOS; TOMAZ; BORGES, 2010).

O eletrocardiograma (ECG) é um registro da atividade elétrica do coração, e reflete o evento resultante das células cardíacas. O traçado eletrocardiográfico forma uma série de ondas e complexos, onde capta os impulsos elétricos do músculo cardíaco, fornecendo um traçado característico que permite a identificação de eventuais cardiopatias (PORTO, 2001; SMELTZER; BARE, 2005).

Cuidados de enfermagem ao paciente com doenças cardiovasculares

Uma das funções do enfermeiro é a abordagem do paciente, estes com sofrimento cardíaco ou não, e a imediata avaliação da história clínica e do exame físico, considerando que essas duas etapas são momentos de prioridade na sistematização da assistência de enfermagem (LEMOS. TOMAZ; BARROS, 2013).

O enfermeiro, na sua prática profissional, prestando assistência de enfermagem ao cliente cardiológico, precisa obter conhecimento científico e domínio dos procedimentos, para assim, desempenhar suas atividades de forma ordenada e sistematizada, essencialmente para avaliar o estado de saúde do cliente e suas complicações. Na interpretação do eletrocardiograma o enfermeiro precisa ter muito conhecimento baseado em evidência clínica e fundamentação teórica de anatomia, fisiologia, patologias cardiológicas, fisiopatologia e a própria interpretação do eletrocardiograma e áreas afim (PESARO, 2004; NAKAMURA 2007).



Artigo

A interpretação eletrocardiográfica é do profissional médico cardiologista, porém atentamos a importância do enfermeiro saber detectar e avaliar de forma precoce as alterações que possam estar presentes em um cliente sob o seu cuidado. A atuação do enfermeiro não limita - se ao ambiente hospitalar, mas deve exceder o mesmo interferindo diretamente no processo saúde – doença do cliente. O profissional deve emponderar o mesmo para que seja ativo neste processo e não um passivo coadjuvante de forma que o mesmo seja responsável pela promoção de sua saúde (LEMOS. TOMAZ; BARROS, 2013).

Os profissionais de saúde têm como desafio diminuir as barreiras para a adesão ao tratamento e mostrar os seus benefícios, adotando uma proposta de visão holística do portador de doenças cardiovasculares e não apenas no tratamento medicamentoso ou não medicamentoso. Considerando a complexidade do processo de adesão, a limitação da avaliação por meio de instrumentos e a importância do comprometimento do doente, para o êxito do tratamento, faz-se necessário, para futuras investigações, considerar o contexto histórico, social e cultural dos sujeitos e sua experiência no processo de adoecimento para compreender os fatores dificultadores implícitos na adesão ao tratamento. Permanece um desafio: o desenvolvimento de medidas que possam melhorar, na prática, a adesão ao tratamento medicamentoso, a diminuição dos fatores que influenciam a adesão e o melhor controle da patologia (CAVALARI et al., 2012).

Esforços devem ser feitos para a redução da morbimortalidade oriunda das doenças cardiovasculares, principalmente investir na prevenção primária e promoção da saúde. Por meio da consulta de enfermagem, identificamos os fatores de risco cardiovasculares e as complicações da hipertensão arterial, além de realizarmos a educação em saúde, que constitui um dos principais elementos para melhorar as condições de vida de pessoas portadoras de doenças cardiovasculares. A monitoração dos fatores de risco pela enfermeira é de suma importância, pois auxilia na identificação dos aspectos ligados à melhoria das condições de saúde e de vida para quem convive com problemas cardiovasculares (ASSIS et al., 2009).



Artigo

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que se refere a uma análise de pesquisa que permite a incorporação de conhecimentos de um determinado assunto onde irão evidenciar na prática clínica com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada e serviram para apontar lacunas e melhorando assim os novos conhecimentos (SOUZA, 2010).

Para a execução desta revisão integrativa da literatura, serão seguidas seis etapas, cujas são descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), elencadas abaixo:

Primeira etapa: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;

Segunda etapa: Após a escolha do tema pelo revisor e a formulação da questão de pesquisa, se inicia a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão.

Terceira etapa: Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que irão gerar o estado do conhecimento atual do tema investigado. É análoga à etapa de coleta de dados de uma pesquisa convencional.

Quarta etapa: Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos.

Quinta etapa: Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Devido à ampla revisão conduzida, é possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem (prática clínica).

Sexta etapa: Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados



Artigo

evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada. A importância da divulgação dos resultados da investigação é incondicionalmente reconhecida, mas as formas de como divulgar ainda são limitadas devido às exigências dos periódicos científicos, a necessidade de outro idioma e dos recursos financeiros dispensados, apesar dos enormes avanços na tecnologia da comunicação.

A pesquisa foi realizada na BVS (biblioteca virtual de saúde), sob as bases de dados LILACS E SCIELO, a partir do cruzamento com os descritores: cuidado de enfermagem e doenças cardiovasculares, separados entre si pelo operador AND.

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram, artigos nacionais publicados entre os anos de 2009 a 2015, nacionais, que apresentassem os descritores selecionados para a busca. Foram excluídos da pesquisa produções científicas que não configuravam artigos, os que estivessem fora do ano estabelecido ou não apresentassem os descritores selecionados.

A busca na referidas base de dados resultou em 316 publicações, as quais foram filtradas 22 artigos, dos quais 04 atenderam aos critérios estabelecidos, compondo a amostra desta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa da literatura analisou-se quatro artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A seguir será apresentado um panorama geral dos artigos avaliados, antes de proceder à apresentação das categorias temáticas.

Características dos estudos

Dos artigos incluídos na revisão integrativa destacaram-se periódicos importantes na área da saúde, quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se na amostra: Estudo descritivo e exploratório (1), Estudo descritivo transversal (1), Relato de experiência (1), Revisão de Literatura (1).



Artigo

Em relação ao ano de publicação pesquisa evidenciou um pequeno número de artigos, de modo que foram identificados apenas dois dos mesmos no ano de 2011 e dois no ano de 2012, nos demais anos não houve.

No Quadro 1 a seguir são apresentados as características dos artigos da amostra quanto a autoria, periódico, ano de publicação, a origem e tipo de estudo.

QUADRO 1 – Características dos estudos incluídos na amostra da revisão integrativa.

Nº DO ESTUDO	TÍTULO	PERIÓDICO	AUTOR	ANO	ORIGEM	TIPO DE ESTUDO
E-I	Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado	Revista de enfermagem da UERJ	<u>BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis</u> et al	2011	Rio de Janeiro	<u>Estudo descritivo e exploratório</u>
E-II	Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares	Revista da escola Anna Nery de Enfermagem	<u>PEREIRA, Juliana de Melo Vellozo</u> et al.	2011		<u>Estudo descritivo transversal</u>
E-III	Ações educativas na práxis do cuidado em doenças cardiovasculares : um relato de experiência	Revista de enfermagem da UFPB	<u>LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues</u> de et al.	2012	João Pessoa	<u>Relato de experiência</u>



Artigo

E-IV	A gerência do cuidado na enfermagem cardiovascular	Revista da escola Anna Nery de Enfermagem	STIPP, Marlucci Andrade Conceição.	2012	Revisão de Literatura
-------------	--	---	------------------------------------	------	-----------------------

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2016. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

No quadro 3 segue explicitado um panorama geral acerca dos resultados de cada artigo que compões este estudo, tendo em vista a importância em analisar criteriosamente cada um deles para que possamos investir em mais pesquisas tendo em vista a necessidade perante o pequeno numero de artigos filtrados.

QUADRO 2: Resultados dos estudos incluídos na amostra da revisão integrativa.

Nº DO ESTUDO	AUTORES	TITULO	RESULTADOS
E-I	<u>BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis</u> et al	Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado	Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo, gerando as categorias: relação dos idosos no contexto social, relação dos idosos com alterações de saúde e acesso aos recursos terapêuticos.
E-II	<u>PEREIRA, Juliana de Melo Vellozo</u> et al.	Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares	Foram encontradas associações significativas com fatores Presença da Insuficiência Cardíaca, do Infarto Agudo do Miocárdio, da Dor, Sexo e Idade. Os diagnósticos mais frequentes foram: Ansiedade (76,7%), Dor Aguda (70,7%), Débito Cardíaco Diminuído (56,7%), Percepção Sensorial Perturbada – Visual (53,3%), Insônia (46,7%), Intolerância à Atividade (36,7%), Disfunção Sexual (36,7%) e Eliminação Urinária Prejudicada (36,7%).
E-III	<u>LIMA, Márcia</u>	Ações educativas na	As atividades educativas foram



Artigo

	<u>Gabriela Rodrigues de et al.</u>	práxis do cuidado em doenças cardiovasculares: um relato de experiência	desenvolvidas na admissão do usuário ao serviço, em técnicas grupais e visitas domiciliares a fim de que os mesmos se corresponsabilizassem pela sua promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação das doenças cardiovasculares.
E-IV	STIPP, Marlucci Andrade Conceição.	A gerência do cuidado na enfermagem cardiovascular	Ressalto que a causa principal destas doenças não é a genética, e sim fatores de risco ambiental e comportamental passíveis de serem modificados. Novas e diferentes abordagens que surgem relativas à promoção a saúde na enfermagem trazem novas perspectivas que reafirmam sua importância em nossa profissão, principalmente com uma visão de estratégia para realização do cuidado de forma preventiva e de maior abrangência.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2016. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

O estudo I objetivou identificar os elementos da vulnerabilidade que contribuem para complicações cardiovasculares na população idosa e caracterizar as estratégias de ação para o cuidado. Conclui-se que a identificação de vulnerabilidades em idosos mostrou-se como uma estratégia promissora para o cuidado e ao mesmo tempo desafiadora, pois envolve análise conjunta dos componentes individuais, sociais e programáticos, favorecendo o vínculo, o acolhimento às demandas e o atendimento das necessidades da população.

Por sua vez o estudo II teve o objetivo de Identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem e características definidoras de pacientes com doenças cardiovasculares e caracterizá-los quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas. Viu-se que a descrição dos diagnósticos de enfermagem contribui para a análise das respostas à doença cardiovascular, com foco no objeto de trabalho do enfermeiro, apresentando respostas à doença cardiovascular por meio de investigação holística.

Descrever as atividades de promoção, prevenção, recuperação e tratamento de doenças cardiovasculares desenvolvidas na prática assistencial, juntamente com os usuários cardiopatas ou portadores de algum fator de risco à doença, foi o objetivo do



Artigo

estudo III,, o mesmo concluiu que destaca-se a necessidade de empregar ações de educação em saúde nas práticas assistenciais como elemento emancipatório dos usuários em seu autocuidado.

O estudo IV evidenciou que a gênese das doenças cardiovasculares é multifatorial, pois envolve vários elementos, dos quais destaco: o perfil epidemiológico, a convivência com os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e a complexa determinação do processo saúde-doença com diversas possibilidades de expressão de nosso genoma em relação com o meio ambiente.

Categorias Temáticas

Com as publicações encontradas foram elencadas 4 categorias distintas as quais a assistência de enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares, sendo elas: Orientação para o autocuidado, Educação em saúde, Diagnósticos de enfermagem e Cuidado de forma preventiva.

Orientação para o autocuidado

A enfermagem deve assistir os paciente com o uso de praticas que envolvam apoio, cuidado e orientação para o autocuidado, no sentido de promover a vida, favorecer e incentivar a sobrevida com qualidade, bem estar e minimizar a redução de agravos e danos. Compreender os sentimentos dos clientes e de seus familiares diante de eventos como a doença e o tratamento é importante para que os enfermeiros planejem ações de cuidado adequadas e orientem estas pessoas de acordo com suas necessidades, tendo em vista que os sentimentos não são tão fáceis de identificar e interpretar (E-I).

Cabe aos profissionais de saúde fornecer orientações das práticas essenciais de autocuidado, especialmente, devido há alguns pacientes não demonstrarem o aparecimento dos sintomas específicos, desta forma os mesmos muitas das vezes se descuidam e acabam tendo uma piora no seu quadro de saúde. Uma vez que as doenças cardiovasculares representarem um perigo e risco para uma instabilidade, para quem já apresentou alterações cardiovasculares e a noção da possibilidade de retorno das complicações cardíacas nem sempre é suficiente para motivar a adoção de



Artigo

comportamentos saudáveis, desta forma o profissional deve incentivar esses paciente a se cuidarem para que tenham uma boa qualidade de vida (LIMA; ARAÚJO, 2007).

As estratégias educativas caracterizam-se por processos de ensino em que o profissional em saúde objetiva que os participantes apreendam o autocuidado e se tornem multiplicadores de seu conhecimento na comunidade em que residem. Esse conceito, assumido no presente estudo, foi associado à abordagem participativa, a qual constitui um processo em que a construção do conhecimento depende da participação de todos os envolvidos, ou seja, tanto os profissionais da saúde quanto os usuários, contribuindo para a efetivação de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a participação social (FERRETI et al., 2014).

Educação em saúde

Essas práticas de educação em saúde são pertinentes, uma vez que, revelam-se como ferramentas facilitadoras ao exercício de reflexão e consciência crítica dos usuários sobre as causas de seus problemas de saúde (E- III)

Assim, possibilita-se enfatizar o desencadeamento de um processo pautado no diálogo, de modo que se elaborem estratégias de cuidado valorativas à experiência e contexto de cada indivíduo, e ocorra a inserção desse sujeito como co-participe em seu plano de cuidados. Nessa perspectiva, educar em saúde é parte integrante do cuidar em enfermagem que envolve múltiplas dimensões de natureza empírica, ética, estética e pessoal, pois, não é uma atividade ou ação isolada. Por isso, o cuidar/assistir humano permite compreender, estar com o usuário de modo a ajudá-lo e educá-lo, facilitando o alcance de certos objetivos.

Diante deste contexto, as DCV têm se destacado no âmbito da saúde pública, sendo propostos alguns programas de reabilitação cardiovascular e estratégias de promoção da saúde para a redução e/ou remoção de seus fatores de risco; assim como a possibilidade de minimizar a morbimortalidade, desta forma os paciente e usuários do sistema de saúde, são educados para a reabilitação, e os custos são diminuídos, pois com isto as cirurgias e os tratamentos com medicamentos ficam sendo quase que inutilizados, ressaltando que a educação em saúde pode ser umas das mais adequadas estratégias se tratando de doenças cardiovasculares (MAGALHÃES et al., 2014).

A educação em saúde é um recurso de grande impacto a ser usado pelos profissionais da saúde, pois possibilita o alcance do conhecimento científico ao



Artigo

cotidiano dos usuários, oferecendo subsídios para adoção de novos hábitos de vida. Os profissionais agem interagindo com os usuários para que os mesmos possam ter a consciência de adotar praticas de vida saudáveis para que os riscos traídos pela patologia sejam diminuídos, e os mesmos tenham a possibilidade de terem uma vida melhor. Entretanto para isto tal profissional deve ser habilitado e detentor de conhecimentos os quais se fazem necessários para prestação de uma assistência adequada (SASSI et al., 2015).

A educação em saúde vem sendo bastante abordada nas pesquisas em saúde por representar um recurso valioso para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Juntos os profissionais da área da saúde são responsáveis por proporcionar esta pratica para com os seus clientes.

A responsabilidade da educação em saúde é de toda a equipe atuante, seja qual for a esfera de saúde, seja qual a for a complexidade do serviço, sabemos que nem toda a equipe esta preparada para por em pratica esta estratégia por isso o profissional enfermeiro se torna um agente importante, e deve esta preparada para interagir ressaltando que a importância para prevenção de doenças cardiovasculares por ser a mudança do estilo de vida a principal estratégia de controle dessas doenças (ABREU et al., 2014).

Diagnósticos de enfermagem

Por outro lado Pereira et al. (2011), refere que a enfermagem atua associando os fatores predisponentes e evidentes a um diagnóstico de enfermagem, que torna-se útil para determinar clareza e assertividade na conduta de cuidados pela enfermeira e equipe, bem como auxilia a enfermeira na comunicação aos demais membros de equipe sobre a sua atuação multi e interdisciplinar. Além disso, a previsão dos diagnósticos de enfermagem contribui para a construção de futuros protocolos de cuidados à população (E- II).

O Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. Na literatura, costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática da Enfermagem. Os elementos inerentes à



Artigo

prática profissional são diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem juntos favoreceram o desenvolvimento, em curso, de sistemas de classificação de conceitos que fazem parte da linguagem profissional da área, facilitando o cuidado da enfermagem e com eficácia (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Nos últimos anos, a Enfermagem vem aprimorando seus conhecimentos e propondo melhoras na sua prática assistencial, desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho, baseada no método científico denominado Processo de Enfermagem (PE). Traçando o perfil do seu cliente investigando de fato suas queixas e desconforto o enfermeiro é capaz de traçar um plano de cuidado para estes pacientes e assim minimizar os agravos (BARROS et al., 2015).

O diagnóstico de enfermagem é domínio da Enfermagem, ou seja, trata-se de uma atividade que os enfermeiros têm qualificação legal para tratar e responsabilizar-se. Compete ao Enfermeiro a responsabilidade de diagnosticar as respostas humanas relacionadas à saúde ou às atividades cotidianas. A partir do conhecimento dos problemas, o enfermeiro poderá prever as complicações e agir na sua prevenção ou no seu controle, se não for possível evitá-las (BARROS et al., 2015).

Cuidado de forma preventiva

Novas e diferentes abordagens que surgem relativas à promoção a saúde na enfermagem trazem novas perspectivas que reafirmam sua importância em nossa profissão, principalmente com uma visão de estratégia para realização do cuidado de forma preventiva e de maior abrangência. Com base nessa visão é que necessitamos postular um cuidado de enfermagem cardiovascular com abordagem mais ampla, e propor uma metodologia do cuidar baseada na imagem dos seres humanos como únicos, livres para suas escolhas, porém conscientes da existência de seus problemas e suas consequentes complicações (STIPP, 2012) (E- IV).

O profissional de vê orientar os pacientes de forma que os mesmos venham perceber que a autopercepção do problema de saúde, pode sinalizar a maneira como a vida da pessoa é influenciada pelo problema experimentado e, ainda, suas concepções de vida saudável. As doenças cardiovasculares é vista para a enfermagem como um serio agravos a saúde que pode ser combatida com a prevenção. No cotidiano da assistência, pode-se, também, constatar necessidades em saúde, o nível de adesão às práticas preventivas de promoção ou de tratamento, a presença de doenças e o risco de



Artigo

mortalidade, o que poderá determinar as práticas a serem implementadas no acompanhamento do estado de saúde e qualificar o gerenciamento do cuidado (ARRUDA et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa atingiu o objetivo de identificar as produções científicas brasileiras que evidenciam que evidencia a assistência de enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares.

A presente revisão nos leva a constatar que a literatura sobre o tema não é extensa. A leitura crítica dos artigos científicos revela que grande parte deles analisa, fundamentalmente, os cuidados de enfermagem do ponto de vista teórico, com poucas informações a respeito do que se pode ou do que se deve fazer no cuidado de enfermagem ao paciente portador de doenças cardiovasculares.

Nota-se que a enfermagem é um agente primordial na prestação da assistência aos pacientes portadores de qualquer patologia que seja, o mesmo é o profissional que passa mais tempo ao lado do cliente elando pela sua integridade e garantindo a eficácia do tratamento proposto.

Foram elencados 4 artigos publicados entre os anos de 2010 a 2014, publicados na BVS, os quais mostraram o quanto os cuidados de enfermagem pode contribuir para o tratamento dos pacientes que sofrem com alguma das doenças. Sabendo que Tal questão ocorre porque apesar do avanço na área cardiovascular por meio do incremento de conhecimentos, desenvolvimento de recursos diagnósticos e terapêuticos, o quadro epidemiológico das DCV ainda é crescente. Diversos são os fatores de risco relacionados, como: obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, alcoolismo, tabagismo, dentre outros, a enfermagem tende a desenvolver estratégias que favoreçam na boa qualidade de vidas destas pessoas

No conjunto das publicações, observa-se que eles não revelam como deve ser assistência de enfermagem de fato que neles são explicitados a forma de como esses cuidados são voltados. O papel da enfermagem no cuidado desses pacientes é de suma importância para que os mesmos possam ser amenizados em relação aos agravos que são gerados em torno a sua saúde.



Artigo

Desta forma novas pesquisas são necessárias para que se possa avaliar de fato como a enfermagem vem atuando neste âmbito, uma vez que esta técnica de pesquisa é uma ferramenta importante esta categoria profissional.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M. de melo. **Fisiologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008.
- ARRUDA, G. O. et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 61-68, 2015.
- ABREU, R. N. D. C. et al. Educação em saúde para prevenção das doenças cardiovasculares: experiência com usuários de substâncias psicoativas. **Espaço para a Saúde**, v. 15, n. 3, p. 13-21, 2014.
- ASSIS, L. S. et al. A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 265-270, 2009.
- BASS Linda S. et al. **Interpretação do ECG; traduzido por Marcos Antônio Valejo; revisão técnica Lélies Borges do Couto** ?Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BARROS, I.B.L. et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BARROS, L. M. et al. Identificação dos diagnósticos de enfermagem da classe de respostas cardiovasculares/pulmonares em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Aquichan**, v. 15, n. 2, 2015.
- BERARDINELLI, L. M. M. et al. Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 4, p. 541-546, 2011.



Artigo

CALIL, A M.; PARANHOS, W.Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência?** São Paulo: Atheneu, 2007.

CAVALARI, E. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 67-72, 2012.

CONCEIÇÃO, R. M. T et al. Avaliação do Enfermeiro na realização da técnica de Eletrocardiograma. Disponível em:
http://gerenciame1.dominiotemporario.com/doc/Avaliacao_do_Enfermeiro_na_realizacao_da_tecnica_de_Eletrocardiograma.pdf.

DRAKE, Richard. **Gray Anatomia para estudantes**. Elsevier Brasil, 2011.

FERREIRA, A. I. S.; FERREIRA, G.. Prevalência de mortalidade por doenças cardiovasculares em uma cidade do sul de Minas Gerais nos anos de 1999 a 2008. **Revista Ciências em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 57-66, 2012.

FERRETTI, F. et al. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. **Rev. salud pública**, v. 16, n. 6, p. 720-732, 2014.

FOX, S. I.. **Fisiologia humana**. 7ed. Barueri. SP. Manole, 2007.

GARCIA, T. R; NÓBREGA, M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193, mar. 2009.

KUBO K M.; COLOMBO, R.C.R. ; GALLANI, M.C.B.J. ; Noronha R. Subsídios para a ? Assistência de Enfermagem a Pacientes com Valvopatia Mitral. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.9, n.3; 2001.



Artigo

- LEMOS V M. Atuação dos Enfermeiros em Unidades Hospitalares Frente à Interpretação do Traçado Eletrocardiográfico. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental** Online 2010.
- LEMOS V. M, TOMAZ D. C. M. F, BORGES R. C. C. Atuação dos enfermeiros em unidades hospitalares frente à interpretação do traçado Eletrocardiográfico. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental** Online 2010. jan/mar. 2(1):480-488.
- LIMA, M. G. R. et al. Ações educativas na práxis do cuidado em doenças cardiovasculares: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 449-455, 2012.
- LIMA, F. E. T.; ARAÚJO, T. L.. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 223, 2007.
- MAGALHÃES, F. J. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 394-400, 2014.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758, 2008.
- MANSUR, A. P.; FAVARATO, D.. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arq. bras. cardiol**, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.
- MUNIZ, L. C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev saúde pública**, v. 46, n. 3, p. 534-42, 2012.
- NETTINA, S M. **Prática de Enfermagem, sétima edição ?** Rio de janeiro: Guanabara koogan, 2003.



Artigo

NAKAMURA, E.K. et al. **Histórico de enfermagem baseado no diagnóstico de enfermagem NANDA para UTI geral do Hospital Universitário. Cajuru [monografia]**. Curitiba: Centro Universitário Campos Andrade; 2007.

PORTO, C.S. **Semiologia Médica**. In: ROSSI, S. et al. Sistema Cardiovascular. 4.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001.

PESARO, A.E.P. et al. Acute myocardial infarction: acute coronary syndrome with S segment elevation. **RevAssoc Med. Bras** São Paulo, v. 50, n. 2, 2004.

PEREIRA, J. M. V.o et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 737-745, 2011.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R.. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

SASSI, M. M. et al. Quantificação de risco para doenças cardiovasculares em usuários de uma Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 204-212, 2015.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. **Tratado De Enfermagem Médico Cirúrgica/Suzane**. Rio de Janeiro, 2005.

SOUZA, L. P.; LIMA, M. G. Atuação do enf. na real. einterpr. do eletrocardiograma (ECG) em unid. de terap. Intens.(UTI) **Revista UNINGÁ**, Maringá – PR, n.37, p. 173-194 jul./set. 2013.

STIPP, M. A.C.. A gerência do cuidado na enfermagem cardiovascular. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 7, 2012.

VALEJO, M.A. et al. **Interpretação do ECG**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,



Artigo

2005.

VIANNA, C. A.; GONZÁLEZ, D. A.; MATIJASEVICH, A.. Utilização de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1122-1132, 2012.

VIEIRA, J. et al. **Manual Básico de Eletrocardiograma** – Enfermagem – UFU. 2009.



Artigo

ATENDIMENTO A VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA EMERGÊNCIA: A ENFERMAGEM E O CUIDADO

ATTENDANCE TO VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE IN EMERGENCY: NURSING AND CARE

Irene Alves da Silva¹
Emmanuella Costa de Azevedo Melo²

RESUMO - A violência contra a mulher é definida como qualquer ato ou comportamento baseado no gênero, que provoque morte, lesão ou dor física, sexual ou psicológica à mulher, pode atingir pessoas de qualquer idade ou classe social. Os cuidados realizados pela equipe de enfermagem no setor de emergência se definem em ações de um conhecimento técnico direcionados ao tratamento das lesões sofridas. O objetivo do estudo foi analisar a enfermagem e os cuidados ao atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica no setor de emergência. Trata-se de uma revisão integrativa a qual foi desenvolvida na biblioteca virtual em saúde, com cruzamento dos descritores: violência doméstica, mulher, Atendimento, emergência que foram separados entre si pelo operado Booleano “AND”. Os critérios para a seleção da amostra foram: texto completo, publicados em português diretamente ligado à temática, publicados no período de 2008 a 2018. Com o cruzamento dos descritores da referida base de dados obtivemos um número inicial de 53 publicações, as quais foram filtradas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Esse número reduziu-se para 17 artigos os quais foram analisados de modo que apenas 09 serviram para compor a amostra deste estudo. As pesquisas utilizadas nesse estudo contataram falhas na assistência devido a alguns profissionais argumentarem que a emergência não seria o lugar ideal para o atendimento a mulheres violentadas, e o preenchimento incorreto das fichas de notificações. Desta forma o presente estudo revela a necessidade da equipe de

¹ Enfermeira.

² Enfermeira, Especialista Em Saúde da Família com Ênfase Na Implantação das Linhas De Cuidado - UFPB.



Artigo

enfermagem ter um olhar diferente quando se tratar de um caso de violência doméstica tanto na qualidade da sua assistência quanto na sua contribuição para o sistema de informações realizando o preenchimento correto das fichas de notificações.

Palavras-chave: Violência doméstica, Mulher, Atendimento, Emergência.

ABSTRACT - Violence against women is defined as any act or behavior based on gender, which causes death, injury or physical, sexual or psychological pain to the woman, can reach people of any age or social class. The care provided by the nursing team in the emergency sector is defined in actions of a technical knowledge directed to the treatment of the injuries suffered. The objective of the study was to analyze nursing and care of women victims of domestic violence in the emergency sector. It is an integrative review that was developed in the virtual health library, with cross-descriptors: domestic violence, woman, Attendance, emergency that were separated from each other by the "Boolean" operand "AND". The criteria for selecting the sample were: full text, published in Portuguese directly linked to the topic, published in the period from 2008 to 2018. With the cross-referencing of the database, we obtained an initial number of 53 publications, which were filtered according to the inclusion and exclusion criteria of the study. This number was reduced to 17 articles which were analyzed so that only 09 served to compose the sample of this study. The researches used in this study contacted service failures because some professionals argued that the emergency would not be the ideal place to attend to raped women, and incorrect completion of notification forms. In this way the present study reveals the need of the nursing team to have a different look when dealing with a case of domestic violence both in the quality of its assistance and in its contribution to the information system by performing the correct completion of the notification forms.

Keywords: Domestic violence, Woman, Attendance, Emergency.



Artigo

INTRODUÇÃO

No início desse século, a violência, de modo geral, tem sido compreendida como um “fenômeno político-social”, historicamente reconhecida e de pouca exploração no que se referem às intervenções pelas diferentes sociedades. Resulta de conflitos que envolvem autoridades, lutas de poder, o desejo de domínio, de posse e de destruição do outro e daquilo que lhe pertence (SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2011). O tema “Violência contra a Mulher” foi destaque como tema de Redação do ENEM no ano de 2015, o que revela a sua relevância e gravidade na sociedade atual.

A violência contra a mulher, também chamada de *violência de gênero*, é definida como qualquer ato ou comportamento baseado no gênero, que provoque morte, lesão ou dor física, sexual ou psicológica à mulher, pode atingir pessoas de qualquer idade ou classe social. Significa que tanto vítimas como agressores podem surgir em qualquer espaço ou ambiente social. No entanto, estudos mostram que esse problema acontece mais entre as populações que são originadas de classes mais pobres, haja vista que essas pessoas vivem em condições de sobrevivência muito precárias (PINHEIRO; BARBOSA 2016).

No caso da *violência doméstica*, esta é considerada mais ampla, porque envolve pessoas que vivem sob o mesmo teto, sem que obrigatoriamente tenham, entre si, algum parentesco. De acordo com Madalozzo (2016) a violência doméstica é uma das formas mais comuns de violação dos direitos humanos que são mais cometidas e menos reconhecidas do mundo. Portanto, a violência doméstica contra a mulher é um problema reconhecidamente mundial.

Embora a violência doméstica contra a mulher seja considerada um problema mundial, esse ainda é um assunto de difícil abordagem e enfrentamento, tanto pelas próprias vítimas, quanto pelos profissionais das diversas áreas que oferecem atendimento a essas mulheres. Muitas mulheres ainda deixam de prestar queixa contra o agressor por não reconhecerem a situação vivida como violência, e isso podem ocorrer devido ao fato de que muitas das mulheres agredidas se sentem envergonhadas e culpadas pela agressão sofrida, o que provoca um grande constrangimento e que, muitas vezes, pode impedir as vítimas de procurarem ajuda e efetuarem a denúncia contra o seu agressor (ZANCAN; WASSERMANN; LIMA, 2013).

A ocorrência da violência doméstica não discrimina nível de escolaridade ou camada social de agressores ou vítimas. Pode ocorrer com frequência, considerando que



Artigo

a mesma se projeta no espaço das relações familiares, envolvendo atos repetidos de agressão verbal e física, que se agravam, evoluindo para humilhações, agressões físicas e sexuais, desqualificações e ameaças, o que pode ocasionar danos físicos e psicológicos, já que a primeira envolve atos de agressão corporal a vítima, enquanto a segunda forma de agressão decorre de palavras, gestos, olhares a ela dirigidos, sem necessariamente ocorrer o contato físico. Considerando suas características, a violência psicológica geralmente evolui para a violência física (GARCIA et al., 2013).

Muitas mulheres são submetidas a situações de violência pelos seus parceiros conjugais por um período prolongado. A violência sexual, também presente no cotidiano das mulheres, é caracterizada como um ataque no qual o agressor, sem o consentimento da mulher, obriga-a a manter relações sexuais seja usando a força física ou ameaças. As situações podem envolver estupro, assédio sexual, coerção a pornografia, entre outras formas (COLOSSI; MARASCA; FALCKE, 2015).

A prestação dos serviços de saúde na emergência tem uma grande visibilidade quando se trata de atendimentos a vítimas de violência doméstica, sendo a porta de entrada para a maioria das mulheres violentadas, devida o mesmo dispor de uma estrutura de grande porte no atendimento, sendo um importante indicador de violência ocorrido na cidade, pois é um lugar de referência em casos de traumas e grandes lesões (DESLANDES, 1999).

Os cuidados realizados pela equipe de enfermagem no setor de emergência se definem em ações de um conhecimento técnico direcionados ao tratamento das lesões sofridas por esta vítima de violência doméstica, no caso da sexual este atendimento é voltado para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e prevenção de uma gravidez indesejada, muitas das vezes a assistência de enfermagem se resume a realização da prescrição médica para realização da administração de medicamentos (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

A Paraíba ocupa o 2.º lugar no *ranking* de crescimento de homicídios contra mulheres no Brasil. A cidade de João Pessoa é considerada a terceira capital brasileira com maior taxa de homicídios de mulheres, com 10,5 para cada 100 mil habitantes (G1. PB, 2015).

A escolha pela temática se justifica a observar mulheres que sofrem violência doméstica e procuram os serviços de emergência e muitas das vezes não denunciam o seu agressor.



Artigo

Desta forma surge o interesse de saber qual é o atendimento de enfermagem a vítimas de violência doméstica na emergência? Procurando respostas a esta questão, o presente estudo tem por objetivo analisar os cuidados de enfermagem no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica no setor de emergência. A expectativa de seu desenvolvimento é que este estudo contribuirá em nível de conhecimento para acadêmicos de enfermagem e profissionais interessados pela temática.

REVISÃO DE LITERATURA

Violência contra a mulher

A Violência é definida de acordo com o a Organização Mundial da Saúde (OMS) como “[...] o uso da força física, do poder real ou ameaça, praticado contra si ou contra outra pessoa, ou ainda, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Também é entendida “[...] como uma violação dos direitos do ser humano, uma vez que é um meio aplicado para coagir ou submeter outra pessoa ao domínio sem seu consentimento” (PAIVA et al., 2014).

A autora afirma que a violência faz parte do dia a dia das pessoas, no Brasil e no mundo. Trata-se de um problema de grande gravidade, que é visto pela sociedade como algo comum e natural. É, portanto, considerado como um fenômeno que não é recente, mas que sempre foi mantido em silêncio e só a partir da década de 80, passou a ser pesquisada no Brasil. Ritt, Cagliari e Costa, (2009), as pesquisas podem contribuir para denunciar o conflito que esse drama provoca na população, por isso é compreendida como uma questão de saúde.

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça, há vários tipos de violência: Violência contra a mulher; Violência de gênero; Violência doméstica; Violência Familiar; Violência física; Violência Institucional; Violência moral; Violência patrimonial; Violência psicológica e Violência sexual (CNJ, 2006).

A violência contra a mulher, também chamada de *violência de gênero*, é definida como qualquer ato ou comportamento baseado no gênero, que provoque morte, lesão ou dor física, sexual ou psicológica à mulher, pode atingir pessoas de qualquer idade ou classe social. Significa que tanto vítimas como agressores podem surgir em



Artigo

qualquer espaço ou ambiente social. No entanto, estudos mostram que esse problema acontece mais entre as populações que são originadas de classes mais pobres, haja vista que essas pessoas vivem em condições de sobrevivência muito precárias (SANTOS et al., 2014).

No caso da *violência doméstica*, esta é considerada mais ampla, porque envolve pessoas que vivem sob o mesmo teto, sem que obrigatoriamente tenham, entre si, algum parentesco. De acordo com Madalozzo (2016) a violência doméstica é uma das formas mais comuns de violação dos direitos humanos que são mais cometidas e menos reconhecidas do mundo. Portanto, a violência doméstica contra a mulher é um problema reconhecidamente mundial.

Durante muito tempo, a violência contra a mulher foi aceita pela sociedade. Isso provocou o que as autoras chamaram de “uma impregnação das identidades culturais” de homens e mulheres, no que diz respeito à violência, elevando a tolerância para determinadas demonstrações de agressividade. E essa impregnação foi tão profunda que mesmo com o passar dos tempos e até os dias atuais, mesmo quando existem leis que desaprovam esses tipos de violência, como a Lei Maria da Penha, por exemplo, as mulheres agredidas ainda demonstram muita dificuldade em perceber e reconhecer o que caracteriza uma violência contra si (SANTOS et al., 2014).

Embora a violência doméstica contra a mulher seja considerada um problema mundial, esse ainda é um assunto de difícil abordagem e enfrentamento, tanto pelas próprias vítimas, quanto pelos profissionais das diversas áreas que oferecem atendimento a essas mulheres. Muitas mulheres ainda deixam de prestar queixa contra o agressor por não reconhecerem a situação vivida como violência, e isso podem ocorrer devido ao fato de que muitas das mulheres agredidas se sentem envergonhadas e culpadas pela agressão sofrida, o que provoca um grande constrangimento e que, muitas vezes, pode impedir as vítimas de procurarem ajuda e efetuarem a denúncia contra o seu agressor (ZANCAN; WASSERMANN; LIMA, 2013).

De acordo com o Jornal *Folha de São Paulo* (2013) das mulheres que relatam viverem em situação de violência, 77% sofrem agressões uma vez por semana ou todos os dias. A Organização das Nações Unidas (ONU) informou que mais de um terço das mulheres de todo o mundo é vítima de algum tipo de violência. A cada cem mil mulheres 4,4 são assassinadas, número esse que coloca o Brasil no 7.º lugar no *ranking* dos países nesse tipo de crime.



Artigo

Muitas mulheres são submetidas a situações de violência pelos seus parceiros conjugais por um período prolongado. A violência sexual, também presente no cotidiano das mulheres, é caracterizada como um ataque no qual o agressor, sem o consentimento da mulher, obriga-a a manter relações sexuais seja usando a força física ou ameaças. As situações podem envolver estupro, assédio sexual, coerção a pornografia, entre outras formas (HERCULANO; SQUIZATTO; ROMERA, 2015).

A violência sexual ocasiona às mulheres sentimentos de submissão e dependência, além de torná-las profundamente humilhadas por serem usadas como objeto sexual do parceiro. O drama de violência doméstica é uma situação grave e que não deve ser banalizada nem muito menos percebida como um acontecimento natural, devendo ser tratada como uma questão de saúde pública, porque provoca sofrimento e pode causar o adoecimento da vítima (SILVA, 2016).

Assistência de enfermagem a vítimas de violência doméstica

Geralmente os profissionais de enfermagem têm muita dificuldade em lidar com mulheres vítimas de violência doméstica. Esse tipo de atendimento exige que profissionais de saúde e principalmente o profissional da enfermagem estejam capacitados para receber as mulheres agredidas, enfrentar o problema e cuidar com responsabilidade, fazendo os encaminhamentos necessários de acordo com a necessidade de cada paciente atendida nessa situação (SANTOS et al., 2014).

A equipe deve estar atenta às mulheres que buscam o atendimento com manifestações clínicas de violência, observando que algumas lesões físicas provavelmente são resultantes de agressões causadas pelo uso de algum tipo de arma, pela aplicação de socos e pontapés, tentativas de estrangulamentos ou queimaduras e, nos casos mais graves, quando apresentam fraturas de ossos da face, costelas, mãos, braços ou pernas (ANDRADE et al., 2012).

A situação na qual é encontrada uma mulher vítima de violência requer atenção e cuidados especiais. Além da denúncia e punição ao agressor, é fundamental que as mulheres agredidas recebam a proteção e o acolhimento necessário para cada caso (SANTOS et al., 2014).



Artigo

METODOLOGIA

Trata-se da revisão integrativa, que é um dos métodos de pesquisa que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método busca de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre certo tema ou questão, de modo sistemático, colaborando para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é retratada na literatura como método de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para composição desse estudo foram utilizadas as seis etapas da revisão integrativa que são: Elaboração da pergunta norteadora, pesquisa e amostragem na literatura, coleta de dados, avaliação crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados, e por fim a apresentação da revisão integrativa.

Para direcionar a presente revisão integrativa foi elaborada a seguinte questão norteadora: Qual a assistência de enfermagem no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica no setor de emergência?

Para compor o corpus da pesquisa, houve a busca por artigos no período de março e abril de 2018, com acesso a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), operacionalizado mediante busca eletrônica de artigos indexados na biblioteca virtual Scientific Electronic Library on-line (SCIELO); Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS); BDENF – Enfermagem. Para o levantamento da pesquisa, foram utilizados os descritores: violência doméstica, mulher, atendimento, emergência, através do operador booleano “AND”, com o objetivo de facilitar a busca aos manuscritos.

Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura, a população foi representada por publicações sobre a temática e a amostra foi constituída pelos os documentos eletrônicos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: textos disponíveis, artigos publicados nos anos de 2008 a 2018, idioma português e disponíveis na íntegra na biblioteca e bases de dados selecionadas e que estiverem relacionados ao tema proposto.

Foram excluídos artigos com resumos indisponíveis e artigos repetidos nas bases de dados. Neste presente estudo foram localizados 53 artigos. Dos quais 17 respondiam aos critérios da inclusão da pesquisa. Após a seleção e leitura criteriosa de cada um dos artigos, apenas 09 correspondeu a questão norteadora e atenderam aos critérios da pesquisa.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue o quadro abaixo com a identificação dos artigos selecionados para compor a amostra deste estudo.

Quadro 1 – Características dos estudos incluídos na amostra da revisão integrativa.

Nº DO ESTUDO	TITULO	PERIÓDICO	AUTOR	ANO	TIPO DO ESTUDO	BANCO DE DADOS
01	Violência contra a mulher: compreendendo a atuação interdisciplinar	Revista de Enfermagem UFPE online	GOMES, Maria Cíntia et al	2017	Qualitativo	BDENF
02	Caracterização das mulheres agredidas em uma zona urbana localizada em uma região de fronteira	Revista de Enfermagem da UFSM	POLL, Márcia Adriana et al	2013	Quantitativa	BDENF
03	Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal, Rio Grande do Norte	Tese de Doutorado	LIMA, Stenia Lins Leão	2013	Qualitativa	LILACS
04	Vigilância da violência contra a mulher em um município do	Tese de Doutorado	OLIVEIRA, Paula Sergipense	2013	Qualitativa	LILACS



Artigo

	estado do Rio de Janeiro					
05	Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendidos em um hospital ensino	Revista de Enfermagem da UFSM	BELENTA NI, Lorena et al	2012	Descritivo-exploratório	LILACS
06	Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência	Saúde e Sociedade	AYRES, Lilian Fernandes; AMORIM, Wellington Mendonça; SILVA, Leila Rangel	2011	Qualitativo	LILACS
07	O acolhimento do profissional da saúde no atendimento à mulher vítima de violência sexual	Journal of Nursing UFPE on line	AYRES, Lilian Fernandes; AMORIM, Wellington Mendonça; SILVA, Leila Rangel	2009	Descritivo	BDENF
08	Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação	Revista da Escola de Enfermagem da USP	OKABE, Irene et al	2009	Qualitativo	BDENF
09	Violência contra a mulher e a criança:	Revista Médica de Minas Gerais	PIRES, Ademar Moreira et	2008	Qualitativo	LILACS



Artigo

	condutas médicas paciente agredida sexualmente	à		al		
--	--	---	--	----	--	--

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Em relação ao ano de publicação, no ano 2017 houve apenas um artigo publicado, 2013 tiveram três artigos publicados, já em 2012, 2011 e 2008 apenas um artigo publicado, e em 2009 dois artigos, conforme mostra a **Tabela 1**.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos da amostra por ano de publicação.

Ano de publicação	2017	2013	2012	2011	2009	2008
Número de artigos	01	03	01	01	02	01

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Quadro 2- Distribuição dos artigos da amostra por periódicos

PERIÓDICOS	QTD ARTIGOS
Journal of Nursing UFPE on line	01
Revista da Escola de Enfermagem da USP	01
Revista de Enfermagem UFPE online	01
Revista de Enfermagem da UFSM	02
Revista Médica de Minas Gerais	01
Saúde e Sociedade	01
Tese de Doutorado	02

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Como visto as publicações sobre o conteúdo do ATENDIMENTO A VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA EMERGÊNCIA: A enfermagem e o cuidado, este conteúdo não vem sendo abordado em quantidade atualmente, a categorização dos nove artigos colhidos para a amostra seguem dispostos no quadro abaixo como principais alvos abordados pelos estudos.



Artigo

Categorias temáticas

Nesta seção, será sintetizada e discutida a produção científica sobre ATENDIMENTO A VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA EMERGÊNCIA: A enfermagem e o cuidado. Para facilitar essa apresentação, os estudos da amostra foram dispostos em duas categorias temáticas: (1) Falhas da assistência, (2) Sistema de notificação.

Falhas da assistência

O estudo 01 revela que os profissionais do sexo masculino perceberam certa resistência das vitimas ao serem atendidas por eles, sendo difícil conduzir a situação, já nos relatos das profissionais femininas se referiram se sensibilizar com a vivência da vitima e isso poderia interferir na qualidade do seu atendimento refletindo negativamente na sua assistência. A alta demanda nos serviços de urgência também é um fator que prejudica os cuidados necessários que a situação exige, sendo visto muitas vezes como um serviço que oferece tratamento só as lesões físicas e na verdade as que doem mais são as lesões psicológicas.

Segundo o estudo 02 os profissionais perdem muitas vezes oportunidades de interceder de alguma forma no evento da violência sofrida por essa mulher, tudo isso é causado pela falta de investigação pela equipe que presta o atendimento a essa mulher. Tanto os profissionais quanto os serviços de saúde devem estar capacitados para identificar casos de violência, pois as primeiras condutas precisam ser tomadas conforme a situação que a vitima se encontra sendo uma assistência eficaz e acolhedora.

Já os entrevistados do estudo 03 relatam que não é seu principal papel cuidar dos casos de violência doméstica, desta forma os mesmo não reconhecem a importância de sua atenção a estas vitimas apesar de reconhecer o seu trabalho como um espaço importante para assistir pacientes. O atendimento emergencial é caracterizado por um serviço que exige uma atuação rápida e esta condição é incompatível com atenção que esta mulher violentada precisa, é necessária uma abordagem mais detalhada para que a mesma sintam-se segura para falar da situação sofrida.

De acordo com o estudo 06 os serviços de assistência hospitalares dão prioridade ao atendimento a vítimas de violência quando as mesmas têm marcas visíveis de lesões,



Artigo

constatando que a emergência não seria um lugar adequado para o cuidado com essas mulheres, e que deveria ter um lugar específico para atendê-las. Os entrevistados relatam que a situação de violência vivenciada por essas mulheres não seria necessariamente casos de emergência, a não ser que a lesão sofrida causasse risco de morte, e que elas deveriam ser encaminhadas a um serviço especializado.

O estudo 07 fala sobre a importância dos profissionais ao prestar assistência a mulheres com sinais e sintomas de agressões e ter atenção principalmente em casos insidiosos, é necessário sensibilizar sobre o atendimento e preenchimento das fichas de notificação, principalmente aos profissionais recém-formados para que os mesmos consigam detectar um caso de violência ao se deparar com uma mulher agredida.

O estudo 09 indica que a violência contra mulher geram impactos na sua saúde física e mental prejudicando o seu bem estar, é necessário que nos serviços de emergência ao atender uma vítima a equipe deve realizar o exame físico e escuta para anotações de dados importantes sobre a situação, independente de ser um serviço de emergência o profissional deve atentar para todos os tipos de lesões causados a esta pessoa embora depois a mesma seja encaminhada para um serviço especializado, porem naquele momento é necessário uma assistência completa.

Sistema de informação

O sistema de informação é uma arma importante para as notificações de casos de violência doméstica e a pesquisa revela que o mesmo não vem sendo preenchidas da forma correta demonstrando precariedade com lacunas para informações ignoradas, poucas notificações são capazes de esclarecer as informações descritas. Essas situações transformam a notificação fragilizada para investigação influenciando diretamente na construção do perfil da vítima.

O estudo 05 vem ressaltar a importância da notificação e que os procedimentos de preenchimento das fichas de notificação devem ser feitas da forma correta, pois as mesmas podem ajudar a prevenir violência doméstica. É necessária uma atenção dos profissionais para as anotações e que as informações sejam fidedignas e contribuam para o sistema de informação dos dados.

O estudo 08 revela que muitas vezes mulheres agredidas recebem atendimento e não são notificadas devido a alguns fatores dos serviços como alta demanda. O serviço de notificação a vítimas de violência já esta há muitos anos instalado aqui no Brasil



Artigo

regulamentado pela Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 e mesmo assim o serviço ainda hoje encontrasse com fragilidades no seu preenchimento. Através da notificação o Ministério da Saúde tem conhecimento das circunstâncias da violência, o perfil do agressor, e contribui para produção e desenvolvimento de políticas públicas e atuações governamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A parti das pesquisas foi possível analisar a enfermagem e os cuidados a vitimas de violência doméstica no setor de emergência, a assistência prestada a essas mulheres violentadas necessitam de cuidado especial mesmo à emergência sendo um ambiente de grande fluxo de atendimento, o tratamento não se trata só das lesões físicas, mas também das psicológicas.

A violência doméstica esta presente no dia a dia e na vida de algumas mulheres, muitas vezes as agressões verbal e sexual se tornam comum no seu cotidiano, a manifestação por parte das mesmas acontece à procura de um serviço de saúde quando há uma lesão física.

Mediante a revisão integrativa a pesquisa constata as dificuldades de alguns profissionais prestarem os cuidados necessários a essa mulher por achar que a emergência é o local correto para o atendimento, desta forma ocorre à abertura de brechas para acontecer às falhas na sua assistência. Outro problema encontrado é o preenchimento do sistema de informação que ocorre através das notificações, estas não estavam sendo devidamente preenchidas e assim prejudicando a descoberta do perfil da vitima.

Desta forma o presente estudo revela a necessidade do profissional de enfermagem ter um olhar diferente quando se trata de um caso de violência doméstica tanto na qualidade da sua assistência quanto na sua contribuição para o sistema de informações realizando o preenchimento correto das fichas de notificações.



Artigo

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 21-30, 2012. Disponível em: < http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000100003&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acessado em: 20 de out. de 2018.

AYRES, Lílían Fernandes; AMORIM, Wellington Mendonça; SILVA, Leila Rangel. O acolhimento do profissional da saúde no atendimento à mulher vítima de violência sexual. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 3, n. 4, p. 962-971, 2009. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5590> >. Acessado em: 20 de out. de 2018.

BELENTANI, Lorena et al. Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendidos em um hospital ensino. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 10-19, 2012. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3944> >. Acessado em: 15 de nov. de 2018.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Formas de Violência**. 2006. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/programas-e-aco/es/lei-maria-da-penha/formas-de-violencia> > Acesso em: 20 de out. 2018.

COLOSSI, Patrícia Manozzo; MARASCA, Aline Riboli; FALCKE, Denise. De Geração em Geração: A Violência Conjugal e as Experiências na Família de Origem. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 493-502, 2015. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-53712015000400010&script=sci_abstract&tlng=es >. Acessado em: 20 de out. de 2018.

DESLANDES, Suely F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 81-94, 1999.



Artigo

Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000100007&script=sci_arttext&tlng=es>. Acessado em: 20 de out. de 2018.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Basta de violência contra a mulher**. Março, 2013. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/.../98291-basta-de-violencia-contr-a-mulher.sht...> Acesso em: 06 abr. 2016. Acessado em: 20 de out. de 2018.

G1PB. **Paraíba tem 2º maior crescimento de homicídio de mulheres, diz pesquisa**. 2015. Disponível em: < <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2015/11/paraiba-tem-2-maior-crescimento-de-homicidio-de-mulheres-diz-pesquisa.html>>. Acesso em: 20 de out. 2018.

GARCIA, Leila Posenato et al. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. **São Paulo: Ipea**, 2013. Disponível em: < https://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf>. Acessado em: 20 de out. de 2018.

GOMES, Maria Cíntia et al. Violência contra a mulher: compreendendo a atuação interdisciplinar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5245-5251. 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22782>>. Acessado em: 15 de nov. de 2018.

LIMA, Stenia Lins Leão. Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de Natal, Rio Grande do Norte. 2013. Tese de Doutorado. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24393/1/598.pdf>>. Acessado em: 15 de nov. de 2018.

MADALOZZO, Edna. **Violência contra a mulher**: questão de saúde pública. Enfermagem atualizada. Notícias da Enfermagem. Abril, 2016. Disponível em: < <http://www.enfermagematualizada.com/conteudo.php?id=209>> Acesso em: 20 de out. 2018.



Artigo

MENDES, Karina Dal Sasso et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em: 20 de out. 2018.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago da. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 155, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a18.pdf>>. Acessado em: 20 de out. de 2018.

OLIVEIRA, Paula Sergipense. Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: < <http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Vigil%C3%A2nciaViol%C3%A2ncia.pdf>>. Acessado em: 15 de nov. 2018.

OKABE, Irene et al. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 453-458, 2009. Disponível em: < <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3780>>. Acessado em: 15 de nov. de 2018.

PAIVA, Ana Cláudia Ribeiro et al. **Violência Doméstica e as Implicações na Saúde Física e Emocional de Mulheres: Inferências de Enfermagem**. XI Simpósio de excelência gestão e tecnologia. 2014. Disponível em: < <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/23020192.pdf>>. Acessado em: 20 de out. de 2018.

PINHEIRO, Juliana Correia; BARBOSA, Josefa Helk Ferreira. **Violência doméstica contra a mulher**: um desafio para Enfermeiro da rede básica de saúde. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I42045.E10.T6897.D6AP.pdf>>. Acesso em: 20 de out. 2018.



Artigo

PIRES, Ademar Moreira et al. Violência contra a mulher e a criança: condutas médicas à paciente agredida sexualmente. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 4 supl 3, p. 43-47, 2009. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-568868> >. Acessado em: 02 de nov de 2018.

POLL, Márcia Adriana et al. Caracterização das mulheres agredidas em uma zona urbana localizada em uma região de fronteira. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 658-667, 2013. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/11042> >. Acessado em: 02 de nov. de 2018.

RITT, Caroline Fockink; CAGLIARI, Cláudia Taís Siqueira; COSTA, Marli Marlene da. Violência Cometida Contra a Mulher Compreendida como Violência de Gênero. **Núcleo Indisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero/NIEM**, 2009. Disponível em: < http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/artigo_violencide%20genero >. Acessado em: 02 de nov. de 2018.

SANTOS, Joselito et al. Atuação da equipe de enfermagem em unidades de saúde da família no atendimento à mulher vítima de violência. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: < <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/298> >. Acessado em: 15 de nov. de 2018.

SALCEDO-BARRIENTOS, Dora et al. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **Avances en Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 353-362, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a14.pdf> >. Acessado em: 15 de nov. de 2018.

SILVA, Luana Rodrigues. O acesso à justiça no Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher no município de Campos dos Goytacazes. **Revista Ágora**, n. 22, p. 199-217, 2016. Disponível em: <



Artigo

<http://www.publicacoes.ufes.br/agora/article/view/13617> >. Acessado em: 15 de nov. de 2018.

VILLELA, Wilza Vieira et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 113-123, 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/sausoc/2011.v20n1/113-123/pt/> >. Acessado em: 15 de nov. de 2018.

ZANCAN, Natália; WASSERMANN, Virgínia; LIMA, Gabriela Quadros de. **A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas**. PENSANDO FAMÍLIAS, 2013. 17 (1) 63-76. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n1/v17n1a07.pdf> > Acesso em: 20 de out.



Artigo

HEMORRAGIA PÓS-PARTO IMEDIATO: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

IMMEDIATE POST-BREAST HAEMORRHAGE: NURSING TEAM ACT

Suerda Dias
Anna Karolina da Silva Pereira
Ana Lúcia de Medeiros Cabral

RESUMO: A hemorragia pós-parto é uma emergência obstétrica tida como uma das principais causas de morbimortalidade materna no mundo, sendo caracterizada pela perda de mais de 500 mL de sangue nas primeiras 24 horas após o parto vaginal e mais de 1000 mL após operação cesariana. Sendo a HPP um contribuinte significativo para a morbidade materna grave e incapacidade prolongada, o enfermeiro deve estar em alerta para sintomas de hemorragia e choque hipovolêmico e preparada para agir rapidamente. O presente estudo teve como objetivo geral identificar as atualizações ocorridas na literatura no tocante à hemorragia pós-parto, e objetivo específico esclarecer sobre o papel da equipe de enfermagem na assistência prestada a puérperas acometidas por hemorragia pós-parto imediata. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa, redigido com base nos dados colhidos em protocolos e periódicos que foram publicados no período de 2012 a 2018. Sabendo-se que a maioria das mortes associadas à hemorragia pós-parto poderiam ser evitadas, medidas de prevenção devem ser incorporadas na rotina de todos os profissionais que assistem pacientes em trabalho de parto. A assistência de enfermagem a puérpera é complexa, exigindo que o enfermeiro esteja atento aos aspectos biopsicossociais de cada puérpera e estar devidamente capacitado para intervir no sentido de prevenir as complicações que podem surgir durante uma situação de hemorragia pós-parto imediato. Conclui-se que, é importante, e necessário, que os gerentes e gestores forneçam capacitação e treinamentos contínuos para toda a equipe, visando oferecer uma assistência rápida e de melhor qualidade e, com isso, contribuir com a diminuição dos índices de mortalidade materna.

Palavras-chave: Puérpera; Mortalidade Materna; Trabalho de Parto; Assistência de Enfermagem.



HEMORRAGIA PÓS-PARTO IMEDIATO: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Artigo

ABSTRACT: Postpartum hemorrhage is an obstetrical emergency characterized as one of the main causes of maternal morbidity and mortality in the world, characterized by the loss of more than 500 mL of blood in the first 24 hours after vaginal delivery and more than 1000 mL after cesarean section. Since PPH is a significant contributor to severe maternal morbidity and prolonged disability, nurses should be alert to symptoms of bleeding and hypovolemic shock and prepared to act quickly. The objective of this study was to identify the literature updates regarding postpartum haemorrhage and to clarify the role of the nursing team in the care given to postpartum women with immediate postpartum haemorrhage. This was a qualitative bibliographic research based on data collected in protocols and periodicals that were published between 2012 and 2018. Knowing that the majority of deaths associated with postpartum haemorrhage could be avoided, prevention measures should be incorporated into the routine of all professionals who assist patients in labor. Nursing care for the puerpera is complex, requiring nurses to be attentive to the biopsychosocial aspects of each puerpera and to be properly trained to intervene in order to prevent complications that may arise during a situation of immediate postpartum haemorrhage. It is concluded that it is important, and necessary, that managers and managers provide training and continuous training for the whole team, aiming to offer a fast and better quality assistance and, with that, contribute to the reduction of maternal mortality rates.

Keywords: Puerper; Maternal Mortality; Labor of Delivery; Nursing Assistance.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um indicador das condições de vida e assistência em saúde de uma população, ela ainda evidencia as desigualdades de gênero, tanto no acesso à educação, à nutrição, como no acesso à saúde e seu caráter prevenível (OPAS, 2018a; OPAS, 2018b).

Em 2013, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2018), a taxa de brasileiras que morreram na gestação, no parto ou em decorrência de suas complicações foi equivalente a 69 a cada 100 mil nascimentos. Isso representa quase o dobro da meta assumida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que era de chegar a 2015 com, no máximo, 35 mortes a cada 100 mil nascimentos. Um número expressivo



HEMORRAGIA PÓS-PARTO IMEDIATO: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Artigo

dessas mortes poderia ser evitado por ações dos serviços de saúde, a partir de atenção adequada ao pré-natal, ao parto, ao abortamento.

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica tida como uma das principais causas de morbimortalidade materna no mundo, sendo caracterizada pela perda de mais de 500 mL de sangue nas primeiras 24 horas após o parto vaginal e mais de 1000 mL após operação cesariana. (FLASOG, 2018; KAHHALE, 2012; MARTINS, 2013; OMS, 2014). No Brasil, é a segunda causa de mortalidade materna, ficando atrás apenas dos distúrbios hipertensivos e sepse. (WHO, 2012b; OSANAN et al., 2018).

De acordo com a OPAS (2018b) e Say (2014) quando se analisam os casos de óbito materno por HPP, frequentemente, se encontram problemas (atrasos) relacionados ao acesso das pacientes ao sistema de saúde, ao manejo obstétrico da hemorragia e problemas organizacionais ou de estrutura da maternidade (ambiência) que atende tais pacientes. Todas essas situações contribuem com um atraso na abordagem adequada do sangramento puerperal.

A HPP pode se classificar como imediata – denominada Hemorragia Pós-parto Imediado (HPPI) - ou primária, quando inicia-se em 24 horas após o parto, e tardia ou secundária quando acontece após as 24 horas (FLASOG, 2018; MARTINS, 2014).

Segundo Martins (2014), associa-se a primeira, geralmente, à atonia uterina, que ocorre após o processo de dequitação nas primeiras horas do pós-parto e a segunda, entre 24 horas e seis semanas depois do nascimento do bebê tendo, como principais causas, produtos provenientes da concepção dos quais sua retirada completa não foi efetiva e/ou infecções. Associam-se, também, outros fatores, como a ruptura uterina, o traumatismo do trato genital (lacerações vaginais e cervicais) ou os distúrbios de coagulação materna (OPAS, 2018b; WHO, 2014).

A World Health Organization (2012a) afirma que a HPP é um contribuinte significativo para a morbidade materna grave e incapacidade prolongada bem como para várias outras condições maternas graves geralmente associadas à perda de sangue mais substancial, incluindo choque e disfunção orgânica. Logo, a enfermagem deve ser capaz de distinguir entre uma perda de sangue normal e uma hemorragia que coloca em risco a saúde ou a vida de uma mulher. Lowdermilk e Perry (2006) enfatizam que o enfermeiro deve estar em alerta para sintomas de hemorragia e choque hipovolêmico e preparada para agir rapidamente, para minimizar as perdas sanguíneas.



Artigo

A busca de qualidade da assistência deve ser um processo contínuo subsidiado pela competência técnico-científica e comprometimento do profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite que o enfermeiro se concentre no campo de conhecimento peculiar à enfermagem em busca do nível de qualidade compatível com as necessidades da parturiente (SANTOS; RAMOS, 2012).

Sabendo-se que a HPP é uma complicação grave e que traz riscos para a vida e saúde da mulher e que a assistência prestada pela equipe de enfermagem é essencial para a prevenção e tratamento da HPP, surgiu o seguinte questionamento: Qual o papel da equipe de enfermagem na assistência a parturiente na hemorragia pós-parto imediato? De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, resolução nº 564 de 2017, o profissional de Enfermagem deve atuar com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico filosófico. Portanto, acredita-se que este trabalho servirá como um referencial teórico e poderá contribuir para a prática assistencial prestada pela equipe de enfermagem.

Apesar dos avanços e melhorias nas condições de assistência a puérperas e parturientes no Brasil, a hemorragia pós-parto imediato ainda representa uma das principais causas de mortalidade materna em todo mundo. Sendo assim o presente estudo tem como objetivo geral identificar as atualizações ocorridas na literatura no tocante HPP e objetivo específico esclarecer sobre o papel da enfermagem na assistência prestada a puérperas acometidas por HPP imediata.

METODOLOGIA

Este artigo trata de uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa, redigido com base nos dados colhidos em protocolos e periódicos, adotando, como critério de inclusão, artigos que utilizavam como descritores: hemorragia pós-parto, mortalidade materna e assistência de enfermagem a puérpera, que foram publicados no período de 2012 a 2018. Foi feita uma avaliação do material bibliográfico, mediante a leitura, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo, visando ordenar e sistematizar as informações necessárias. A fim de entender o que a literatura traz sobre a HPP e suas atualizações e, sobre a atuação da enfermagem na assistência prestada a puérperas que apresentam quadro de HPP.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho de parto divide-se em quatro períodos distintos que variam de mulher para mulher, os mesmos estão descritos a seguir: 1º período, compreende duas fases, a fase latente, é a fase inicial que culmina com a dilatação do colo até aos 3 cm, e a fase ativa, iniciada quando o colo alcança 4 cm até atingir a dilatação completa; o 2º período (expulsivo) começa com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão total do feto; 3º período (dequitação da placenta) começa após a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta, dividido em três momentos: descolamento, descida e expulsão da placenta; e por fim, o 4º período (observação) que começa após a dequitação da placenta e considerado a 1ª hora após o parto (SMILTH, 2005).

O parto é um fenômeno natural, no entanto, os enfermeiros devem estar atentos as puérperas após o parto, tendo em conta que é um período em que as mesmas se encontram frágeis e necessitam de um cuidado dobrado nas primeiras horas porque durante este período pode acontecer algumas complicações como a HPP, entre outros relacionados com o trabalho de parto (ANDRADE, 2015).

Várias são as causas que podem contribuir para a HPP, sendo que as mais referidas pelos autores são as seguintes: atonia uterina - é a mais comum, sendo citada em todas as referências -, traumatismo do trato genital (isto é, lacerações vaginais e cervicais), retenção do tecido placentário (acretismo), inversão uterina, placenta anômala e alteração de coagulação (OSANAN et al., 2018; MARTINS, 2013).

Embora a maioria das mulheres que experimentam complicações da HPP não apresente fatores de risco clínicos ou históricos identificáveis, a grande multiparidade e a gestação múltipla estão associadas ao risco aumentado de hemorragia após o parto. A HPP pode ser agravada pela anemia preexistente e, nesses casos, a perda de um volume menor de sangue pode ainda resultar em sequelas clínicas adversas (OMS, 2014).

A World Health Organization (2012) reforça que a maioria das mortes resultantes da HPP ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto, denominada HPPI. Ela é causada especialmente pela atonia uterina (80%), retenção placentária, distúrbio de coagulação, inversão uterina, lacerações e hematomas no trajeto do canal do parto. Acontece em 4 a 6% de todas as gestações.

Segundo Andrade (2015) a hemorragia pós-parto imediato é um caso inesperado que coloca a equipa de saúde sobre stress lutando para a sobrevivência da puérpera, ele ainda destaca o conceito deixado pelo autor Rezende (2007) "a HPPI é todo



Artigo

sangramento excessivo que ocorre em qualquer momento a partir da dequitação, retirada da placenta, até a sexta semana ou fim do puerpério. São consideradas precoces quando ocorrem nas primeiras 24 horas, e tardias, após esse período até o fim do puerpério”.

É importante que seja feita a identificação dos fatores de risco anteparto e intraparto (Quadro 1)(GONÇALVES; OSANAN; DELFINO et al., 2016). Tal avaliação deve ser realizada através de uma anamnese bem detalhada, que inclua histórico de morbidades, uso de medicamentos e antecedentes gineco-obstétricos. Essa abordagem deve ser realizada durante todo o pré-natal e pelo menos durante a admissão da paciente e trabalho de parto (OPAS, 2018b).

Anteparto	Intraparto
História pregressa de HPP Distensão uterina (Gemelar, polidrâmnio, macrosomia) Distúrbios de coagulação Uso de anticoagulantes Placentação anormal (acreta, prévia) Grande múltipara (> 4 partos vaginais ou ≥ 3 partos cesarianas) (grande múltipara tem várias definições, uma comum é ≥ 5 partos) Pré-eclâmpsia Anemia prévia Primeiro filho após os 40 anos	Trabalho de parto prolongado Trabalho de parto taquitélico Laceração vaginal de 3º/4º graus Prolongamento de episiotomia Placentação anormal (acreta, prévia) Descolamento Prematuro de Placenta Parto induzido Corioamnionite Parada de progressão do polo cefálico Parto instrumentado (fórceps, vácuo)

Quadro 1 – Fatores de risco para HPP

Para a Organização Pan-Americana da Saúde a identificação de fatores de risco é uma ação importante na assistência obstétrica, que deve desencadear cuidado diferenciado para pacientes com riscos diferentes. Uma estratégia útil é promover a estratificação de risco da gestante no pré-natal e no momento da admissão. Portanto, a equipe de Enfermagem, em especial o enfermeiro, deve estar atenta as possíveis alterações e anormalidades para que seja realizada, se necessário, atendimento rápido e eficaz.

O fator de maior gravidade determina a classificação de risco da gestante. Assim define-se: 1. Gestante de baixo risco: aquelas pacientes com ausência de fatores de



Artigo

risco. A maioria dos casos de HPP ocorre neste grupo; 2. Gestante de médio risco: aquelas pacientes com apenas 1 fator de médio risco e nenhum de alto risco; 3. Gestante de alto risco: pacientes com ≥ 1 fatores de alto risco ou ainda aquelas com ≥ 2 fatores de médio risco (GONÇALVES; OSANAN; DELFINO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2016).

Tal classificação é importante para definir cuidados rotineiros para cada perfil de gestante\puérpera. Por exemplos gestantes de médio ou alto risco deverão ter amostra de sangue colhida para tipagem sanguínea, com hemograma e prova cruzada à admissão. Deve-se avaliar um acesso venoso. Sugere-se que todas tenham uma etiqueta de identificação de risco no prontuário para sinalizar para toda a equipe. No grupo de alto risco, a reserva de 2 bolsas de concentrado de hemácias (CH) já deverá ser feita à admissão e o banco de sangue deve estar ciente da possibilidade de hemotransfusão maciça. Deve-se lembrar que o sangramento habitual em um parto vaginal é de 400 a 500mL e, na cesariana, de 800 a 1000mL (GONÇALVES; OSANAN; DELFINO et al., 2016).

Todas as gestantes ou puérperas admitidas nos hospitais, com quadro de sangramento vaginal importante e/ou sinais de instabilidade hemodinâmica, devem ser imediatamente encaminhadas para o atendimento de emergência e consideradas como parte do grupo de Alto Risco para choque hipovolêmico. Essas pacientes devem ser monitorizadas rigorosamente com o intuito de controle do foco sangrante o mais rápido possível. Puérperas que apresentaram quadro de hemorragia puerperal devem ser mantidas em leitos que permitam observação rigorosa nas primeiras 24 horas após o parto, pelo risco de um novo sangramento e necessidade de abordagem precoce e agressiva (OPAS, 2018b).

Ainda segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, a estratificação de risco deve ser realizada de forma contínua, pois o cenário clínico de uma paciente pode se modificar ao longo do ciclo gravídico puerperal. Alerta, também, que todas as instituições e profissionais que manejam pacientes em trabalho de parto devem estar aptos a identificar e tratar um quadro de HPP, pois a maioria desses casos ocorrem em mulheres sem fatores de risco identificáveis.

Visto as causas e os factores de riscos para o desenvolvimento da HPPI fica mais fácil perceber que a assistência de enfermagem a puérpera é complexa, exigindo assim, que o enfermeiro esteja atento aos aspectos biopsicossociais de cada puérpera e estar devidamente capacitado para intervir no sentido de prevenir as complicações que podem surgir durante uma situação de HPPI (ANDRADE, 2015).



Artigo

Segundo a OMS (2014) é geralmente aceito que prevenindo e tratando, a maioria das mortes associadas à HPP poderia ser evitada. Para a OPAS medidas de prevenção da HPP devem ser incorporadas na rotina de todos os profissionais que assistem pacientes em trabalho de parto.

As principais estratégias propostas, atualmente, para se prevenir uma HPP é o manejo ativo do 3º estágio do trabalho de parto e massagem uterina periódica: a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas após o parto. O manejo ativo do 3º período do trabalho de parto reduz significativamente o risco de perdas sanguíneas no HPPI. Tal manejo consiste em profilaxia medicamentosa com ocitocina, clampeamento oportuno do cordão umbilical (entre 1 e 3 minutos) e a tração controlada do cordão umbilical associada a Manobra de Brandt-Andrews (GONÇALVES; OSANAN; DELFINO et al., 2016).

A ocitocina após o parto constitui a principal ação de prevenção da HPP - medicação de 1ª escolha -, podendo reduzir em mais de 50% os casos de HPP por atonia uterina (FLASOG, 2018; OPAS, 2018b).

Segundo Ribeiro et al (2017) existem situações especiais em que a ligadura precoce do cordão umbilical (<1 minuto) está indicada: infecção materna viral de transmissão hematogênica – HIV, hepatite B; recém-nascidos (RN) com suspeita de hipóxia ou de alto risco para policitemia – macrossômicos, restrição de crescimento intrauterino grave, regiões de alta altitude; recém-nascidos com suspeita de hipóxia.

A massagem uterina periódica deve ser iniciada imediatamente após a dequitação e repetida a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas em todas as puérperas. Deve-se massagear o fundo uterino através do abdome até que o útero esteja contraído e assegurar-se que o útero não se torne relaxado (amolecido) após terminar a massagem. Caso o útero se mantenha hipotônico, é necessário abrir o protocolo de HPP. Dentre outras medidas de prevenção, recomenda-se evitar a episiotomia de rotina e nunca realizar a manobra de Kristeller (GONÇALVES; OSANAN; DELFINO et al., 2016).

O controle precoce do sítio de sangramento é a medida mais eficaz no tratamento da hemorragia pós-parto (FLASOG, 2018; MARTINS, 2014; OMS, 2014; OPAS, 2018b). Sendo assim os enfermeiros e a equipa de saúde têm um papel crucial em assegurar a hemóstase nos pós-parto com o intuito de diminuir as perdas sanguíneas controlando assim a hemorragia (ANDRADE, 2015).

Sempre que visualmente houver suspeita de HPP, a abordagem terapêutica deve ser imediata e focada na causa da hemorragia. Não se devem esperar os sinais clássicos



Artigo

de instabilidade hemodinâmica para o início da abordagem, pois gestantes e puérperas apresentam sinais e sintomas clássicos de choque somente quando a perda da volemia é superior a 20%. A estimativa oportuna e correta do sangramento é uma das ações mais importantes para prevenção dos casos graves e de resultado indesejável (RIBEIRO et al, 2017).

Na prática diária, usualmente, observa-se que a maior parte dos profissionais utiliza a estimativa visual da perda volêmica e a monitorização dos dados vitais das pacientes (que refletem a repercussão hemodinâmica do sangramento moderado e grave). A literatura mostra, no entanto, que a estimativa visual normalmente subestima a quantidade de sangue perdida, mesmo quando realizada por profissionais experientes (GONÇALVES; OSANAN; DELFINO et al., 2016).

De acordo com estes autores, outras importantes formas de se avaliar a perda volêmica devem ser estimuladas, em especial a pesagem das compressas embebidas de sangue e o uso de bolsas coletoras do sangue perdido. Além disso, atualmente têm-se proposto o uso rotineiro do índice de choque, com o intuito de estimar a gravidade do choque e a necessidade de medidas tais como transferência, ressuscitações volêmicas agressivas e transfusões maciças.

Um dos problemas mais comuns nos casos de “near miss” ou morte materna por HPP é o atraso no seu manejo. O quesito tempo é uma variável importante nessas situações. Daí a adoção da Hora de Ouro em obstetrícia (FLASOG, 2018; GONÇALVES; OSANAN; DELFINO et al., 2016; OPAS 2018b).

O conceito de Hora de Ouro consiste na recomendação do controle do sítio de sangramento puerperal, sempre que possível, dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico; ou, pelo menos, estar em fase avançada do tratamento ao final desse período. Tal proposta visa reduzir a morbimortalidade relacionada ao choque hipovolêmico, uma vez que existe uma relação direta entre um desfecho desfavorável materno e o tempo decorrido para se controlar o foco sangrante. O controle precoce do sítio de sangramento é a medida mais eficaz no combate ao choque hipovolêmico. A terapêutica deve ser direcionada para a causa do sangramento (FLASOG, 2018; OPAS, 2018b).

O tratamento medicamentoso é essencial no manejo da atonia uterina, principal causa de HPP. Os esquemas terapêuticos dos uterotônicos são variados na literatura mundial e não existem estudos consistentes que demonstrem a superioridade de um sobre outro. Recentemente, o uso do ácido tranexâmico está sendo indicado assim que



Artigo

se diagnosticar a HPP. Nos casos de atonia, não se recomenda mais aguardar a falha de todos os uterotônicos para iniciar o ácido tranexâmico nas primeiras 3 horas de tratamento. (RIBEIRO et al, 2017; OPAS, 2018b).

O tratamento não medicamentoso consiste na massagem uterina bimanual, balão de tamponamento intrauterino e traje antichoque não-pneumático em obstetrícia. O tratamento cirúrgico estará indicado quando houver falha do manejo medicamentoso e das outras estratégias não cirúrgicas (tais como o balão de tamponamento intrauterino), ou ainda quando a única alternativa para se conter a hemorragia for a abordagem operatória (OPAS, 2018b; RIBEIRO et al, 2017).

As emergências obstétricas são eventos raros e como sempre inesperados, contudo é aí que entra o tudo ou nada para garantir a sobrevivência das puérperas, neste sentido que os profissionais de enfermagem devem manter a calma, estar consciente no que faz e como o faz, e o mais importante é ter capacidade de trabalhar em equipa o que faz toda a diferença numa equipe de trabalho (ANDRADE, 2015).

Ainda segundo Andrade (2015), a assistência de enfermagem numa situação de hemorragia pós-parto deverá ser rápida e eficaz, onde o profissional de enfermagem pode assegurar, de uma forma razoável, que a avaliação da eficácia dos cuidados deverá se basear nos resultados esperados no final dos cuidados prestados. Sendo isso possível através da SAE.

Vale ressaltar, contudo, que a “HPP é uma emergência obstétrica e não uma situação de desespero obstétrico”. Focar apenas no tempo de controle do sangramento sem se preocupar com a qualidade das ações pode ser motivo de insucesso. Assim, a execução das ações de controle do sangramento, de forma sequenciada, consciente, correta e sem perda de tempo, deve ser o objetivo do manejo da HPP (GONÇALVES; OSANAN; DELFINO et al., 2016).

De acordo com Waldow (1998), a assistência de enfermagem “é um ato de cuidar humanizado, pois quem cuida zela, preocupa-se, observa, analisa e cria. A enfermeira, na sua assistência, deve considerar a consciência pessoal e o pensamento sensíveis e mutáveis, o que se compara a uma corrente de pensamento, de experiência ou cogitações, corrente de vida pessoal consciente”.

Seguindo esta linha de pensamento, Marque, Dias e Azevedo (2006) afirmam que uma atenção humanizada consiste em um conjunto de ações, ou medidas, desenvolvidas pelo trabalhador de saúde que visam o melhor conforto e segurança para a mãe e o seu recém-nascido. Para Andrade (2015) “este tipo de cuidado ganha um importante



Artigo

significado, quando a assistência dada pelos enfermeiros centra-se especialmente numa puérpera com risco de desenvolver HPP mantendo focalizado na perspectiva de minimizar, assim, os riscos que podem colocar em causa a vida da puérpera”.

Deve-se lembrar que mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados (BRASIL, 2017).

Diante do exposto observou-se que para um tratamento da HPPI bem-sucedido é necessário um bom trabalho em equipe. Sabendo que as complicações obstétricas graves requerem a atenção de profissionais da área da saúde bem treinados, é importante, e necessário, que os gerentes e gestores forneçam capacitação e treinamentos contínuos para toda a equipe, visando oferecer uma assistência de melhor qualidade e, com isso, diminuição dos índices de mortalidade materna.

REFERÊNCIAS:

ANDRADE, M. S. **Assistência de Enfermagem na Hemorragia Pós Parto Imediato**. Universidade do Mindelo, 2015. 67 p. Trabalho De Conclusão De Curso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.

COFEN. Resolução cofen nº 564 de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.

FLASOG. **Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia donde vamos?** Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2018. p 129.



Artigo

- KAHHALE S, SOUZA E. Protocolos de obstetrícia: descrição, diagnóstico, tratamento.** 1ª ed. São Paulo: Estação W Comunicação, 2012.
- LOWDWRMILK, D. L.; PIERRY, S. E. Enfermagem na Maternidade,** 6º edição, 2006, p. 865.
- MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento.** Esc. Anna Nery [online]. vol.10, n.3, p.439-447, 2006.
- MARTINS, H. E. L. et al. Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil.** Rev Esc Enferm USP. 47(5):1025-30, 2013.
- MARTINS, H. E. L. Observação em Enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. R. Rezende - Obstetrícia fundamental.** 13a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p. 881-5.
- Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia.** Brasília: OPAS; 2018a.
- Organização Pan-Americana da Saúde. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.** Brasília: OPAS; 2018b
- Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.** OMS, 2014.
- OSANAN G. C. et al. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality.** Rev Bras Ginecol Obstet, 2018.



Artigo

GONÇALVES, C. R.; OSANAN, G. C.; DELFINO, S. M. et al. **Protocolo hemorragia puerperal**. Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2016.

SANTOS, R. B; RAMOS, K. S. **Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico**. Rev. Bras. Enferm, Brasília, v. 65, n. 1, p. 13-18, 2012.

SAY, L. et al. **Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis**. Lancet Glob Health, 2014; 2(6):e323-e333. Disponível em:
<[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)>. Acesso em: 25/11/2018.

RIBEIRO, A. L. et al. **Diretrizes para o manejo de hemorragias pós-parto**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Estratégia Zero Mortalidade Materna por Hemorragia. Minas Gerais, 2017.

SMITH, N. C. **Compreender a Gravidez**. Porto Editora Ltda. Lisboa, 2005.

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In MEYER et al. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WOMAN Trial Collaborators. **Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial**. Lancet, 2017.

World Health Organization. **WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta**. WOH, 2012a.

World Health Organization. **WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage and WOMAN trial**. Geneva: WHO, 2012b.



Artigo

World Health Organization. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013; estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The Bank and the United Nations Population division.** Geneva: WHO, 2014.



HEMORRAGIA PÓS-PARTO IMEDIATO: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Artigo

PUERICULTURA: ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

CHILD CARE: ANALYSIS OF THE NURSE'S PERFORMANCE

Lúcia de Fátima Querino dos Santos¹
Emmanoela de Almeida Paulino Lima²
José Nildo de Barros Silva Júnior³
Haline Costa dos Santos Guedes⁴
Joseilda de oliveira Araújo⁵
Rita de Cassia do Nascimento⁶

RESUMO - A puericultura é a consulta de enfermagem que presta assistência a saúde da criança e que reúne todas as informações relacionadas ao crescimento saudável, responsável por diversos fatores extrínsecos, físico, psicossociais e culturais. Através da, avaliação do desenvolvimento para diagnosticar possíveis distúrbios de crescimento ou neuropsicomotor, identificando problemas de saúde e auxiliando para prevenir doenças que possam acometer a criança, uma prática assistencial privativa do enfermeiro profissional responsável por esse segmento assistencial, que deve realizá-lo de forma individualizada e global. O presente estudo tem como objetivo analisar a produção científica acerca da atuação do enfermeiro na puericultura. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, as buscas foram realizadas através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases LILACS, BDNEF. Os critérios de inclusão foram: artigos entre os anos de 2012 a 2017, em português, que abordasse o tema escolhido, textos completos e ou resumos publicados na íntegra, os critérios de exclusão foram artigos em outro idioma e fora dos anos estipulados. Foram utilizados como palavras-chaves: Enfermagem, Puericultura na Atenção Básica, Consulta de Enfermagem na Puericultura, Acompanhamento e crescimento e desenvolvimento da criança. Os dados

¹ Enfermeira, graduada pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.

² Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.

³ Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.

⁴ Discente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula, curso de Pós Graduação em Urgência e UTI.

⁵ Enfermeira, graduada pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.

⁶ Enfermeira, graduada pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.



Artigo

obtidos retratam dozes temas, que relataram como devem ser a Consulta de puericultura, Formação profissional e Puericultura, Registros de enfermagem na puericultura. Concluimos que o manejo da atuação do enfermeiro na puericultura é de extrema importância para dar continuidade as consultas e cuidados necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança, que tem por finalidade prevenir problemas de saúde que podem acometer a criança em desenvolvimento.

Palavras-chave: Enfermagem, Puericultura na Atenção Básica, Consulta de Enfermagem na Puericultura, Acompanhamento e crescimento e desenvolvimento da criança.

ABSTRACT - Child care is a nursing consultation that provides health and child care, which acts as a protector for health, such as extrinsic, physical, psychosocial and cultural factors. Through it, the diagnostic evaluation for the diagnosis distinguishes the growth or neuropsychomotor, identifying the health problems and helping so that the children can have a child, a private care practice of the responsible professional nurse for this care segment, who must carry it out in an individualized and global manner. The present study aims to analyze the scientific production of nurses' performance in child care. It is an integrative review of the literature, the searches were performed through the Virtual Health Library (VHL), at the LILACS, BDNEF databases. The inclusion criteria were: articles between the years 2012 to 2017, in Portuguese, that approached the chosen theme, complete texts and or summaries published in full, the exclusion criteria were articles in another language and outside the stipulated years. They were used as keywords: Nursing, Child Care in Basic Care, Nursing Consultation in Child Care, Monitoring and growth and development of the child were used as keywords. The data obtained portrays a dozen subjects, which have reported how they should be the Child Care Consultation, Professional Training, and Child Care, Child Care Nursing Records. We conclude that the management of nurses' performance in childcare is of extreme importance in order to continue the consultations and care necessary for the growth and development of the child, whose purpose is to prevent health problems that can affect the child in development.

Keywords: Nursing, Child Care in Basic Care, Nursing Consultation in Child Care, Monitoring and Child Growth and Development.



Artigo

INTRODUÇÃO

A puericultura é a área da saúde na infância que reúne todas as informações da criança sadia, responsável por diversos fatores extrínsecos, físico, psicossocial e cultural. Porém, através do comportamento, avaliação do desenvolvimento dos distúrbios neuropsicomotor, visando o aparecimento de patologia, com a melhora do meio ambiente da criança e sua família (BARATIER et al., 2016).

A consulta de enfermagem surgiu no Brasil em meados dos anos 60 e sua legalização ocorreu apenas na década de 80, através da Lei nº 7.498/86, que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro. Somente na década de 90, o conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, quer seja em instituição pública ou privada, através da Resolução nº159/COFEN. Diante disso, reconhece-se que o enfermeiro é conhecedor da puericultura, onde pode interferir se necessário, praticando novas maneiras de cuidar, frente às reais necessidades da criança (ROCHA et al., 2015).

A Declaração Universal dos Direitos Humana, proclamada em 1948, expôs que a maternidade e a infância possuem o direito de cuidados especiais. Nesse cenário, destaca-se que, entre os direitos humanos, está o direito à saúde. No Brasil, na constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado, um direito social básico, entre as condições de cidadania da população. Assim, a saúde materializou-se com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que afirmou a universalidade, integralidade e equidade da atenção, ampliando a concepção de saúde para além da ausência de doença, passando a ser entendida como qualidade de vida (ANDRADE., 2013).

Com a implantação das consultas de puericultura, foi preconizado pelo o Ministério da Saúde, um acompanhamento infantil, por um cronograma de consulta na Unidade Básica de Saúde, prestada pela enfermeira desde o período da gestação e o nascimento com até 15 dias de vida, com 02 a 05 meses e dos 07 a 11 anos. Porém, com a avaliação médica na primeira consulta com 01 mês, (complementação alimentar), na faixa etária de 0 a 05 anos de idade (CARVALHO; SARINHO, 2016).

Na atenção primária à saúde o programa de puericultura, mostra resultados encontrados, através de um acompanhamento da criança para uma saúde saudável, conseguir a redução e identificar os casos novos de doenças, tem 100% de chances de crescimentos e desenvolvimento para alcançar uma meta produtiva, porém, é o primeiro



Artigo

acesso de oportunidade encontrado como portas de entrada para a população que oferece uma união do indivíduo, assistência e o profissional, disponibilizando uma prestação de serviço de forma permanente de acordo com as necessidades da população (FERREIRA et al., 2015).

Para prestar uma consulta de puericultura de qualidade, é fundamental, que o profissional desenvolva um vínculo com a mãe, durante a consulta tenha uma redução no preenchimento de papeis. Deve providenciar materiais suficientes e equipamento em perfeita condição para a realização das medidas antropométricas, o enfermeiro deve ter uma formação de capacitação para atuar na consulta de enfermagem em puericultura no acompanhamento do desenvolvimento da criança (SILVA et al., 2014).

Neste sentido, para prestar assistência à saúde da criança respeitando os princípios da atenção primária e as diretrizes da promoção da saúde, o enfermeiro precisa considerar que a criança está inserida no ambiente familiar e na comunidade, utilizando para esse fim respaldo político e estrutural que viabilize tais ações. Para tal, ele necessita conhecer e considerar o contexto socioeconômico, cultural e ambiental, a estrutura e os relacionamentos familiares, bem como os recursos, utilizam os pela família e o que ela considera como necessidades de saúde e que desempenham papel importante no bem-estar e qualidade de vida da criança e sua família (MOREIRA et al., 2017).

Os atendimentos de puericultura nos primeiros dias de vida da criança, o enfermeiro realiza medidas de procedimentos com informações registradas e orienta a mãe com os cuidados em gerais aos recém-nascidos como: higiene do coto umbilical, aleitamento materno, controle do peso, cobertura vacinal e a higiene corporal. Com o acompanhamento das consultas dos profissionais de saúde a taxa de mortalidade neonatal teve uma redução (BARATIERI et al., 2014).

O processo de crescimento e desenvolvimento infantil é algo que requer um determinado nível de atenção por parte do profissional enfermeiro, uma vez que nesse momento podem-se sanar as possíveis dúvidas do cuidador e evitando possíveis doenças, através de educação em saúde junto com outros recursos utilizados na puericultura. Por meio do acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doença, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial (FROTA et al., 2014).

O crescimento infantil é o principal indicador de saúde da criança entre outros fatores sociais: uma alimentação saudável; prevenção de doença e proteção com o esquema vacinal; o apoio familiar; a qualidade de vida; moradia e o saneamento básico.



Artigo

Então, um acompanhamento de qualidade no serviço de saúde é uma recomendação importante para o crescimento e a saúde da criança (LUCIANO et al., 2014).

Os familiares, especialmente as mães, devem ser orientadas sobre a consulta de puericultura desde o pré-natal, estabelecendo um vínculo com a família e iniciando orientações preventivas, enfatizando a amamentação e os primeiros cuidados com o recém-nascido. Neste momento é primordial a mãe receber esclarecimentos não apenas sobre o período de gestação, mas também sobre o puerpério e os cuidados com a criança, facilitando a adesão materna à consulta de puericultura. As atividades que compõem a consulta de puericultura são os atendimentos agendados e as visitas domiciliares, sendo estas realizadas, nas maiorias das vezes, pelos agentes comunitários de saúde (MALAQUIAS et al., 2015).

Entende-se aqui, a formação generalista da enfermagem e suas atribuições em uma unidade de saúde da família, apresentamos as ações de competência desta categoria associando com o olhar profissional é a responsabilidade de pesquisar estas ações com atualidade do serviço de saúde e da comunidade. Assim, é possível, os profissionais estão capacitado para atuar frente a um caso (FELIX et al., 2012).

Desta forma, o acompanhamento de saúde das crianças na estratégia saúde da família é com o programa de puericultura, que acompanha o crescimento e desenvolvimento de acordo com a idade da criança, na prevenção de acidentes e agravos, com problemas de saúde neuropsicomotores, esclarecer dúvidas e dificuldades das mães e famílias, orientar sobre a cobertura vacinal e como estimular o aleitamento materno, preparo das alimentações nos primeiros anos de vida e como prevenir as doenças da infância (GUBERT et al., 2015).

O interesse pela temática, surgiu através de uma identificação pessoal e profissional na saúde da criança, vivenciando no ambiente de trabalho e participando das consultas de enfermagem, nas medidas antropométricas, atualização do esquema vacinal, segundo o ministério da saúde e da sistematização da assistência de enfermagem, nos agendamentos de retorno mensal das consultas de puericultura.

Tal contexto levou a seguinte questão norteadora: O que encontramos na literatura científica acerca da atuação do enfermeiro na puericultura? O estudo contribuirá para formação profissional da pesquisadora e para o público em geral que pretende trabalhar com cuidados direcionados a puericultura decorrente do acompanhamento, onde se faz necessárias informações para conhecer a atuação do enfermeiro e como o mesmo pode esta atuando proporcionando uma melhor assistência.



Artigo

O estudo objetiva analisar à luz da literatura científica como vem sendo a atuação do profissional de enfermagem na puericultura.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma revisão integrativa na qual inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estudo do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto além da dificuldade para realizar a análise (MENDES et al., 2008).

Apresentações da revisão integrativa utilizam nas seguintes etapas:

Na primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração. *Na segunda etapa:* estabelecimento de critérios para exclusão e inclusão de estudos amostragem ou busca na literatura. *Na terceira etapa:* definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. *Na quarta etapa:* avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. *Na quinta etapa:* interpretação dos resultados. *Na sexta etapa:* apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Procedimentos para seleção dos artigos

A revisão integrativa foi realizada nos artigos depositados no site da biblioteca virtual na saúde (BVS), utilizando-se dados da LILACS E BDNEF, referente ao período de cinco anos (2012-2017) e este foi o caminho escolhido para desenvolver este estudo.

E para subsidiar a pesquisa serão utilizados os descritores: Enfermagem, Puericultura na Atenção Básica, Consulta de Enfermagem na Puericultura, Acompanhamento e crescimento e desenvolvimento da criança, os quais foram



Artigo

consultados através da plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), separados pelo operador booleand AND.

Foi utilizado como critérios de inclusão artigos, publicados na íntegra, na língua portuguesa que estivessem ligados a temática proposta desta revisão os quais fossem estendidos entre os anos de 2012 a 2017.

Já como critério de exclusão foi dispensável para a amostra as publicações não atendessem aos critérios anteriores.

A busca na referida base de dados mostrou um número de 403 publicações as quais foram filtrados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e 59 artigos foram identificados, de modo que apenas 12 apresentaram a questão norteadora para compor a amostra deste estudo.

Para coleta de dados dos artigos incluídos na amostra desta revisão, foi utilizado um instrumento específico elaborado pela pesquisadora, composto pelos seguintes itens: título do artigo, autores, ano de publicação, nome do periódico, região de origem do estudo, abordagem metodológica, e delineamento metodológico.

Após a leitura crítica e exaustiva dos estudos selecionados, procedeu-se o preenchimento do instrumento acima referido, tendo em mente responder à questão norteadora e a organização dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa realizada através da leitura intensiva dos artigos foi realizado o preenchimento do quadro informativo, com a finalidade de contribuir para a análise de forma crítica os dados obtidos durante a pesquisa e a busca de descrições para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos.

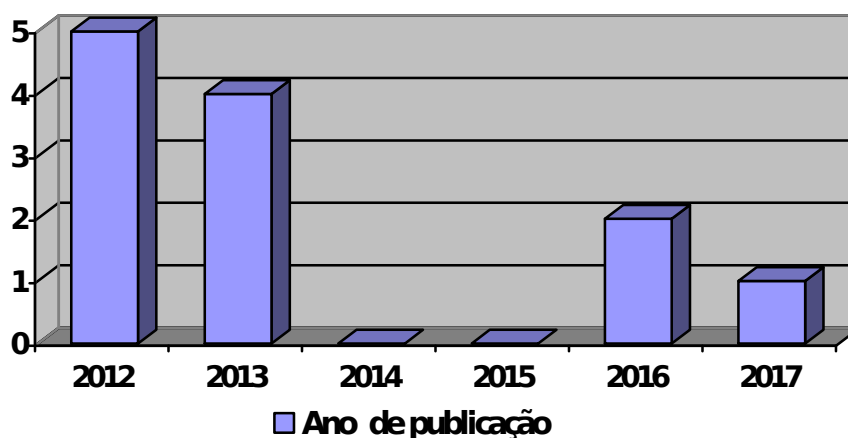
Caracterizações dos estudos

A amostra dessa revisão integrativa é composta por 12 artigos publicados entre 2012 e 2017. Percebe-se que os anos de 2012 seguido dos anos de 2013 e 2016 foram os anos que mais houve publicação. Conforme mostra o gráfico 1.



Artigo

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos por ano de publicação.



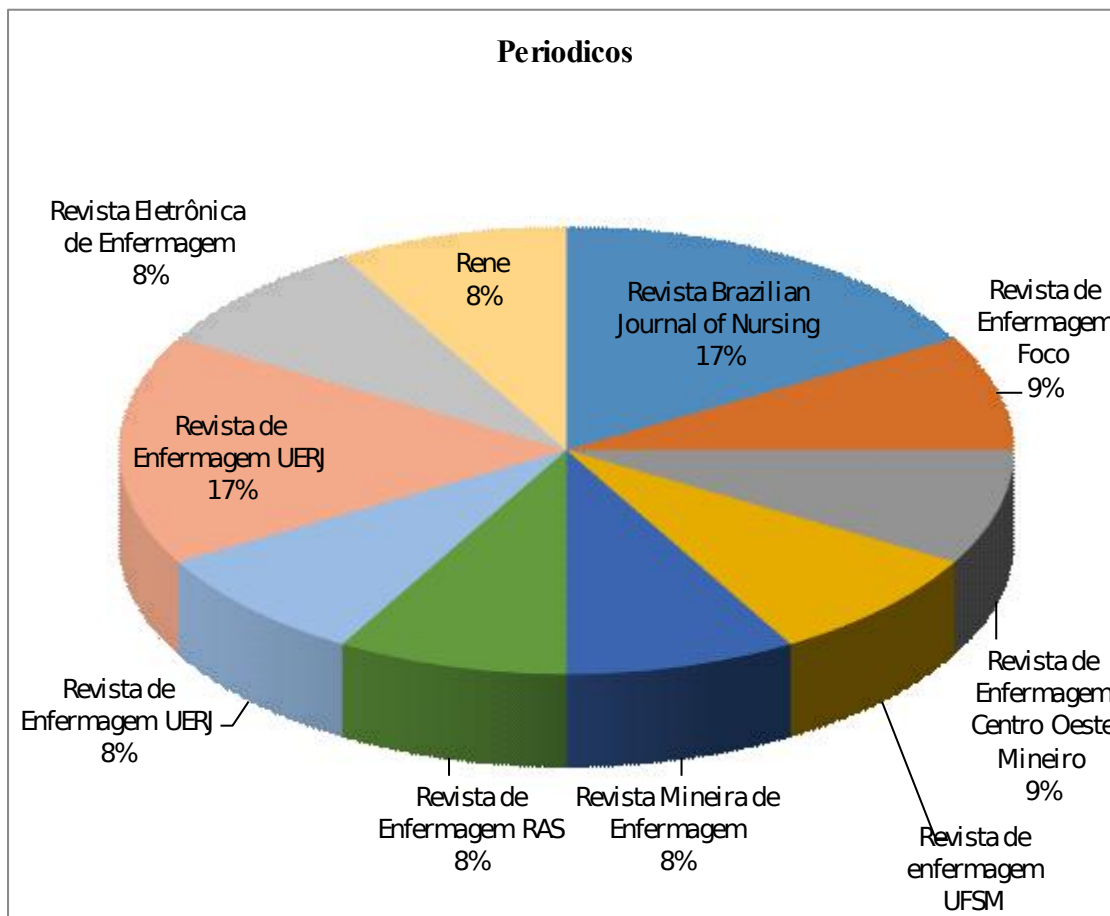
Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Em relação aos periódicos dos estudos da amostra percebe-se que as revistas Brazilian Journal of Nursing e a revista de Enfermagem da UERJ são a que mais publicou. Conforme mostra o gráfico 2 abaixo:



Artigo

Gráfico 2- Distribuição dos estudos por periódicos



Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018. João Pessoa, Paraíba, Brasil.



Artigo

QUADRO 1- Estudos incluídos na amostra da Revisão Integrativa

Nº	TÍTULO	AUTOR	ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
1	A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família	CARVALHO, E.B; SARINHO, S. W	2016	Estudo avaliativo de caráter normativo.	Avaliar ações do processo de trabalho e infraestrutura na consulta de enfermagem às crianças menores de um ano, no acompanhamento do crescimento na Estratégia Saúde da Família.
2	O Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança: Uma Ação coletiva da enfermagem	GURGEL, P.K. F. et al	2013	Estudo descritivo, tipo relato de experiência.	Relatar sobre a experiência da implementação de uma proposta de ação coletiva da enfermagem para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças.
3	Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas	CHAVES, C. M. P et al	2013	Trata-se de um estudo descritivo transversal e de natureza quantitativa	Avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos institucionalizadas.
4	Cuidado à criança menor de um ano: Perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura	BENÍCIO, A. L et al	2016	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.	Conhecer a percepção e a atuação do enfermeiro diante da consulta de puericultura na Estratégia de Saúde da Família.
5	Conhecer a percepção e a atuação do enfermeiro diante da consulta de puericultura na Estratégia de Saúde da Família.	LIMA, S. C.D et al	2013	Estudo qualitativo	Compreender a percepção do enfermeiro da Estratégia de saúde da Família acerca da puericultura, descrevendo as ações implementadas durante a consulta de enfermagem.



Artigo

6	Puericultura na Atenção Primária à saúde: atuação do enfermeiro	VIEIRA, V. C. L et al	2012	Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa.	Conhecer aspectos relacionados à atuação do enfermeiro na puericultura.
7	Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família	SOUZA, R.S et al	2012	Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa	Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança
8	Prática e Formação de Profissionais estratégia saúde da Família: Desafio do cuidado à criança	GEORGE, P.S et al	2017	Estudo qualitativo, descritivo, exploratório.	Compreender aspectos da prática de cuidado e sua correlação com a formação do profissional de saúde que atua na efetivação da linha de cuidado à saúde da criança na ESF
9	Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família.	VASCONCELOS, V.M et al	2012	Estudo Bibliográfico	Descrever a vivência das mães sobre os cuidados prestados aos filhos, bem como a percepção destas em relação à consulta de puericultura.
10	Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano.	GAUTERIO, D. P et al	2012	Trata-se de um estudo descritivo exploratório	Descrever o perfil da população menor de um ano atendida na consulta de enfermagem em Puericultura em uma unidade Básica de Saúde, em Rio Grande-RS
11	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: Análise dos registros das consultas de enfermagem	MOREIRA, M.D.S; Gaiva, M.A.M	2013	Trata-se de abordagem qualitativa	Descrever os registros de crescimento e desenvolvimento realizados pelos enfermeiros na consulta de enfermagem de crianças menores de dois anos em unidades de saúde da família (USF).



Artigo

12	Registros de puericultura na atenção Básica: estudo descritivo	BARBOZA, C. L.; SONIA, S. M	2012	Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza quantitativa.	Investigar nos registros de prontuários como a puericultura é realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, atuantes em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Maringá, Paraná.
----	--	--------------------------------	------	--	--

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018, João Pessoa/PB

Categorias temáticas

Neste item será apresentada uma síntese e discussão de produção científica sobre a assistência de enfermagem na Atuação do enfermeiro na Puericultura.

Para facilitar essa apresentação, os estudos da amostra foram dispostos em tres categorias temáticas: (1) Consulta de puericultura; (2) Formação profissional puericultura; (3) Registros de enfermagem na puericultura.

QUADRO 2 – Características dos estudos integrados na temática 1 e suas abordagens.

Nº	ANO	AUTOR	CONSULTA DE PUERICULTURA
1	2016	CARVALHO, E.B; SARINHO, S.W	A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família
2	2013	GURGEL, P.K. F. et al	O Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança: Uma Ação coletiva da enfermagem
3	2013	CHAVES, C.M.P et al	Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas
4	2016	BENÍCIO, A.L et al	Cuidado à criança menor de um ano: Perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura
7	2012	SOUZA, R.S et al	Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família
10	2012	GAUTERIO, D. P et al	Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018, João Pessoa/PB



Artigo

Neste estudo 01 observaram-se alguns aspectos positivos em relação à estrutura física, como o uso exclusivo dos consultórios pelas enfermeiras e suas condições de limpeza. Houve, no entanto, falhas na disponibilização de material para antropometria. Deve ser realizada, em todas as consultas de rotina, a aferição do peso e o seu registro no cartão e, sempre que possível, medir a estatura e perímetro cefálico. Os dados desta pesquisa indicaram que houve falha na aferição do peso em cinco crianças devido à não existência de balança pediátrica no início do trabalho de campo. Em todas as consultas, houve a solicitação do retorno para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e foi realizado o agendamento logo após o atendimento (CARVALHO et al., 2016)

As enfermeiras revelaram que a satisfação do profissional com a atividade e o acompanhamento desde a gestação e o nascimento são fatores que facilitam o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. O mesmo foi observado em estudo, que também citou, como facilitadores, o envolvimento com a comunidade e a boa relação com a família e o estabelecimento de vínculo com a mãe/responsável pela criança. Apesar de a Estratégia de Saúde da Família (ESF) preconizar o trabalho de equipes multiprofissionais, que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar em que seus membros articulam práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada (CARVALHO et al., 2016)

Para isso, durante a implementação da proposta levou-se em consideração o relato individual de cada cuidador, pois, apesar de o trabalho ser realizado em grupo. Portanto, tem-se hoje uma crescente adesão a atividades em grupos e sua importância torna-se cada vez mais reconhecida. Existiam informações e peculiaridades que não poderiam ser resolvidas no espaço coletivo e que necessitavam de encaminhamentos, de acordo com a necessidade. Dentro das discussões e condutas na atenção à criança, salienta-se que deve existir empenho por parte dos profissionais (GURGEL et al., 2013).

A implementação de uma ideia nem sempre permitirá que os indivíduos se apropriem dela rapidamente, quase sempre é preciso compartilhar e reconstruir para poder progredir na ação o tempo todo. Ademais, favorece ao verdadeiro trabalho em equipe, que estimula a troca de experiências e socialização entre o saber popular e o científico, possibilitando às mães o protagonismo participativo e solidário, destacando o



Artigo

papel da família, uma vez que as crianças nessa faixa etária dependem de seu cuidado (GURGEL et al., 2013).

Pode-se afirmar que os dados são correspondentes, nos principais pontos analisados: sexo, idade e tempo de institucionalização. Isso indica que o perfil das crianças abrigadas na instituição em estudo assemelhou-se com os das diferentes regiões brasileiras. Em estudo bibliográfico com enfoque nos fatores que interferem no crescimento de crianças nos primeiros anos, evidenciou-se a importância dos fatores extrínsecos como variável biológica, fatores socioeconômicos, culturais, educacionais, entre outros, exerce grande influência para ocorrência de déficits nutricionais e estaturas. Demonstrou que a presença de fatores de risco psicossocial do ambiente em que as crianças viviam estava relacionada aos fatores de linguagem das crianças analisadas (CHAVES et al., 2013).

À medida que os cuidadores, por problemas emocionais, não estão disponíveis para fornecer estímulos verbais para o desenvolvimento do vocabulário da criança, há um prejuízo no desenvolvimento da fala, é de extrema importância que as dificuldades apresentadas pelas crianças quanto ao vocabulário, sejam trabalhadas pela equipe multiprofissional e as pessoas que mais se aproximam dessa função são os cuidadores que permanecem a maior parte do tempo com elas, participando efetivamente de todas as atividades, como alimentação, higiene, sono, lazer. Infelizmente, nos abrigos a relação entre a criança e o cuidador, torna-se muitas vezes, despersonalizada, seja pela grande quantidade de crianças a serem cuidados por cada um, ou pela própria falta de estímulos desse para com sua profissão (CHAVES et al., 2013).

Notaram-se que nos discursos dos enfermeiros sobre a percepção da importância que o profissional deve dar ao realizar um consulta de puericultura, são abordados todos os aspectos do crescimento e desenvolvimento de forma saudável, bem como prevenção de complicações que possam interferir na saúde da criança (BENÍCIO et al., 2016).

Com base nas orientações, ações e estímulos orientados pelos enfermeiros para o cuidado com a criança, além das respostas positivas notadas pelo profissional de acordo com os parâmetros do crescimento e desenvolvimento infantil, a mãe/cuidador acaba adquirindo uma segurança e confiança no enfermeiro, reconhecendo o seu trabalho e passando a valorizá-lo em relação a outros profissionais de saúde (BENÍCIO et al., 2016).

Estudos mostraram que apesar de seus limites, refletiram na melhoria dos indicadores de mortalidade neonatal. Entretanto, pouco se avançou para a efetivação de políticas públicas que favorecessem melhor atenção à saúde materna, do



Artigo

acompanhamento pré- cobertura e qualidade natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal, de acordo com os protocolos, é atribuição de o enfermeiro realizar o primeiro atendimento ao recém-nascido sadio e ao de risco (SOUZA et al., 2012).

A atuação do enfermeiro em relação à população materno-infantil inicia-se com o planejamento familiar e continua no pré-natal. Foram observados nos discursos que a primeira consulta do recém-nascido também tem sido aproveitada pelo enfermeiro para trabalhar a questão do planejamento familiar com as mães, contribuindo para a atenção à saúde da mulher e da criança. A consulta de enfermagem também pode ser realizada durante a visita domiciliar, compreendendo o contexto no qual se insere a criança. Essa estratégia é uma ferramenta importante na Estratégia da Saúde da Família utilizada pelas enfermeiras deste estudo. Assim, a visita domiciliar realizada no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança consiste em uma ação prioritária da vigilância materno-infantil, promovendo a integralidade da assistência e reduzindo coeficiente da mortalidade infantil. (SOUZA et al., 2012).

O acompanhamento do desenvolvimento deve ser realizado na atenção primária à saúde, e deve contar com o apoio da família, comunidade e profissionais da saúde. Cabe ao enfermeiro deter o conhecimento necessário para avaliação da criança, tomada de decisões e orientação da família. Para oferecer um cuidado integral e humanizado, o enfermeiro necessita considerar a criança no contexto socioeconômico, cultural e familiar no qual está inserida (GAUTERIO et al., 2012).

As crianças apresentavam dermatite irritativa das fraldas, na consulta de enfermagem em puericultura o enfermeiro deve fornecer orientações com o objetivo de prevenir a ocorrência da dermatite irritativa das fraldas. Essas orientações constituem-se num conjunto de medidas cujos principais objetivos são manter a área das fraldas limpas e secas, limitar a mistura e dispersão da urina e das fezes e reduzir contato das mesmas com a pele da criança, evitar irritação e maceração da pele e preservar a função de barreira cutânea, nesse mesmo estudo a dificuldade de acesso foi o segundo motivo, em frequência, relatado pelos responsáveis para justificarem que seus filhos não foram levados para acompanhamento no serviço de Puericultura (GAUTERIO et al., 2012).



Artigo

QUADRO 3 – Características dos estudos integrados na temática 2 e suas abordagens

Nº	ANO	AUTOR	FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PUERICULTURA
5	2013	LIMA, S. C.D et al	Conhecer a percepção e a atuação do enfermeiro diante da consulta de puericultura na Estratégia de Saúde da Família
6	2012	VIEIRA, V. C. L et al	Puericultura na Atenção Primária à saúde: atuação do enfermeiro
8	2017	GEORGE, P.S et al	Prática e Formação de Profissionais estratégia saúde da Família: Desafio do cuidado à criança
9	2012	VASCONCELOS, V.M et al	Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018, João Pessoa/PB

Durante a consulta de puericultura, o enfermeiro até de pesar, medir e examinar a criança por inteiro e avaliado seu crescimento físico e neuropsicomotor, deve verificar a cobertura vacinal, incentivar a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns nessa fase infantil, como também promover e higiene, orientações sobre alimentação, segurança de acidentes domésticos, estimulando e proporcionando a socialização e a adaptação da criança em seu meio social (LIMA et al., 2013).

Os enfermeiros participantes deste estudo revelaram algumas dificuldades para a sua implementação, com destaque para a falta de adesão das mães no comparecimento aos agendamentos. Segundo eles devido ao fato das mães/cuidadoras desconsiderarem a importância de levar a criança saudável ao serviço de saúde, conseqüentemente tem-se reflexo positivo nos indicadores de saúde da criança, tais como, aleitamento materno, imunização, crescimento e desenvolvimento, higiene e outros cuidados adequados, garantindo que a criança mantenha-se saudável (LIMA et al., 2013).

Além disso, ao atuar na detecção e tratamento precoces de problemas de saúde da criança, durante a consulta de puericultura, o enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família-ESF, contribui diretamente para a redução da morbimortalidade das crianças, onde uma das maiores dificuldades apontadas pelos enfermeiros à realização da puericultura é a não adesão das famílias a esta proposta de saúde (VIEIRA., 2012).

Dentre as dificuldades para a implementação da puericultura, os enfermeiros referem o cumprimento da agenda programática das suas demais atribuições profissionais no âmbito da Estratégia da Saúde da Família-ESF (VIEIRA., 2012).



Artigo

Estudos destacaram que o valor das consultas está ligado à oportunidade de realizar a avaliação infantil. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança e envolve o registro no cartão da criança, de avaliação de peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estudo nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança em todo atendimento (VIEIRA., 2012).

O enfermeiro deve ter consciência da importância da mensuração das na puericultura, uma vez que estes refletem o estado de saúde da população infantil sob sua responsabilidade e permite evidenciar de maneira precoce os transtornos que afetam a saúde, a nutrição e o desenvolvimento da criança (VIEIRA., 2012)..

Nesta perspectiva, a consulta de puericultura mostraram-se, mais uma vez, como um instrumento de triagem na detecção precoce de riscos e agravos ao desenvolvimento infantil, além de ser o cenário no qual o profissional enfermeiro pode orientar pais e familiares na busca de promover um ambiente seguro e facilitador para que a criança se desenvolva de maneira saudável (VIEIRA., 2012)..

Os enfermeiros realizaram a supervisão desses atendimentos, acompanhando o processo de trabalho da equipe na atenção à criança por meio de planilhas, cadernos e anotações em prontuários. Além disso, garante autonomia no exercício da profissão para intervenções de enfermagem diante dos problemas detectados e interação entre o profissional e o cliente na busca da promoção da saúde e prevenção de agravos e orientar as ações e aumentar a resolutividade da assistência prestada (GEORGE et al., 2017).

Apesar de destacarem algumas dificuldades à prática da puericultura, os enfermeiros participantes do estudo percebem a sua importância e enumeram algumas contribuições à saúde das crianças na área sob sua responsabilidade. Esperam-se oportunizar reflexões sobre os processos de formação em saúde no que se refere à linha do cuidado à saúde da criança e sobre a prática de profissionais da ESF quanto à efetivação dessa linha de cuidado, podendo indicar para necessidades de incorporação desta específica temática tanto na formação dos profissionais de saúde como nas ações de educação permanente no serviço que atuou como cenário da pesquisa. Por fim, espera-se que os resultados possam ser disseminados e replicados em outros cenários da ESF semelhante (GEORGE et al., 2017).

Ainda entre as contribuições da puericultura relatadas, evidencia-se o atendimento às chamadas demandas sociais, inclusas as causas externas, como violências e abusos. Este novo cenário do fenômeno da violência e abuso a crianças,



Artigo

está inserido na realidade das atividades dos enfermeiros da ESF. Neste sentido, o Ministério da Saúde recomenda que as equipes da ESF responsabilizem-se pela identificação e notificação dos casos de violência, maus-tratos e abusos sexuais, cuja conduta deve ser traduzida pela comunicação e referência de casos suspeitos ou confirmados aos órgãos e profissionais competentes. Na oportunidade, deve ser garantido à família e à criança, o acolhimento, a assistência, o tratamento e encaminhamentos necessários à rede de apoio existente (VASCONCELOS et al., 2012).

Por serem consideradas realidade nas áreas de abrangência da ESF, a violência e o abuso de crianças representam as solidificações de verdadeiras lacunas produzidas em virtude da negligência de políticas públicas, desigualdade social e cultural, pobreza, desemprego, entre outras razões. Deste modo, toma-se urgente que os profissionais da ESF contribuam para a formação e o fortalecimento de uma rede social de apoio às crianças vitima. Enfatiza-se que, é durante a puericultura, uma oportunidade da atuação de enfermeiros capacitados para detectar e atender, direta e indiretamente a estas vítimas bem como os membros familiares da criança vitimada (VASCONCELOS et al., 2012)..

As mães, enquanto principais cuidadoras da criança aportam inúmeros obstáculos para a concretização da puericultura, tais como, esquecimento, falta de tempo, irrelevância da consulta, desinteresse, falha na marcação da consulta, desconhecimento das rotinas da UBS, ausência de informação a respeito do dia da consulta e acontecimentos inesperados (VASCONCELOS et al., 2012).

Diante desse processo de reflexão, as mães enfocaram a alimentação como fator primordial para a saúde da criança, respaldando a literatura ao revelar que o crescimento e o desenvolvimento favoráveis da criança estão relacionados à alimentação saudável não se caracteriza como de alto custo, mas rica em nutrientes que possam atender às necessidades nutricionais da criança, prevenindo patologias de reversão difícil. É sabido que mães primíparas podem apresentar dificuldade em relação ao cuidado ao filho, em especial nos primeiros dias de vida, desencadeando momentos de incertezas e angústias, sobretudo se a criança apresentar comportamento diferenciado (VASCONCELOS et al., 2012).

Observou-se a necessidade de realizar uma consulta completa, direcionando atenção e carinho à criança, sobretudo prestando cuidado humanizado, em especial, por serem primíparas. As consultas devem ocorrer em forma dialogal, dessa forma, as mães podem fazer indagações, expressar dúvidas e discorrer acerca da realidade diária que vivenciam. Assim, os profissionais da saúde procedem de modo mais direcionado, às



Artigo

orientações primordiais ao cuidado às crianças, intervindo quando preciso (VASCONCELOS et al., 2012).

Portanto, percebeu-se a necessidade da implantação da consulta de puericultura, conforme os preceitos do Ministério da Saúde, pois a consulta favorece o cuidar das mães ao filho, superando incertezas, proporcionando, conseqüentemente, saúde de qualidade à criança, por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças, por estratégias educativas (VASCONCELOS et al., 2012).

QUADRO 4 – Características dos estudos integrados na temática 4 e suas abordagens

Nº	ANO	AUTOR	REGISTROS DE ENFERMAGEM NA PUERICULTURA
11	2013	MOREIRA, M. D. S; GAÍVA, M. A. M	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: Análise dos registros das consultas de enfermagem
12	2012	BARBOZA, C. L; SONIA, S. M	Registros de puericultura na atenção Básica: estudo descritivo

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018, João Pessoa/PB

Quanto aos aspectos éticos e legais dos registros em prontuários, cabe destacar que em nenhum deles foi encontrado rasura, borrão, cancelamento e emendas, e em todos havia o registro da data do procedimento. Foram encontradas entrelinhas (espaço em branco entre duas linhas de escrita) em 36,4%(8) dos prontuários e em 22,7%(5) não havia a assinatura do autor do registro. Apesar dos registros de nosso estudo fazerem referência de que o desenvolvimento da comprovassem tal afirmação (MOREIRA et al., 2013).

Neste estudo, o peso e a estatura, foram registrados em todos os prontuários analisados, são apresentados os registros que foram realizados pelos enfermeiros nos gráficos de peso, estatura, perímetro cefálico, IMC e no instrumento de vigilância do desenvolvimento nas cadernetas de saúde da criança (MOREIRA et al., 2013).

Os registros das informações obtidas no atendimento infantil permitem a sistematização dos dados e a socialização de informações relevantes sobre o acompanhamento da vida e saúde da criança, já que são registrados os atendimentos de cada profissional. Essas anotações configuram-se ainda, como base epidemiológica para o planejamento das ações pela unidade contribuindo para uma atenção de qualidade à população infantil. Isto, por sua vez, constitui um reflexo da fragmentação da



Artigo

assistência, pois o prontuário deveria reunir todas as informações referentes à saúde/doença da criança, permitindo assim o acompanhamento integral da mesma (MOREIRA et al., 2013).

Um estudo realizado em Belo Horizonte (MG) revelou que o perímetro cefálico foi marcado no gráfico em apenas 30,7% dos prontuários, demonstrando, assim como no presente estudo, que o peso e a estatura são as medidas antropométricas que tem prioridade de registro. Porém, é incumbência do enfermeiro sempre avaliar e registrar os dados antropométricos na puericultura, pois sua determinação no exame físico possibilita a avaliação do crescimento corporal da criança e do seu estado nutricional (desnutrição, obesidade, eutrofia), bem como o fornecimento de indícios clínicos que auxiliam no diagnóstico de determinadas patologias (BARBOZA; SONIA, 2012).

Os dados antropométricos foram registrados principalmente nos primeiros seis meses de vida e, após este período, prevaleceram registro apenas do peso e da estatura. A circunferência abdominal apresentou anotação em todos os meses, sendo que apenas ocorreram índices decrescentes em crianças próximas de um ano quando apresentavam fatores de risco de sobrepeso (BARBOZA; SONIA, 2012).

Cabe salientar que a realização do teste do Pezinho e outros testes, como o da orelhinha e do olhinho, que são preconizados pelo Ministério da Saúde, devem ser anotados mesmo em caso de resultados normais, para que sua realização fique confirmada. Além disso, os dados também apontaram que o acompanhamento da imunização está sendo realizado de forma parcial, uma vez que, quando realizam a puericultura, os profissionais de saúde não estão dando a devida importância para a atualização do calendário básico de vacinação no prontuário das crianças (BARBOZA; SONIA, 2012).

O reduzido número de atendimentos de puericultura (17,4%) é alarmante. Esses dados revelam, de forma geral, que não chegaram a ser realizados nem dois atendimentos por criança durante o primeiro ano de vida, enquanto que, documentos oficiais reiteram a necessidade do serem realizadas neste período, no mínimo, oito consultas de puericultura. O número de consultas de puericultura realizadas para as 181 crianças em estudo vai à contramão da proposta atual da atenção básica de promoção da saúde. Com a diminuição marcante no número de atendimentos de puericultura, principalmente após os seis meses (BARBOZA; SONIA, 2012).

O trabalho com crianças impõe algumas dificuldades, sendo a família uma delas; pois não existe trabalho com a criança sozinha. O enfermeiro que atua na puericultura



Artigo

deve ter essa compreensão, buscando criar vínculos para um atendimento contínuo e eficaz, realizando assim a prevenção e promoção da saúde (BARBOZA; SONIA, 2012).

Esta realidade de registros incompletos também foi encontrada em uma pesquisa sobre a qualidade das anotações de 130 prontuários de um hospital universitário, tendo sido identificado que os registros, apesar de adequados quanto à forma e as legibilidades revelaram-se incompletos e fragmentados em relação aos conteúdos analisados (BARBOZA; SONIA, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo traz como limitação a impossibilidade do pesquisador de acompanhar a prática diária das ações de puericultura realizadas pelo enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, em virtude especialmente, da opção por um estudo com delineamento transversal. Logo, toma-se imprescindível que novos estudos sejam realizados, preferencialmente longitudinais, a fim de avaliar o programa de puericultura do Município seguido pelos enfermeiros. As experiências dos enfermeiros mostraram que as situações com as quais lidam, durante a puericultura, trazem complexidades e intersubjetividades. O exercício de defesa da saúde das crianças apareceu nas narrativas, demonstrando envolvimento desses profissionais na proteção da saúde e qualidade de vida das crianças, mas ainda há lacunas assistenciais.

Percebemos a importância da realização do pré-natal, das consultas de puericultura e dos registros na caderneta de saúde, visto que algumas mães não realizaram o acompanhamento durante a gestação e muitas crianças não apresentam o registro completo na curva de crescimento, dificultando assim uma avaliação mais ampla em relação aos dados. Faz necessário que o enfermeiro integre como rotina nas consultas o conhecimento e a valorização do contexto de vida (ambiental, social, cultural, econômico e comunitário) da família/criança, mediados por uma relação de vínculo e confiança, possibilitando que as orientações e condutas tomadas contemplem as reais necessidades destes sujeitos e a continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado.

Portanto, ressalta-se a importância da equipe de enfermagem durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, no contexto da atenção primária à saúde, ao desempenhar ações para identificar precocemente alterações de saúde, direcionando as intervenções para a criação e implementação de estratégias de



Artigo

prevenção de doenças, manutenção e promoção da saúde, conforme as reais necessidades das crianças.

Para tanto, novas pesquisas devem ser realizadas para investigar a efetividade e impacto das ações desenvolvidas à criança no serviço de atenção primária em saúde, para o desenvolvimento e crescimento saudável desse grupo etário.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R.D et al. A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. **rev. Cienc. cuid saúde da criança USP**; p.719-727, 2013.

BARATIERI, T. et al. Consulta de enfermagem em Puericultura: um enfoque nos registros de atendimento. **rev. Enferm. UFSM**, p.206-2016, 2014.

BENÍCIO, A.L et al . Cuidados à criança menor de um ano: Perspectiva da atuação da enfermagem na puericultura. **rev .enferm.on line**.Recife,UFPE; pag.11(11):4505-7, 2017.

BENÍCIO, A.L et al. Cuidado à criança menor de um ano: Perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura. **Rev. Bras.enferm. on line** Recife,UFPE, 10(2):576-84, 2016.

BENICIO, A. L et al. Cuidado a criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura. **rev.enferm. [online]** recife UFPE; p.119-25, 2012.

CARVALHO, E.B; SARINHO, S.W. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família **cogitare enferm**, Curitiba; Vol.17 no. 1, 2012.

CARVALHO, E.B; SARINHO, S.W. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família. . **Rev. Enfermo n line**, Recife UFPE; p.10(6): 4804-12 2016.



Artigo

CHAVES, C.M. P et al . Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília; vol.65 nº3, 2012.

CORTEZ, D.N. et al. Crianças em creche: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. **Rev. enfer. Cent. O. Min.** UFMG, p.43-50, 2012.

FÉLIX, T.A et al. Atuação da enfermagem frente a depressão pós-parto na consultas de puericultura. **rev. eletr. Trim. de enferm, global e NERO** UEVA; p.420-435, 2012.

FERNANDES, A.C.N. et al. Análise da situação vacinal de criança pré-escolares em Teresina-PI. **rev. Bras. Epidemiol.** UFP; vol.18, n.4, 2015.

FERREIRA, A.C.T. et al. Consulta de puericultura: Desafios e perspectivas para o cuidado de enfermagem à criança e a família. **rev. eletr. de ext. vivências**, URI; vol.11 n.20, p.231-241, 2015.

FERREIRA, O.G.L. et al. A presença do fisioterapeuta na puericultura no olhar dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **saúde santa maria**, UFPB; vol,41,n.2,p.63-70, 2015.

FERREIRA, T.L.S et al. Avaliação do atributo integralidade em serviço de puericultura na atenção primária a saúde .**rev.cienc. plural**, UFRN; p.22-9, 2015.

GAUTERIO, D. P et al. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev. Bras. Enferm**, UFRS; p. 508-573, 2012.

GUBERT, F.A et al. Protocolo de Enfermagem para consulta de Puericultura. **Rev.rene.** UFCE, p.16, 18-9, 2015.

GURGEL, P.K. F. et al. O Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança: Uma Ação coletiva da enfermagem. **Rev. Enfermo n line**, Recife UFPE; p7(2):625-31, 2013.



Artigo

GURGEL, P.K. F. et al. O Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança: Uma ação coletiva da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro; vol.16 nº2, 2012.

LIMA, S.C.D et al. Conhecer a percepção e a atuação do enfermeiro diante da consulta de puericultura na Estratégia de Saúde da Família. **J. Res.; fundam. Care**. Online UFC; 194-202, 2013.

LIMA, S.C.D. et al. Puericultura e o cuidado de enfermagem: Percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **J.res. fundam. Care [online]** UFM; p.194-202, 2013.

MALAQUIAS et al., Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm**. Paraná36(1):62-8, 2015.

MEDEIROS, J.V. M, et al. A consulta de puericultura como base para construção de um plano de cuidados. **rev. veredas elet, de ciências**, UEC vol.7, nº2, p.79-94 2014.

MOREIRA, M.D. S et al. Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem. **j.res:fundam.care.online**, Cuiabá-MT; p. 9(2) 432-440, 2017.

MOREIRA, M.D. S; Gaíva, M.A.M. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: Análise dos registros das consultas de enfermagem. **R. pesq.; cuid. Fundam. Online**, Cuiabá-MT; pag.5(2):3757-66. 2013.

RIBEIRO, S. P. et al. O cotidiano de enfermeiras na consulta em Puericultura. **Rev. Enferm EURJ**, p. 89-95, 2014.

ROCHA et al.,Prática educativa do enfermeiro na consulta de enfermagem à criança na perspectiva de Madeleine Leininger.**Rev.Enferm UFPI**,;4(2):124-9,2015

SILVA et al., Mapeamento das atividades de Enfermagem relacionado ao diagnóstico: atraso no crescimento e desenvolvimento. **Rev. Rene.**; CE,18(2);234-41,2017.



Artigo

- SILVA, I.C.A. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento. **Rev., enferm., [online]**, UFPE, p.966-73, 2014.
- SILVA, S.A; FRACOLLI, L.A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras.enferm.** vol.69, n.1, Brasília, 2016.
- SILVA, O.S et al. Grupo de puericultura experiência de estudantes de enfermagem **Rev. Rede de cuid. em saúde** UFRJ; p.4(1), 2012.
- SILVA, R.M. et al. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev.de enferm. centro O. min.** Paraná EU p.2258-2270 vol.612-940, 2016.
- SOARES, D.G et al. Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em município do estado do Ceará. **Rev. Bras. Promc. Saúde**, Fortaleza UECE; p.132-138, 2016.
- SOUZA, R. S. et al. Atenção à Saúde da criança, prática de enfermeiros da saúde da família. **Rev. Min. Enferm**, UEL; p. 95-103, 2013.
- SOUZA, R.S et al . Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Rev. enferm. UEL on line**, Londrina PR; vol.17.2 6(2). 2012.
- TEIXEIRA, G.A et al. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. **J ver. fundam. Care.** Online UNIFACEX, p.4036-4046, 2016.
- VALLE, D.A et al. Avaliação do perfil dos binômios materno-infantil de risco atendidos em uma unidade especializada em puericultura, na cidade de juiz de fora - MG. **rev.HU juiz de fora MG**; vol.40 n.1c2, p.07-13, 2014.
- VASCONCELOS, V.M. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: Percepção de mães na estratégia saúde da família. **esc. Anna Nery(impr.)UFC**; p.326-331, 2012.



Artigo

VIEIRA et al., Assistência de enfermagem na puericultura: Acantose nigricans como marcador de risco metabólico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, UEPB; 21(6):1220-7,2013

VIEIRA, V.C.L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare enferm.** UEM; p.119-125, 2012.



Artigo

TRATAMENTO DA ECLÂMPسيا: UMA ANÁLISE ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

ECLAMPSIA TREATMENT: AN ANALYSIS ABOUT THE NURSE'S PERFORMANCE

Janielly Cláudia de Brito Trigueiro Silva¹
Emmanoela de Almeida Paulino Lima²
Emmanuella Costa de Azevedo Mello³
José Nildo de Barros Silva Júnior⁴
Haline Costa dos Santos Guedes⁵

RESUMO - A gestação é caracterizada por um processo de transformações fisiológicas, que buscam adaptar o corpo a sua nova condição. Essas transformações tem início na primeira semana da gestação e duram até o fim da gravidez. Analisar a assistência dos enfermeiros no tratamento da eclâmpsia. Trata-se de uma revisão integrativa cuja busca ocorreu nas bases eletrônicas da LILACS e do BDENF, utilizando os seguintes descritores: Enfermagem, Cuidados de Enfermagem e Eclâmpsia, foram incluídos os artigos disponíveis na íntegra, publicados em português e inglês nos últimos 10 anos, obtendo uma amostra de 09 artigos. Os artigos analisados são todos do tipo revisão integrativa e predominantemente publicados na região sul do país. Identificou-se como principais fatores para a assistência de enfermagem as duas categorias a seguir: Conhecimento insuficiente do processo da doença, Abordagem dos enfermeiros às mulheres com síndrome gestacional. Ao final deste estudo podemos considerar que o objetivo da pesquisa foi alcançado. O estudo possibilitou descrever os cuidados

¹ Discente pós graduação em Urgencia e UTI da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.

² Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; Especialista em Saúde da Família.

³ Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; Especialista em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado pela UFPB.

⁴ Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.

⁵ Discente da pós graduação em Urgencia e UTI da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.



Artigo

assistenciais dos enfermeiros, mostrando que os cuidados assistenciais de enfermagem são capazes de reduzir complicações e taxas de mortalidade materno/infantil.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Eclâmpsia.

ABSTRACT- Gestation is characterized by a process of physiological changes, which seek to adapt the body to its new condition. These changes start in the first week of gestation and last until the end of pregnancy. To analyze nurses' assistance in the treatment of eclampsia. It is an integrative review that was searched in the electronic databases of LILACS and BDENF, using the following descriptors: Nursing, Nursing Care and Eclampsia, the articles available in full were published in Portuguese and English in the last 10 years, obtaining a sample of 09 articles. The articles analyzed are all of the integrative review type and predominantly published in the southern region of the country. The following two categories were identified as the main factors for nursing care: Insufficient knowledge of the disease process, Nurses approach to women with gestational syndrome. At the end of this study, we can consider that the objective of the research was achieved. The study made it possible to describe the nursing care of nurses, showing that nursing care is capable of reducing complications and maternal and child mortality rates.

Keywords: Nursing. Nursing care. Eclampsia.

INTRODUÇÃO

O interesse em abordar este tema surgiu da vivência profissional da pesquisadora, no intuito de aprofundar e enriquecer seus conhecimentos, além de mostrar o papel de fundamental importância da atuação da equipe de enfermagem durante sua assistência.

A gestação é caracterizada por um processo de transformações fisiológicas, que ocorrem para adaptar o corpo a sua nova condição. Essas transformações tem início na primeira semana da gestação e duram até o final da gravidez. Após o parto ocorre o retorno das condições pré-gravídicas. Em sua grande maioria essas condições ocorrem



Artigo

sem complicações tornando assim uma gestação de baixo risco, risco habitual ou ainda risco fisiológico (AGUIAR et al., 2014; LOPES et al., 2013 e OLIVEIRA et al., 2017).

Entretanto algumas mulheres desenvolvem complicações e intercorrências durante a gestação, isso pode resultar em sequelas para a mãe e o feto, a essas damos o nome de gestação de alto risco, elas demandam uma maior atenção na assistência de enfermagem e maior acompanhamento multiprofissional sendo referenciadas as unidades de atendimentos específicas (MEDEIROS et al., 2016).

As gestações de alto risco necessitam de uma assistência de enfermagem pautada em métodos científicos rígidos que fazem o cuidado ser efetuado no padrão ouro para a saúde da paciente (EDWARD; 2013). Fazendo uso de uma abordagem correta e humanizada onde a paciente é o foco principal do cuidado, isso pode levar a melhora dos resultados, proporcionando uma maior qualidade no atendimento, diminuindo custos devido à redução de morbimortalidade, e promovendo um padrão de confiabilidade e segurança às organizações de saúde (SPECHT; 2013).

Dentre essas complicações estão as síndromes hipertensivas que podem ser classificadas em pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão arterial crônica. De acordo com a organização mundial de saúde (OMS), as síndromes hipertensivas ocupam o segundo lugar no ranking de causas de morte materna sendo responsáveis por 14% de todos os óbitos maternos no mundo (WHO; 2011)

Além de ser a maior e mais frequente das complicações na gravidez a síndrome hipertensiva, é a causa principal de morte materna no Brasil. Pois é uma doença multissistêmica, com manifestações clínicas de hipertensão e proteinúria, sendo manifestada na gestação a partir de vigésima semana, denominando-se pré-eclâmpsia. Nos casos mais graves que levam a convulsões por irritabilidade do sistema nervoso é chamada de eclâmpsia (BRASIL, 2016).

A síndrome hipertensiva da gestação tem repercussão em muitos sistemas vitais da mulher causando alterações cerebrais, uteroplacentárias, hepáticas e hidroeletrólíticas. A mortalidade na eclâmpsia é elevada, porém na pré-eclâmpsia é rara, com exceção dos casos que levam a síndrome de HELLP, que é caracterizada pela hemólise (H), aumento das enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP). Além de alterações fetais como retardo no crescimento intrauterina, descolamento de prematuro de placenta, prematuridade, infartos placentários e oligodrâmnia (MONTENEGRO; PEREIRA E RESENDE, 2016).



Artigo

Desta forma a assistência prestada pelos enfermeiros à pacientes com síndrome hipertensiva durante todo o processo de pré-natal, parto e puerpério é de fundamental importância tanto para a mãe quanto para o filho. Assim este estudo tem por objetivo analisar a assistência dos enfermeiros no tratamento da eclampsia.

METODOLOGIA

Para resolução do questionamento proposto e alcançar o objetivo do estudo, foi realizada uma revisão integrativa que consiste em analisar e sintetizar pesquisas relevantes que dão suporte para as tomadas de decisões, com base num material já existente sendo constituída principalmente por artigos científicos, livros e bases de dados. Além de apontar lacunas do conhecimento sobre determinado assunto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para guiar esta revisão integrativa seguimos as seguintes etapas: 1- Identificação do tema e questão de pesquisa; 2- critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos; 3- categorização dos estudos; 4- Análise e avaliação dos estudos incluídos, 5- Interpretação dos resultados e discussão dos principais temas e 6- Síntese do conhecimento e apresentação dos estudos (GANONG, 1987).

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases eletrônicas da Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca foi realizada por meio do cruzamento entre os termos “Enfermagem” “Cuidados de Enfermagem” “Eclâmpsia”, separados entre si pelo operador booleano AND. Com essa estratégia de busca foram encontrados 241 artigos, sendo 183 indexados na LILACS e 58 títulos no BDENF.

Aplicou-se os critérios de inclusão: artigo disponível na íntegra, publicados em português e inglês, a partir de 2010 Obteve-se uma amostra inicial, de 70 artigos, sendo eles 52 LILACS e 18 BDENF. Realizou-se a leitura dos títulos e resumos e a partir disso, foram pré-selecionados 49 artigos. Destes foram excluídos 05 artigos por não abordarem a questão a temática do estudo, 04 por estarem repetidos e 01 por responder a questão norteadora.

Para seleção dos documentos recuperados nas referidas bases de dados, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos em português e inglês, disponíveis



Artigo

na íntegra nas bases de dados selecionadas gratuitamente, publicados nos últimos 10 anos e que possibilitassem responder a seguinte questão norteadora: Qual papel da enfermagem frente ao tratamento da eclâmpsia?

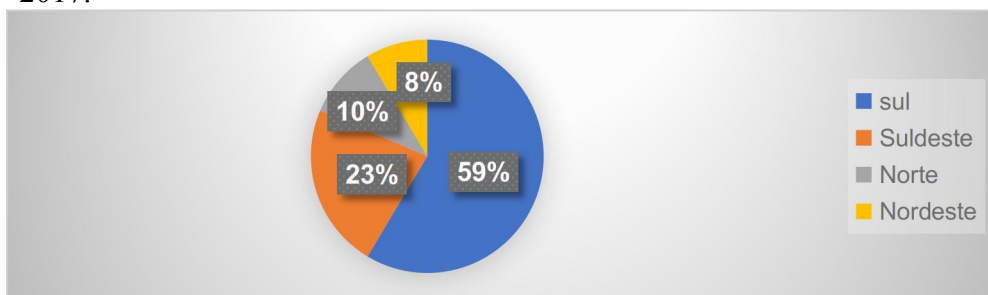
Procedeu-se a leitura dos títulos e resumos e a partir disso, foram pré-selecionados 39 artigos. Destes foram excluídos 12 artigos por não abordarem a temática do estudo, 08 estudos por estarem repetidos e 03 publicação por não possibilitar responder à questão norteadora. Aplicando esses critérios de inclusão, obteve-se 16 artigos elegíveis. Desses, 03 estudos foram excluídos por estarem repetidos e 04 por não possibilitar responder a questão norteadora. Desta forma restaram 09 artigos que compunham a amostra final para realizar esta revisão.

RESULTADOS

Nesta revisão integrativa foram analisados 09 artigos. A média das publicações que abordou o assunto, no período de estudo foi de 2,2 artigos por ano, com representatividade de 02 (22,2%) artigos em 2017, 02 (22,2%) artigos em 2013, de 02 (22,2%) artigos em 2010, de 01 (11,11%) artigos em 2016, de 01 (11,11%) artigos em 2015 e 01 (11,11) artigos em 2014.

As regiões que mais publicaram artigos sobre a temática nesse período foram as regiões Sul e Sudeste. O gráfico 1 a seguir mostra a distribuição dos artigos por região do país.

Gráfico 1 - Distribuição dos artigos incluídos na amostra por regiões do país. Brasil, 2009 -2017.

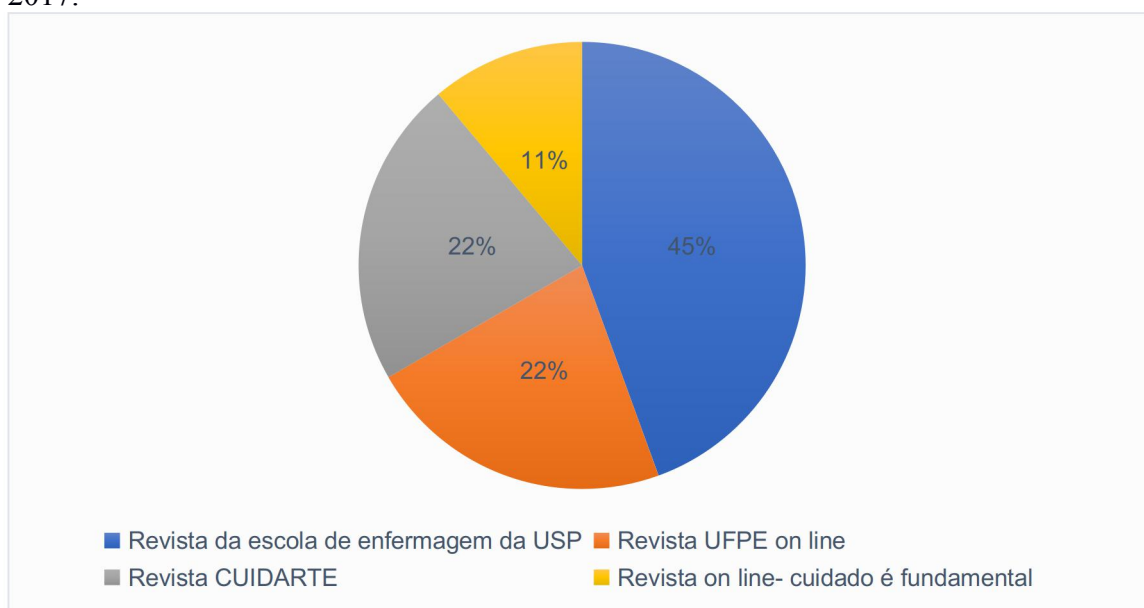


Fonte: elaborado pela autora.



Artigo

Gráfico 2 - Distribuição dos artigos incluídos na amostra por periódicos. Brasil, 2009 – 2017.



Fonte: elaborado pela autora.

No que se refere a base de indexação, verificou-se que os 09 artigos da amostra foram indexados na LILACS, sendo que 4 deles (44,44%) foram indexados também no BDEF. Quanto ao delineamento, todos foram de abordagem qualitativa.

Em relação a assistência do enfermeiro no tratamento de eclâmpsia, os conteúdos extraídos dos estudos desta revisão foram agrupados em duas categorias temáticas: (1) Conhecimento insuficiente do processo da doença; (2) Abordagem dos enfermeiros às mulheres com síndrome gestacional.

DISCUSSÃO

As ações humanísticas praticadas pela enfermagem, buscam realizar uma assistência com excelência, agindo de forma acolhedora preservando a vida da paciente



Artigo

e evitando traumas físicos e psicológicos. E com essa atuação formando um profissional ao qual podemos chamar de “Enfermeiro competente”, pois utilizam seus saberes técnicos, científicos, humanizados e sistematizados podendo prestar uma maior e melhor assistência para a paciente (LISBOA; VIEIRA, 2009).

Vale ressaltar que além de prestar uma assistência competente à saúde materna, ainda tem que se incluir a avaliação da vitalidade fetal, por meio de exames complementares, do partograma, das auscultas dos batimentos cardíofetais (BCF) e do desenvolvimento da altura uterina, contribuindo para a detecção precoce de intercorrências que possam causar algum dano vital à saúde da mulher, evitando e prevenindo a mortalidade materna e perinatal (LIMA; PASQUINI, 2006 e RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Sabe-se que no Brasil são altos os índices de síndromes hipertensivas gestacional (SHG), com base nessa informação foram analisados fatores de risco que influenciam no desenvolvimento dessa síndrome. Entende-se que o Brasil é um país sub desenvolvido e os fatores mais influenciáveis para tal desenvolvimento são a faixa etária, escolaridade, raça, ocupação, situação conjugal, local de moradia, além da ocorrência de alguma complicação ou óbito materno na família (PEREIRA et al., 2018).

Quanto a faixa etária, escolaridade e raça a grande maioria são adolescentes de 14 a 19 anos, com baixa escolaridade 56,65% que não concluíram o ensino médio e a predominância ainda é de mulheres negras (NADER; COSME, 2010; SOUZA; BOTELHO, 2010 e FIRMO; PAREDES; ALMEIDA, 2013).

Para melhor análise das informações ainda temos as mulheres que moram em zona rural elas representam 57% de chances a mais de desenvolverem a (SHG), devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a localização e qualificação dos serviços prestados a comunidade nem sempre supri suas necessidades, causando assim um aumento na taxa mortalidade infantil devido a fatores ambientais e estruturais (RAMOS; CUMAN, 2009).

Sabendo-se da gravidade que são as síndromes hipertensivas gestacionais (SHG), durante tal período, o que podemos fazer além de prestar uma assistência de qualidade de forma minuciosa e com responsabilidade, é estar em contínuo aprendizado, pois os enfermeiros são os profissionais a terem o primeiro contato com a gestante durante uma urgência obstétrica, faz-se necessário ter uma assistência pautada nas atualizações científicas. Durante o atendimento de uma gestante com suspeita de (SHG) o profissional de enfermagem deve realizar a coleta de dados de forma detalhada



Artigo

e um exame físico detalhado, além de estar atento aos níveis pressóricos e outros sinais de pré-eclâmpsia, solicitar coleta e acompanhar exames laboratoriais focando principalmente na proteinúria de 24 horas, além de nesse período realizar avaliação fetal por meio de ausculta dos BCF.

Já no atendimento de uma emergência obstétrica a assistência do enfermeiro vem a ser realizada por meio de intervenções rápidas como chamar ajuda, administrar oxigênio, estabelecer 2 acessos venosos calibrosos, dar início a terapia com sulfato de magnésio e com isso levar a gestante a estabilização do seu quadro. Após a estabilização, realizar a educação em saúde durante o ciclo gravítico puerperal e na alta hospitalar, são ações de enfermagem que garantem um cuidado assistencial de excelência reduzindo a mortalidade materno fetal (SILVA et al., 2014, TOWNSEND, 2011).

Outra forma de tornar o trabalho da enfermagem cada vez mais fidedigno é a educação continuada, pois por meio de cursos de capacitação deixa os enfermeiros cada vez mais informados e atualizados, tornando seu diagnóstico e conduta mais propícia, fidedigna e fundamentada (DULEY, 2010).

Após atendimento, cuidados assistenciais e estabilização da paciente, entra em ação a equipe multidisciplinar que atua em conjunto dando assistência não só a paciente, mais também para sua família informando e enfatizando do ocorrido, como se pode e deve conduzir a partir de presente momento, para que a evolução da gestante e/ou puérpera seja seguida à risca as condutas prescritas pelo médico e enfermeiro (BRANDÃO, 2014).

Conhecimento insuficiente do processo da doença

A síndrome hipertensiva gestacional é caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos superiores a 140X90mmHg a partir da vigésima semana de gestação. Para ser diagnosticada com pré-eclâmpsia além do aumento dos níveis da pressão arterial, deverá existir um aumento da proteinúria que é caracterizada pela perda de proteínas na urina, que nesse casos sinaliza dano renal. Para ser considerada proteinúria devemos encontrar os valores de >0,3g ou mais de proteínas na urina de 24 horas, que associadas a pressão arterial aumentada dá-se o diagnóstico de pré-eclâmpsia (OMS, 2010).

A eclampsia diferencia-se da pré-eclâmpsia apenas pela presença de convulsões ou seja, na eclâmpsia vamos encontrar além de níveis pressóricos elevado, perda de



Artigo

proteínas pela proteinúria e as convulsões, sendo descartados outros diagnósticos como epilepsia, meningite, sepsis, entre outros (OMS, 2005).

A OMS preconiza que nesses casos sejam utilizados os protocolos assistenciais para prevenção e tratamentos nesses quadros é realizado com Sulfato de magnésio (OMS, 2010). O sulfato é utilizado associado a assistência de qualidade que reduz cerca de 50% do risco de mortalidade por pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (DULEY et al., 2010).

A mais importante medida terapêutica a ser tomada nos casos de eclâmpsia é a utilização do sulfato de magnésio. Esse por sua vez tem sua profilaxia ideal que atua no mecanismo de ação das convulsões, fazendo com que cessem e reduzindo significativamente o risco de morte materna (DULEY, 2006; LAZARD, 1925 E SOUZA, 2006).

Abordagem dos enfermeiros às mulheres com síndrome gestacional

A abordagem correta deve ser iniciada por uma anamnese completa onde vai ser coletado as informações concretas sobre cada paciente levando a uma assistência e conduta mais confiável, além de ser imprescindível um bom exame físico que bem elaborado leva a encontrar achados importantes como sinais e sintomas que traçarão estratégias assistenciais e específicas para cada paciente (LISBOA; VIEIRA, 2009).

Durante a anamnese é possível obter informações que fazem toda diferença para formular um plano de cuidado assistencial prestado a cada gestante/puérpera que estiverem sob nossa responsabilidade. O nível de escolaridade por exemplo, faz toda diferença, estudos mostram que as puérperas mais acometidas com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia propriamente dita são aquelas com baixa escolaridade, baixa renda entre outros fatores. O que na maioria das vezes dificultam o entendimento da gravidade do problema que se encontra instalado na paciente no presente momento (SOUZA; BOTELHO, 2010).

Outro fator importante são os números de gestações, estudos trazem a informação de que a maioria das gestantes acometidas com síndromes hipertensivas gestacionais são as primíparas ou seja mulheres de primeira gravidez. O fato de nunca terem vivenciado esse processo que é a gestar um bebê em si, faz muitas vezes as primíparas não darem a devida importância sobre esse assunto que requer tanto cuidado (BRITO et al., 2015; BRASIL, 2012; REZENDE, 2008 e AGUIAR, 2010).



Artigo

Por esses motivos que faz-se ser importantíssima a abordagem correta, fundamentada e sistematizada por parte da equipe de enfermagem, pois são quem mais atuam e quem tempo permanecem com a paciente. A enfermagem tem papel fundamental no cuidado ideal dessa paciente, desde a classificação de um pré-natal de alto risco, durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito, quanto os cuidados nas unidades de terapia intensiva (UTI's) e nos alojamentos conjuntos (AC) (MOURA et al., 2010).

CONCLUSÃO

Ao final deste estudo podemos considerar que o objetivo da pesquisa foi alcançado. O estudo possibilitou descrever os cuidados assistenciais dos enfermeiros, mostrando que os cuidados assistenciais de enfermagem são capazes de reduzir complicações e taxas de mortalidade materno/infantil.

Os cuidados assistenciais de enfermagem descritos nesse estudo abrangem exame físico criterioso, identificação precoce de sinais de pré-eclâmpsia e eclampsia, interpretação de exames laboratoriais e avaliação fetal.

Também foi possível identificar a necessidade de cursos de capacitação para a equipe de enfermagem, pois com isso sua assistência será fundamentada, atualizada, conduzida e implementada de forma que leve a sua excelência.

REFERÊNCIAS

Aguiar LRS, Silva MGP, Feitosa WF, Cunha K. Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado a gestante com doença hipertensiva. **Revista Interdisciplinar**; v.7, n.1, p.15-204, 2014.

Aguiar MIF, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Rev Rene Fortaleza**. v.4, n.11, p.66-75, 2010.



Artigo

Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico** – 5nd ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. [citado 2019 jan 02]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.Pdf.

Brandão FS, Collares CF, Marin HF. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. **Sci Med** [Internet]. 2014 [citado 2019 Jan. 06]; v.24, n.2, Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br>.

Brasil. Informação à Saúde [Internet]. **Saúde da mulher. Políticas de assistência à mulher. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde**; 2012. [citado, 2019 jan 8]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher>.

Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ, Chow D. Magnesium sulphate and other anticonvulsivants for women with pre-eclampsia. **Cochrane Database Syst Rev.**; v.11, CD000025, 2010.

Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia (**Cochrane Review**). In: The Cochrane Library, Issue 1, Oxford: Update Software, 2006.

Edward KL, Mills C. A hospital nursing research enhancement model. **J Contin Educ Nurs.**v.44, n.10, p.54-447, 2013.

FirmoWCA, Paredes AO, Almeida AC, et al. Perfil dos exames laboratoriais em gestantes atendidas no Centro de Saúde de Lago Verde, Maranhão, Brasil. **J ManagPrim Health Care [periódico na Internet]**. 2013[acesso em 2015 Oct 15];4(2):77-86. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/173/0>.

Gleica Sodré de Oliveira, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão,



Artigo

Chalana Duarte de Sena Fraga, Maria Katiana Ricarte dos Santos, Magna Andrade dos Santos. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensivogestacional em hospital de baixo risco. **Revista cuidarte**. v.8, p.374, 2017.

Karen Krystine Gonçalves de Brito, Jorge Roberto Pessoa de Moura, Merifane Januario de Sousa, Josinalva Vieira de Brito, Simone Helena dos Santos Oliveira, Maria Júlia Guimarães Oliveira. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **res.: fundam. care. Online**. jul./set. v.7, n.3, p.2717-2725, 2015.

Lazard EM. A preliminary report on the intravenous use of magnesium sulfate in puerperal eclampsia. **Am J Obstet Gynecol**; v.9, p.88-178, 1925.

Lima EN, Pasquini VZ. Assistência humanizada ao parto: reflexões sobre a atuação da enfermagem obstétrica. **Rev Enferm UNISA**. v.7, P. 5-8, 2006

Lisboa MTL, Vieira MM. Exame físico e histórico de saúde. In: Potter PA, Perry 4G. **Fundamentos de Enfermagem**. Elsevier. 6ª ed. p:715-861, 2009.

Lopes G, Oliveira M, Silva K, Silva I, Ribeiro AP. Hipertensão gestacional e a síndrome hellp: ênfase nos cuidados de enfermagem. **Rev Augustus**. v.18,n.36, p. 77-89, 2013.

Medeiros AL, Santos SR, Cabral R, Silva JPG, Nascimento N. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.37, n.3, p.9- 21, 2016.

Mendes KDS; Silveira RCCP; Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Nursing**. v.17, n.4, p. 64-758, 2008.

Ministério da Saúde, Brasil. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde. 2016.



Artigo

Montenegro CAB, Pereira MN, Rezende Júnior J. Toxemia Gravídica. In: Rezende MF. Obstetrícia Fundamental. **Guanabara Koogan**. 13ª ed. p. 315, 2016.

Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sócio demográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm**; v.14, n.2, p.338-345, 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Brasília: OMS; 2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Educação para uma Maternidade Segura. Módulos de educação em obstetrícia: eclâmpsia. Brasília: OMS; 2005.

Ramos H, Cuman R. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 13, n.2, p.297-304, 2009.

Rabelo LR, Oliveira DL. Percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev Esc de Enferm da USP**. v.44, n.1, p.20-213, 2010.

Rezende Filho J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 11nd ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 2008.

Silva MLC, Galvão ACAA, Souza NL, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Araújo ACPF. Mulheres com risco cardiovascular após pré-eclâmpsia: há seguimento no Sistema Único de Saúde? **Rev Latino Am Enfermagem**.v.22, n.1, p. 9-93, 2014.

Souza LF, Botelho NM. Fatores de Risco para o Parto Prematuro em Puérperas que tiveram partos Pré-termo. **Fundação Santa Casa de Misericórdia** [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2015 Aug1]. Disponível em:
<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n4/a3056.pdf>.



Artigo

AUDITORIA: MEDINDO A QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

AUDIT: MEASURING THE QUALITY OF NURSING RECORDS

Kamanda Sabino Batista¹
Inacia Sátiro Xavier de França²
Sérgio Ribeiro dos Santos³
Francisco Stélio de Sousa⁴
Iracema Filgueira Leite⁵

RESUMO: Objetivou-se identificar publicações que medem a qualidade das anotações realizadas pelos profissionais de enfermagem nos prontuários, para fins de comparar a evolução destes registros com base no trabalho da auditoria. Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura, realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Foram selecionados artigos brasileiros de acesso gratuito, publicados na íntegra, no período de 2011 a 2018, que apresentavam dados primários sobre auditoria de enfermagem. Resultados: Foram selecionados sete artigos. A auditoria em enfermagem possui dois aspectos principais que fundamentam sua prática, voltados para a melhoria da assistência e otimização dos gastos. Conclusão: Observou-se a referência sobre erros nas anotações e prejuízos financeiros das instituições, sendo a auditoria um campo pouco explorado pelos

¹ Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. kamandasabino@hotmail.com;

² Enfermeira. Doutora. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil. inacia.satiro@gmail.com;

³ Enfermeiro. Doutor. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. profsergioufjb@gmail.com

⁴ Enfermeiro. Doutor. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil. stelio_uepb@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde. Professora da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. João Pessoa, Paraíba, Brasil. irafilgueira@hotmail.com



Artigo

pesquisadores, cabendo às instituições de saúde realizar capacitações para esses profissionais.

Palavras-chave: Auditoria de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT: The aim was to identify publications that measure the quality of records performed by nursing professionals in medical records, in order to compare the evolution of these records based on the audit work. Methodology: Integrative Literature Review, carried out in the databases of the Virtual Health Library (VHL), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). It was selected Brazilian papers of free access, published in full, from 2011 to 2018, which presented primary data on nursing audit. Results: Seven papers were selected. The nursing audit has two main aspects that base its practice, aimed at improving care and optimizing expenses. Conclusion: It was observed the reference about errors in the records and financial losses of the institutions, being the audit a field little explored by the researchers, being the responsibility of the health institutions to carry out training for these professionals.

Keywords: Nursing Audit; Nursing Records; Nursing

INTRODUÇÃO

Em 1956 foi criado o conceito de auditoria, por Lambeck, tendo como premissa a avaliação de qualidade da atenção com base na observação direta, registros e história clínica do cliente (CALEMAN, 1998). Trata-se de uma “avaliação sistemática e formal de uma atividade, por alguém não envolvido diretamente na sua execução, para determinar se essa atividade está sendo levada a efeito de acordo com seus objetivos” (KURCGANT, 1991). A auditoria proporciona à instituição o grande benefício de poder verificar os resultados de seus planos, se foram alcançados ou não, direcionando melhor o planejamento e obtendo melhor controle de custos (FILHO, 2012). Por conseguinte, pode-se orientar a equipe e a instituição quanto ao registro adequado das ações profissionais e ao respaldo legal e ético adiante da justiça (SETZ, D'INNOCENZO, 2009).



Artigo

Em 1980, com a fundação do Hospital Universitário, profissionais da Enfermagem iniciaram uma tentativa no sentido de implantar um programa de auditoria de Enfermagem, fruto da necessidade em estabelecer e prestar uma assistência de Enfermagem fundamentada e de qualidade. Assim, foram desenvolvidos os Padrões de Enfermagem do Hospital Universitário, iniciando-se a etapa de implantação dos mesmos no período de março a setembro de 1983 (FARACO, 2004).

No intuito de avaliar os aspectos qualitativos da assistência requerida pelo paciente, os processos internos e as contas hospitalares, a auditoria de enfermagem incorporou-se à rotina das instituições de saúde (SCARPARO et al., 2008). Representa a função de controle do processo administrativo, verificando se os resultados da assistência estão de acordo com os objetivos: avaliar, verificar e melhorar a assistência, podendo concentrar-se nos registros e anotações de enfermagem, onde o enfermeiro auditor possui o papel de elaborar relatórios expressando seu parecer sobre os gastos registrados ou negando o pagamento destes, se assim julgar necessário (URBANCIC, HAUSER, 1991; KURCGANT, 1976; MANZO, 2012).

Avalia-se sistematicamente a qualidade da assistência utilizando as anotações de enfermagem no prontuário do paciente, identificando os problemas contidos neles (FILHO, 2012). De modo crítico, a auditoria em enfermagem analisa a qualidade da assistência prestada, comparando o atendimento com padrões de atendimento e utilização de recursos preestabelecidos, estimulando mudanças sempre que necessário (MANZO, BRITO, ALVES, 2013).

Como cita Kurcgant (1976), “os cuidados de enfermagem podem ser avaliados através dos registros, logo, a avaliação dos registros, conseqüentemente reflete a qualidade de enfermagem”. Para classificar um serviço como bom ou mau, são realizadas avaliações baseadas num sistema de referência que permita uma comparação sistemática. Essa sistematização deverá ser o resultado de investigações e estudos profundos sobre a prática de enfermagem. Esses estudos darão subsídios para estabelecimento de critérios de comparação para o que se pretende avaliar.

Portanto, a auditoria em enfermagem não procura apenas se nortear pelo aspecto econômico, mas pela qualidade da assistência prestada ao cliente através de uma estratégia de avaliação (SETZ, D'INNOCENZO, 2009; KURCGANT, 1991; SCARPARO et al., 2008). Sendo assim dois os aspectos principais que fundamentam essa prática: um voltado para a melhoria da assistência e o outro, para a otimização dos gastos. Pode-se dizer que a auditoria procura identificar possíveis necessidades de ajustes na prática de enfermagem para garantir a melhor assistência com um custo



Artigo

adequado ao cuidado prestado. Esse processo de auditoria pode ser realizado tanto em instituições hospitalares como em clínicas, ambulatorios, *home cares* e operadoras de planos de saúde (MOTTA, 2003; DA LUZ, MARTINS, DYNEWICZ, 2007).

Nesta ótica, é necessário que haja qualidade da assistência e da produtividade do trabalho, assim como do registro das ações assistenciais. Com base nos dados obtidos por meio dos registros, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais. Portanto, o prontuário, como um instrumento legal, deve exibir informações, observações ou relatórios da enfermagem, pertinentes ao estado do paciente, cuidados prestados e evolução. (DA SILVA FONSECA et al., 2005; FARACO, ALBUQUERQUE, 2004).

O presente estudo tem como objetivo identificar pesquisas publicadas com relação ao campo da auditoria em enfermagem, entre 2010 e 2018, que medem a qualidade das anotações realizadas pelos profissionais dessa equipe em prontuários, para fins de comparar a evolução destes registros com base no trabalho da auditoria.

MATERIAL E METODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica, realizada com as seguintes etapas: 1-identificação do problema ou questionamento, 2-estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos (seleção da amostra), 3-definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, 4-análise dos resultados, 5-apresentação e discussão da revisão (GANONG, 1987; WHITTEMORE, KNAFL, 2005).

Etapa 1 – A pesquisa surgiu dos seguintes questionamentos: “Como é realizado o trabalho da auditoria utilizando informações, feitas pela equipe de Enfermagem, contidas nos prontuários dos pacientes?” e “As anotações da equipe de Enfermagem nos prontuários são bem feitas e de qualidade para garantir a continuidade do cuidado ao paciente e o trabalho da auditoria?”.

Etapa 2 - Busca de artigos na literatura, no período de agosto de 2018, nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando os seguintes descritores: auditoria em enfermagem,



Artigo

enfermagem, anotações de enfermagem. Realizou-se o cruzamento destes descritores por meio da utilização dos operadores booleanos (AND, OR, NOT).

Etapa 3 – Os artigos foram selecionados por dois pesquisadores incluindo-se artigos brasileiros de acesso gratuito, publicados na íntegra, no período de 2011 a 2018, e que apresentassem dados primários sobre auditoria de enfermagem.

Foram encontrados 101 artigos nas bases de dados pesquisadas, dos quais 94 foram excluídos por se tratarem de teses, dissertações, monografias, livros, capítulos, resenhas, notícias e estudos que não fizeram relação com o objetivo. Dessa forma, a amostra final da revisão contou com 07 artigos (FIGURA 1).

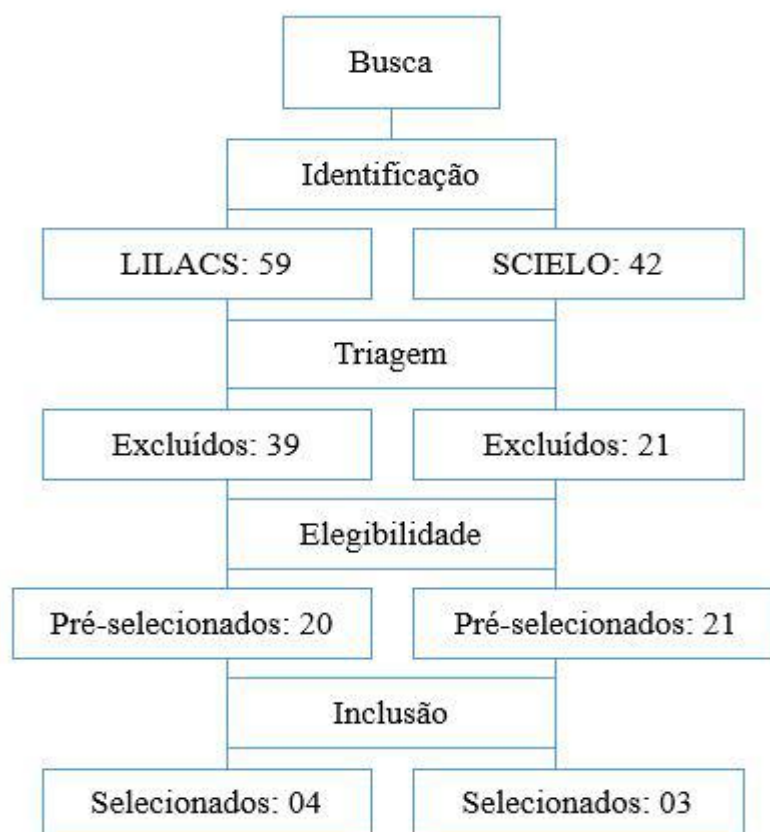


Figura 1 – Fluxograma baseado no PRISMA (LIBERATI et al., 2009) para estudos de revisão



Artigo

Etapa 4 – Procedeu-se a análise crítica dos artigos selecionados organizando-se os dados acerca das anotações da equipe de enfermagem em um quadro contendo o autor, título, revista e ano de publicação (DA LUZ LINS, BALSANELLI, NEVES, 2018).

A Etapa 5 - Apresentação dos resultados e discussão da revisão integrativa, constam nas sessões seguintes.

RESULTADOS

Ao final da busca em bancos de dados, a amostra final obteve 07 publicações. Apresentadas no Quadro 1, que nomeia as publicações que sustentaram este estudo.

Quadro 1. Publicações científicas sobre auditoria de enfermagem no controle das anotações de enfermagem, selecionados nas bases eletrônicas Lilacs e Scielo, no período de 2011 a 2018.

BASE DE DADOS **ARTIGO**

LILACS	CORDEIRO, Francislene de Fátima; DYNIEWICZ, Ana Maria; KALINOWSKI, Luísa Canestraro. Auditoria em registros de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev. enferm. UFPE on line , 2011.
LILACS	ROSA, Liliane de Abreu et al. Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica. Revista Mineira de Enfermagem , 2012.
SCIELO	SILVA, Josy Anne et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem , 2012.
LILACS	BLANK, Cinthya Yara; SANCHES, Elizabeth Navas; LEOPARDI, Maria Tereza. A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do Vale do Itajaí. Revista Eletrônica de Enfermagem , 2013
SCIELO	DOS SANTOS, Silvânia Paiva et al. Avaliação dos registros de enfermagem em hemoterapia de um hospital geral. Avances en Enfermería , 2013.
SCIELO	NOMURA, Aline Tsuma Gaedke; DA SILVA, Marcos Barragan; DE ABREU ALMEIDA, Miriam. Qualidade dos registros de enfermagem antes e depois da Acreditação Hospitalar em um hospital universitário. Revista Latino-Americana de Enfermagem , 2016.
LILACS	DE AQUINO, Maria de Jesus Nascimento et al. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. Enfermagem em Foco , 2018.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.



Artigo

DISCUSSÃO

Os artigos estudados apresentaram um percentual elevado de falhas nas anotações realizadas pela equipe de enfermagem nos prontuários dos pacientes. Entre elas estão: falta de identificação do profissional; ilegibilidade das anotações e abreviações desconhecidas; espaços em branco; rasuras; ausência do horário da anotação; registros incompletos.

Um dos estudos apontou que 51% dos registros apresentavam-se com assinatura e que 76% dos registros foi utilizado o carimbo, o que auxilia na forma mais completa de identificação (CORDEIRO, DYNIEWICZ, KALINOWSKI, 2011). Enquanto outra pesquisa apontou que 99,3% dos prontuários possuíam a identificação profissional correta, considerando a identificação de assinatura e carimbo nas anotações (DOS SANTOS et al., 2013).

A identificação do profissional é um dever deste, devendo ser realizada sempre que este fizer qualquer anotação no prontuário. As anotações devem conter assinaturas ou rubricas sobre os dados do carimbo contendo a sigla da categoria profissional, a inscrição do conselho e a sigla do COREN, acompanhada da sigla da Unidade da Federação. Quando do exercício profissional, o carimbo é pessoal, intransferível e de uso obrigatório em todo documento firmado (DE ENFERMAGEM, 2017).

Ao final de cada anotação deve haver carimbo, assinatura e número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do profissional que a realizou, conforme cita o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (DE ENFERMAGEM, 1993). A identificação dos profissionais pelo registro do nome e o carimbo do enfermeiro e do técnico de enfermagem que prestaram atendimento ajudam vigência de possíveis dúvidas e questionamentos subsequentes ao atendimento (SALEH, 2007).

Para que haja a continuidade da assistência ao paciente é necessário que os profissionais anotem todos os procedimentos e cuidados realizados, de forma que sua letra esteja legível. É fundamental que as evoluções, prescrições, registros e anotações de Enfermagem sejam realizadas de forma correta. De acordo com Barreto, De Lima e Xavier (2016), “as anotações devem ser claras e objetivas, de forma que qualquer pessoa que lê possa entender a informação registrada”.

Estudo revelou que 79% dos registros tinham a presença de espaços em branco durante uma anotação, na continuação desta e entre o final dos registros e o carimbo (CORDEIRO, DYNIEWICZ, KALINOWSKI, 2011). Os espaços em branco nas



Artigo

anotações de enfermagem não devem existir, pois qualquer pessoa pode acrescentar dados incorretos. Quando há sobra de espaço, preencher com traço contínuo a lacuna (MURTA, GARCIA, 2006; DE ENFERMAGEM, 1993).

Alguns artigos também citaram as rasuras como achado negativo nos prontuários. As rasuras deverão ser evitadas, usa-se a palavra “digo” entre vírgulas ou fazendo um risco com uma única linha e escrever a palavra “erro” (MURTA, GARCIA, 2006; RODRIGUES et al., 2008). O uso do corretor ortográfico, borrachas ou linhas cruzadas deve ser evitado (DE ENFERMAGEM, 1993).

A literatura demonstra que toda as anotações devem ser realizadas logo após a verificação da ocorrência do fato ou do cuidado prestado, para que não haja esquecimento de acontecimentos e detalhes importantes para o planejamento de cuidados do paciente, além de ser um indicativo de que o paciente está sendo assistido de forma permanente (VITURI, MATSUDA, 2008; MURTA, GARCIA, 2006). A sua ausência impossibilita saber se a prescrição foi realizada no início ou no final do plantão e também se contemplou as alterações que o paciente apresentou no decorrer deste período (SALEH, 2007).

O propósito do registro vai além da descrição das ações desenvolvidas na assistência, inclui também a avaliação tanto dos resultados gerados pelos procedimentos, como da evolução do enfermo. De acordo com a Resolução COFEN272/2002 (DE ENFERMAGEM, 2002), devem constar no prontuário: o histórico, diagnóstico e prescrição da assistência de enfermagem, o exame físico, a evolução da assistência da enfermagem e relatório das ações desenvolvidas.

Em estudo realizado com enfermeiras auditoras constatou que um dos aspectos mais preocupantes foi com a qualidade informativa do registro de enfermagem, sendo unânime entre os entrevistados a preocupação sobre a insuficiência ou inexistência dos relatórios de enfermagem nos prontuários (BLANK, SANCHES, LEOPARDI, 2013).

Registros incompletos ou ausência de registros podem gerar problemas de duplicidade de procedimentos executados, dificultando o acompanhamento dos cuidados prestados e a execução da atividade, o que pode colocar em risco a recuperação do paciente (FRANÇOLIN et al., 2012). As informações contidas nos registros possibilitam, além da avaliação da assistência prestada, o amparo judicial do profissional e/ou a instituição. Deve ser realizada a checagem correta para comprovação de que o procedimento foi executado e para o recebimento financeiro, pois a realização de registros claros e objetivos garante que o hospital receba o valor gasto (MURTA, GARCIA, 2006). O registro não realizado de forma adequada promove falha na



Artigo

comunicação entre as equipes de enfermagem, comprometendo, assim, a continuidade do cuidado. Além disso, pode colocar em dúvida a sua realização, visto que, se não existe registro, não há como se garantir que foi executado (ANDRADE et al., 2009).

CONCLUSÃO

O objetivo desta revisão foi alcançado, uma vez que foram encontrados artigos que se enquadram dentro dos critérios da seleção. Para tanto, tendo em vista o tamanho da amostra utilizada, vê-se a necessidade de que mais profissionais e estudantes de enfermagem deem importância ao tema, estudem, analisem, pesquisem e publiquem.

Percebe-se que a auditoria em enfermagem ainda é um campo pouco explorado pelos pesquisadores. É preciso que esta temática seja mais abordada tanto para os alunos quanto para os profissionais, nos cursos de formação quanto nas capacitações, para que estes saibam quais as práticas que devem ser adotadas com relação à auditoria.

Em relação aos problemas citados pelos autores dos artigos, referentes aos erros das anotações e aos prejuízos financeiros das instituições, chega-se à conclusão de que as instituições de saúde devem realizar capacitações para os profissionais de enfermagem dando ênfase à importância de uma boa anotação, com informações corretas, para fins de prestar assistência ao paciente com qualidade e ética e para respaldo legal, valorizando assim sua profissão.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. R. et al. Avaliação da qualidade do registro do balanço hidroeletrólítico. **Rev Enf Hosp Online**, v. 1, n. 1, p. 3-4, 2009.

BARRETO, Jacyara Almeida; DE LIMA, Gilberto Gonçalves; XAVIER, Camila Fernanda. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2016.

BLANK, Cinthya Yara; SANCHES, Elizabeth Navas; LEOPARDI, Maria Tereza. A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do Vale do Itajaí. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 233-42, 2013.



Artigo

BUZATTI, Cláudia Valéria; CHIANCA, Tânia Couto. Auditoria em enfermagem: erros e custos envolvidos nas anotações. **Nursing (São Paulo)**, v. 8, n. 90, p. 518-522, 2005.

CALEMAN, Gilson et al. Auditoria, controle e programação de serviços de saúde. **IDS/FSP/USP/Banco Itaú**, 1998.

CARRIJO, Alessandra Rosa; OGUISSO, Taka. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, 2006.

CESTARI, Tania Ferreira et al. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, v. 9, n. 1, p. 38-49, 2009.

CORDEIRO, Francislene de Fátima; DYNIEWICZ, Ana Maria; KALINOWSKI, Luísa Canestraro. Auditoria em registros de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 5, n. 5, p. 1187-1192, 2011.

DA LUZ LINS, Maria; BALSANELLI, Alexandre Pazetto; NEVES, Vanessa Ribeiro. Estratégias para ensinar liderança na graduação de Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 19, p. 3226, 2018.

DA LUZ, Alessandra; MARTINS, Andreia Pereira; DYNEWICZ, Ana Maria. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, 2007.

DA SILVA FONSECA, Ariadne et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo saúde**, v. 29, n. 2, p. 161-169, 2005.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Código de ética dos profissionais de enfermagem. **Rio de Janeiro**, v. 8, 1993.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução nº 0546 de 9 de maio de 2017: atualiza a norma para utilização da técnica do brinquedo terapêutico pela equipe de



Artigo

enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Brasília: Conselho Federal de Enfermagem**, 2017.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução COFEN-272/2002, de 27 de agosto de 2002. Normatiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem como modelo assistencial privativo do enfermeiro. **Brasília-DF**, 2002.

DOS SANTOS, Silvânia Paiva et al. Avaliação dos registros de enfermagem em hemoterapia de um hospital geral. **Avances en Enfermería**, v. 31, n. 1, p. 103-112, 2013.

FARACO, Michel Maximiano; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. Auditoria do método de assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 4, p. 421-4, 2004.

FERREIRA, Oranice et al. Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de enfermagem. **Rev Bras Hematol Hemoter**, v. 29, n. 2, p. 160-7, 2007.

FILHO, A. S. Q et al. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS: Organização e gerência de serviços de saúde. 1. ed. **Brasília: Gerav**, 2012.

FRANÇOLIN, Lucilena et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 79-83, 2012.

FLORIZANO, Alderinger Aparecida Tulher; FRAGA, Otávia de Souza. Os desafios da enfermagem frente aos avanços da Hemoterapia no Brasil. **Revista Meio Ambiente Saúde**, v. 2, n. 1, p. 282-95, 2007.

GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

ITO, Elaine Emi et al. Manual de anotação de enfermagem. **São Paulo: Atheneu**, p. 6-80, 2004.

KURCGANT, P. Administração em enfermagem. **São Paulo: EPU**;1991. 243p.



Artigo

KURCGANT, Paulina. Auditoria em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 106-124, 1976.

LIBERATI, Alessandro et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **PLoS medicine**, v. 6, n. 7, p. e1000100, 2009.

MANZO, Bruna Figueiredo et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 151-158, 2012

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; ALVES, Marília. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 1, p. 46-51, 2013.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. **Iátria**, 2003.

MURTA, Genilda Ferreira; GARCIA, Juliana Neves Russi. **Procedimentos básicos de Enfermagem no cuidar**. Difusão, 2006.

RODRIGUES, Andrea Bezerra et al. O guia da enfermagem: fundamentos para assistência. **São Paulo: Iátria**, 2008.

ROSA, Liliane de Abreu et al. Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 553-546, 2012.

SALEH, C. M. R. Sistematização da assistência de enfermagem no pronto-socorro. **Calil AM, Patanhos WY. O enfermeiro e as situações de emergências**. São Paulo: Atheneu, p. 45-55, 2007.



Artigo

SCARPARO, Ariane Fazzolo et al. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 302-305, 2008.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2009.

URBANCIC, Frank R.; HAUSER, Rexford C. Hospital audit committees: A comparative analysis of structural and functional characteristics. **Journal of Healthcare Management**, v. 36, n. 3, p. 383, 1991.

VITURI, Dagmar Willamowius; MATSUDA, Laura Misue. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 7, n. 1, 2008.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.



Artigo

**LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
ABORDANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**PRESSURE INJURY IN AN INTENSIVE THERAPY UNIT: ADDRESSING
NURSING ASSISTANCE**

Jaqueline Fernandes Araújo¹
Emmanuella Costa de Azevedo Mello²
Eliceia Almeida dos Santos³

RESUMO - As lesões por pressão são lesões na pele ou tecido subjacente que ocorrem normalmente em locais de proeminência óssea resultantes de força de atrito (pressão, fricção e cisalhamento). Os indivíduos mais acometidos são os idosos, por terem doenças crônicas degenerativas. Unidade de Terapia Intensiva é um setor destinado a prestar assistência a pacientes graves, com potencial risco de morte, que precisam de assistência contínua. Na avaliação dessas lesões, o enfermeiro é responsável pelo cuidado direto ao paciente, utilizando as escalas preditivas. O tratamento é custoso, sendo realizado através de curativos e medicações de uso tópico. O objetivo deste estudo é descrever os cuidados de enfermagem em pacientes com Lesão por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma Revisão Integrativa, cuja busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, *Cientific Eletronic Library On Line* e na Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde, por meio dos descritores cruzados unidade de terapia intensiva, tratamento, lesão por pressão. Nos resultados, a avaliação de risco para lesões por pressão esta ganhando espaço do dia a dia dos profissionais de saúde, em decorrência das tais lesões, como aumento do tempo de internação, mobilidade prejudicada, aumento do risco de infecção, além do elevado custo para o tratamento. Conclui-se que a escala de Norton, escala de Waterlow e escala de Braden

¹ Enfermeira formada pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. E-mail: quelyfernandes@gmail.com

² Docente da Escola de Enfermagem São Vicente de Paula. Enfermeira pós graduada. E-mail: emmanuellaazevedo@hotmail.com

³ Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Email: eliceiap@gmail.com



Artigo

utilizadas nas medidas preventivas são de suma importância na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva, visando prevenção e avaliação das lesões por pressão nos pacientes críticos.

Palavras-chave: Lesão por Pressão. Tratamento. Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT - Pressure injuries are lesions in the skin or underlying tissue that normally occur in places of bone prominence resulting from frictional force (pressure, friction and shear). The most affected individuals are the elderly, because they have chronic degenerative diseases. Intensive Care Unit is an area dedicated to providing assistance to serious, potentially life-threatening patients who need ongoing care. In the evaluation of these lesions, the nurse is responsible for direct care to the patient, using the predictive scales. The treatment is costly, being carried out through dressings and topical medications. The purpose of this study is to describe nursing care in patients with Injury in the Intensive Care Unit. This is an Integrative Review, whose search was performed in the Virtual Health Library, Cientific Eletronic Library On Line and in the Latin American Literature in Health Science, through the cross descriptors unit of intensive care, treatment, pressure injury. In the results, the evaluation of risk for pressure injuries is gaining space in the day-to-day life of health professionals, due to such injuries, such as increased length of stay, impaired mobility, increased risk of infection, and high cost for the treatment. It is concluded that the Norton scale, Waterlow scale and Braden scale used in preventive measures are of paramount importance in intensive care unit nursing care, aimed at prevention and evaluation of pressure injuries in critical patients.

Keywords: Pressure Injury. Treatment. Intensive care unit.

INTRODUÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar destinado a prestar assistência a pacientes graves, com potencial risco de morte, que precisam de assistência contínua. Local caracterizado muitas vezes como ambiente relacionado ao sofrimento e morte. Mesmo com a modernização da assistência em saúde, a incidência e prevalência



Artigo

de lesões por pressão no ambiente da UTI permanecem crescentes. (TEXEIRA et al., 2017). Vários fatores estão relacionados com tais lesões, assim, uma avaliação criteriosa e periódica do estado geral do paciente em risco para o desenvolvimento de lesões por pressão é imprescindível na prática assistencial do enfermeiro (BORGHARDT et al., 2015).

O idoso apresenta fatores de risco para desenvolver LPP que podem ser agravados durante e após a internação hospitalar, como a presença de morbidade, alterações nutricionais e déficit cognitivo (MORAES et al., 2012). No entanto vale lembrar que a equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado direto com o paciente e pelo gerenciamento de toda a assistência, cabendo a esta equipe maior parcela do cuidado (ASCARI, 2014).

As lesões por pressão, mesmo sendo um evento prejudicial que na maioria das vezes pode ser evitado, existem algumas situações que mesmo com medidas preventivas, as condições fisiológicas do paciente tornam as lesões inevitáveis. Pacientes com sensibilidade diminuída, idade avançada, imobilidade prolongada ou restrita ao leito são mais susceptíveis à lesão por pressão, que acometem frequentemente nas regiões mentoniana, occipital, escapular, cotovelo, sacral, ísquio, trocânter, crista ilíaca, joelho, maléolo e calcâneo (MAZZO et al., 2018).

No dia 13 de abril de 2016, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), uma organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de úlceras por pressão anunciou a mudança da terminologia de úlcera por pressão para lesão por pressão e atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação, lesão por pressão é um dano localizado na pele ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivos utilizados no tratamento médico ou a outro artefato (NPUAP, 2016). Tais lesões são resultantes de força de atrito (pressão, fricção e cisalhamento) e de fatores contribuintes que ainda não estão claramente elucidados (BORGHARDT et al., 2016).

O crescimento populacional dos idosos cria uma maior demanda por serviços assistenciais em saúde e serviços sociais, sendo essencial para um país em transição demográfica, como o Brasil, encontrar alternativas para a tendência de institucionalização dos idosos a longo prazos (FERREIRA et al., 2014).

No intuito de proporcionar mais subsídios no sentido de aperfeiçoar e estender a habilidade clínica dos enfermeiros, diversos autores criaram escalas de análise de risco, dentre as quais, as mais citadas na literatura são a escala de NORTON, WATERLOW E



Artigo

BRADEN, aplicadas para prevenir e detectar lesões por pressão. A escala de Norton avalia cinco parâmetros para grau de risco; condição física, nível de consciência, mobilidade e incontidência. A escala de Warterlow baseou-se na escala de Norton, porem abrange mais classificações, utilizando sete parâmetros principais para identificar os fatores casuais oferecendo um método de avaliação de risco e grau da lesão. Esses parâmetros são: relação peso altura (IMC), avaliação visual da pele em área de risco, sexo idade continência, mobilidade, apetite e medicações. A escala de Braden integra seis subescalas: percepção, sensorial, atividade, mobilidade, nutrição, fricção ou cisalhamento (SANTOS et al., 2013).

Para idosos acometidos de lesões por pressão (LPP), ou com risco de adquiri-las existem protocolos padronizados e normatizados para a prevenção e cuidado, ressalta Moraes et al. (2013) Essas lesões acarretam custos elevados no investimento em material e equipamento necessários aos cuidados curativos, assim como o aumento do consumo de fármacos, além de custos eventuais de uma intervenção cirúrgica ou hospitalização prolongada, como ressalta Silva (2013).

Para as LPP existem vários tipos de tratamento curativo primário (é um curativo que entra em contato com o leito da ferida com uma cobertura de gases), secundário (serve para fixa o curativo primário a pele do paciente com duas coberturas de gases), oclusivos e semi-oclusivos (são aqueles que criam e mantem um a hidratação ideal para o processo de cicatrização a LPP). Esses produtos utilizados na hora do curativo: gases, filme transparente, hidrocoloide, hidrogéis, alginaco e hidro fibras, espumas, carvão ativado e colágeno, sabonete antissépticos, se necessário faz o desbridamento: Mecânico enzimático e autolítico e para o tratamento utiliza também as drogas inflamatórias (MALAGUTI, 2015).

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais os cuidados de enfermagem para a avaliação e tratamento de lesão por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva?

Considero relevante este estudo como uma contribuição significativa e marcante para o entendimento sobre a avaliação e o tratamento de úlceras por pressão Unidade de Terapia Intensiva, visto que pacientes no setor UTI desenvolvem lesão por pressão seja por instabilidade hemodinâmica, deficit na assistência, estrutura deficiente, entre outros. Os profissionais de saúde precisam saber como fazer essa avaliação para um melhor atendimento na UTI.



Artigo

Dessa forma, o objetivo desta revisão integrativa é descrever a assistência de enfermagem a pacientes acometidos por Lesão por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Os idosos são pessoas com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento populacional, refere-se a mudança na estrutura etária da população, de forma que a participação de idosos no total de população se amplia de maneira contínua (ZONON, R.R. et al., 2013).

O processo de envelhecimento produz modificações intensas no organismo humano, tornando-o mais vulnerável a doenças. A idade avançada contabiliza tais modificações e vulnerabilidade a doenças que, além de demandar longas internações hospitalares, podem produzir sequelas, que comprometam a saúde e qualidade de vida do idoso (MORAES et al., 2012).

O perfil da população idosa constitui-se de características individuais que poderão levar o indivíduo a desenvolver uma lesão por pressão (LPP), como alterações na estrutura da pele, mobilidade prejudicada e padrão cognitivo alterado (MORAES, 2012).

A lesão por pressão é caracterizada como indicador negativo de qualidade da assistência, analisadas internacionalmente como evento adverso e simboliza um desafio para assistência em saúde por cooperar com o crescimento da morbidade, da mortalidade, tempo, custos do tratamento de saúde e afetar elevado número de pessoas. (MAZZO et al., 2018).

Conforme Borghardt et al. (2015), o desenvolvimento dessas lesões por pressão na maioria das vezes, é rápido e agrega complicações ao indivíduo hospitalizado, além de prolongar o tratamento e a reabilitação diminuindo a qualidade de vida, causando dor e aumento da mortalidade. Ressalte-se que as lesões por pressão constituem problemas de saúde pública, sobretudo considerando o impacto que tem para a pessoa doente, a família sociedade (SILVA et al., 2013).

De acordo com o NPUAP 2016 o sistema de classificação inclui as seguintes definições: Lesão por pressão estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece e pode aparecer diferente em pele de cor escura, Lesão por pressão estágio 2: Perda de



Artigo

pele com espessura parcial com exposição a derme. Lesão por pressão estágio 3: Perda da pele em espessura total. Lesão por pressão estágio 4: Perda da pele e sua espessura total e perda tissular. Lesão por pressão por pressão não classificável perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. Lesão tissular profunda descoloração vermelha escuro marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece (MORO JV, 2016).

Conforme definições de Santos et al., 2016 a LPP causa grande sofrimento físico e emocional do paciente, reduzindo a sua independência nas atividades diárias, comprometendo o seu processo de reabilitação e conseqüentemente, impactando negativamente a sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa cuja trajetória metodológica percorrida na literatura explorativa do material da pesquisa, contribuiu para um enfoque literário claro e objetivo (SILVA, SANTIAGO; LAMONIER, 2012).

Segundo Pompeo (2009), a revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica como os estudos com diferentes abordagens metodológicas.

A elaboração da presente revisão integrativa percorreu seis etapas: estabelecimento do objetivo da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos, ou seja, da seleção de amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa consistiu na apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais os cuidados de enfermagem para a avaliação e tratamento de lesão por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva?

Para a busca e seleção de artigos foram realizadas uma busca ampla na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Cientific Eletronic Library On Line (SCIELO) e na Literatura Americana em Ciência da Saúde (LILACS) por meio de cruzamento de termos, “UTI”; “tratamento”; “lesão por pressão”; separados pelo booleano AND.



Artigo

A busca foi realizada no mês de maio de 2018. A partir do cruzamento dos termos foram recuperados 30 artigos. Foram incluídos na amostra aqueles que atenderam os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre 2012 e 2018, no idioma português, indexados na íntegra, na base de dados selecionados. Foram excluídos da amostra dissertações, teses e artigos publicados em outro idioma, mas que não possuíam relação direta com a temática. Constituindo uma amostra de 11 artigos.

Para viabilizar a coleta dos dados a serem extraídos dos artigos, foi elaborado um instrumento composto pelos seguintes itens: título, autores, periódico, ano de publicação, origem dos estudos, objetivos e resultados.

Após a leitura crítica e exaustiva dos estudos selecionados, procedeu-se o preenchimento do instrumento acima referido, tendo em mente responder a questão norteadora e a organização dos dados. Em seguida, foram realizadas a interpretação, síntese e discussão dos principais resultados da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cruzamento com os descritores resultou em 30 artigos, os quais foram filtrados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, na qual foram extraídos 11 artigos estabelecidos que atendessem os critérios selecionados.

Categorização dos estudos

Dos artigos incluídos na revisão integrativa destacam-se as de periódicos importantes para a saúde: Revista brasileira geriatria e gerontologia, Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), Acta Paul Enfermagem, Revista Latino-americana de enfermagem (RLAE), Revista Escrita Anna Nery, Revista de Enfermagem Contemporânea, Revista Esc. Enfermagem USP, Revista Estima.

Quanto ao tipo de planejamento de pesquisa dos artigos avaliados, deixa claro o tipo de amostras: Pesquisa quantitativa, Estudo longitudinal prospectivo, pesquisa bibliografia, corte prospetiva, Estudo transversal com abordagem quantitativa, pesquisa bibliográfica descritiva de caráter qualitativa, Relato de experiência.

Certifica-se que a maioria é proveniente de São Paulo, Estado Brasileiro. Em relação aos anos a maioria é dos anos de 2013 e 2016 conforme mostra a tabela.



Artigo

Ano de publicação	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Números artigos	1	3	1	1	3	1	1

Fonte de dados empírica da pesquisa, 2018. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

No quadro a seguir são apresentadas as características dos artigos das amostras quanto a título, autor, ano de publicação, periódico, tipo de estudo.

N	Título	Autor	Ano	Periódico	Tipo de estudo
1	Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados	MORAES, GLA; et al.	2012	Revista Acta Paul Enfermagem (SciELO)	Estúdio longitudinal prospectivo
2	Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira	ZONON, R.R; MOUTO, A.C; RODRIGUES, R. L.	2013	Revista Brasileira, Est. Pop. (SciELO)	Pesquisa quantitativas
3	Escalas utilizadas para a prevenção de úlcera por pressão em pacientes domiciliados	SANTOS, Pinheiro; NEVES, Costa; SANTOS, Oliveira	2013	Revista de Enfermagem Contemporânea (SciELO)	Pesquisa descritiva exploraria de carácter qualitativa
4	Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teórica	SILVA, Pereira Martins. et al	2013	Revista Esc. Enfermagem USP (SciELO)	Pesquisa quantitativa
5	Serviços de atenção ao idoso e estratégia de cuidado domiciliares e institucionais	FERREIRA, Chaclet prett; ORUI, Bansi; PACHECO, Pascool.	2014	Revista Brasil geriatria e gerontologia (LILACS)	Revisão bibliográfica
6	Avaliação das escalas de risco para úlceras por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva	BORGHARDT, AT; et al	2015	Revista Latino-americana enfermagem (SciELO)	Coorte prospectivo
7	Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em enfermagem	MORO, JV; COLIRI, MHL.	2016	Escola Anna Nery (SciELO)	Estudo transversal
8	Diagnóstico de	SANTOS, CT;	2016	Revista Latino-	Validação de



Artigo

	enfermagem risco de úlcera por pressão: validação de conteúdo	ALMEIDA, MA; LUCENA, A F		americana de enfermagem (SciELO)	conteúdo
9	Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados	BORGHARDT, Temanzeni Prado Nascimento; et al Revista brasileira de enfermagem (REBEN)	2016	Revista brasileira de enfermagem (REBEN)	Coorte prospectiva
10	Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação	TEXEIRA, Anne Kayline Soares. et al.	2017	Revista Estima	Pesquisa quantitativa
11	Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação.	MAZZO, A. et al.	2018	Escola Anna Nery (SciELO)	Relato de experiência

Fonte de dados empírica da pesquisa, 2017. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Eixos temáticos (DISCUSSÃO)

No estudo 1, a utilização das escalas na avaliação e prevenção dos LPP, para o enfermeiro na avaliação de risco da lesão por pressão, a utilização da escala Braden, após a alta hospitalar de idosos restritas ao leito. Segundo o autor que essa escala permite uma avaliação de vários fatores relacionados à ocorrência das LPP e que a aplicação desse instrumento auxilia o avaliador a realizar um exame detalhado das condições clínicas do paciente no domicílio.

No estudo 2, afirma que a população idosa são aqueles com 60 anos ou mais, e que esse tipo de população está se ampliando de maneira contínua no Brasil devido ao declínio de fecundidade, por tanto é importante reconhecer que com o aumento populacional, aumenta-se o custo de vida para esse tipo de população.

No estudo 3, explica que os pacientes com maior risco de desenvolver LPP são aqueles em estado crítico ou com maior necessidade de manipulação, e um dos meios de prevenção dos LPP é a aplicação das escalas preditivas que auxiliam nas medidas preventivas para que o enfermeiro possa detectar precocemente o risco do paciente



Artigo

adquirir tais lesões, podendo comparar a aplicabilidade, vantagens e desvantagens das escalas utilizadas.

No estudo 4, o autor afirma que os protocolos de avaliação de lesões por pressão fornecem ampla visão dos reais necessidades do paciente, dando subsídios para o enfermeiro promover uma assistência de qualidade, contribuindo para a redução da incidência das LPP.

No estudo 5, O crescimento populacional dos idosos cria uma demanda por serviços médicos e sociais, sendo essencial para um país em transição demográfica como o Brasil, encontrar alternativas para a tendência de institucionalização ao longo prazo dos idosos

Para o estudo 6, afirma que entre as escalas mais comumente utilizadas para avaliação de LPP encontra-se a escala de Braden e a escala de Waterlow. Em pacientes críticos ou com mobilidades prejudicadas, elas devem ser utilizadas diariamente em decorrência das condições clínicas para implementação de ações preventivas.

No estudo 7, relata em seu estudo, que ocorre uma necessidade de comunicação para o cuidado domiciliar durante a hospitalização do paciente, e como consequência dessa transição hospital e domicílio os cuidados preventivos não são continuadas.

No estudo 8, explica em seu estudo que a LPP inicia silenciosamente, causando dor e sofrimento ao paciente, além de desenvolver outras complicações com infecções, comprometendo o processo de reabilitação e, conseqüentemente impactando negativamente sua qualidade de vida. Diante disso, a apresentação a LPP se mostra essencial na diminuição da prevalência e incidência desse agravo.

No estudo 9, explicam que o tratamento das lesões por pressão (LPP) é considerada um problema de saúde pública os custos com os tratamentos são muitos elevados, devido ao investimento necessário com curativos, usos de fármacos, desbridamento ou hospitalização prolongada gerando custos à instituição e aumento na demanda de trabalho da enfermagem.

No estudo 10 define Unidade de Terapia Intensiva (UTI) um setor a qual é prestada assistência a paciente graves, com potencial risco de morte, que precisam de assistência contínua.

Finalizando, o estudo 11 alega que as lesões por pressão mesmo sendo um evento prejudicial que na maioria das vezes pode ser evitado existem algumas situações que mesmo com medidas preventivas, as condições fisiológicas do paciente tornam as lesões inevitáveis.



Artigo

CONCLUSÃO

As lesões por pressão (LPP) causa sofrimento físico e emocional ao paciente, os mais acometidos são os idosos por causa das doenças crônicas degenerativas funcionalidade comprometida e internação a longo período.

Com base nos artigos analisados a uma responsabilidade da equipe multi profissional no tratamento das LLP no setor da UTI, porém a enfermagem é responsável pelo cuidado direto com o cliente.

Ao assistir ao paciente com de LPP, o enfermeiro deve prestar uma assistência de qualidade deve ter conhecimento específico em relação aos tipos de curativos (primário, secundário, oclusivo e semioclusivo) os produtos utilizados, as medicações de uso tópico que entra em contato com o leito da ferida bem como os fatores que interferem na cicatrização.

Esse artigo traz conhecimentos específicos para os profissionais de saúde que atuam na avaliação e no tratamento de LPP. Deve-se também incorporar estratégias para a prevenção e utilizar as escalas preditivas na avaliação dos LPP, pois uma avaliação e um tratamento criterioso são imprescindíveis na prática da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ASCARI, Amora. et al. Ulcera por Pressão: um desafio para a enfermagem. 2014. Disponível em: <www.mastereditora.com.br/bjsc.2014>

BORGHARDT, A. T. et al. Avaliação das escalas de risco para ulcera por pressão em paciente críticos: um coorte prospectiva. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**. Jan – Fev., 2015

BORGHARDT, Prado. et al. Ulcera por Pressão em pacientes críticos: Incidência e fatores associados. **Revista Brasileira Enf.**, Maio – Jun., n. 3, p. 69, 2016
Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Ulcera por pressão em cuidados institucionalizados. Anais CIEH, 2015, v. 2, n. 1



Artigo

Fonte de publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia Sobest e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBNDW. Disponível em: <eupuop.org e W.NPUOP.org>3.2016

FERREIRA, Chacletprett; ORUI, Bansi; PACHECO, Pascool. Serviço de Atenção ao idoso e estratégias domiciliares e institucionais. **Rev. Brasil. Geriatria Gerontologia**, 2014

MAZZO, A. et al. Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação. **Rev. Escola Ana Nery** 2018; 22(1)

MALAGUTT, Willian; KAKIHARA, Cristiano Tarzia. **Curativo estomias e dermatologias: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo, Ed.3, p. 118. 2014

MORO, J V. COLIRI, MHL. Ulcera por Pressão após a alta hospitalar e o cuidado no domicilio. **Rev. Escola Ana Nery**, Jul – Set. 2016

MORAES, G L A. et al. Avaliação de risco para ulcera por pressão em idosos acamados no domicilio. **ACTA Paul Enferm**. Junho, 2015

MORAES, de Andrade. et al. Aplicação de protocolo de prevenção de ulcera por pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida. **Cogitare Enferm**. 2013

SANTOS, C. T.; ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A. F. Diagnostico de enfermagem risco de ulcera por pressão: Avaliação de conteúdo. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**, p. 24 – 26, 2016

SANTOS. et al. Escalas utilizadas para prevenir ulceras por pressão em pacientes críticos. **Rev. Enfermagem Contemporânea**. Agosto, n. 1, v. 2, p. 19 – 31, 2013

SILVA, Pereira Martins. et al. Custo econômico do tratamento das ulceras por pressão: uma abordagem teoria. **Revista Esc. Enferm. USP**, 2013

TEXEIRA, Anne Kayline Soares. et al. Incidência de lesões por pressão





ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. ESTIMA, v.15 n.3, p. 152-160, 2017

ZONON, R.R; MOUTO, A.C; Rodrigues, R. L. Envelhecimento Populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva Brasileira. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, p. 545 - 567, 2013.



LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ABORDANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Páginas 130 a 142

Artigo

CONSIDERAÇÕES DA LITERATURA ACERCA DA LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

CONSIDERATIONS OF THE LITERATURE ON PRESSURE INJURY IN INTENSIVE THERAPY UNITS: AN INTEGRATING REVIEW.

Eliceia Almeida dos Santos¹
Verônica Maria Florêncio de Moraes²

RESUMO - As lesões por pressão são feridas na pele ou tecido subjacente que ocorrem devido à falta de suprimento de oxigênio e nutrientes nos tecidos, devido a pressão que os tecidos moles sofrem junto à uma proeminência óssea por longos períodos. São encontradas em áreas vulneráveis a pressão externa persistente. O tratamento é realizado através de curativos, medicações. Vale lembrar que o profissional de enfermagem é responsável pelo cuidado direto com o paciente. Assim, o objetivo deste estudo é descrever o que a literatura aborda sobre lesões por pressão em unidades de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão integrativa, cuja busca foi realizada em bases de dados online, por meio dos descritores cruzados entre si da seguinte maneira prevenção, tratamento, lesão por pressão e unidade de terapia intensiva, separados pelo booleano AND. Os resultados evidenciam que os pacientes críticos são propícios ao desenvolvimento de tais lesões, destacando o idoso, devido à pele sofrer maiores transformações próprias do processo fisiológico do envelhecimento e as doenças crônicas ocasionam internação a longo período deixando-os mais vulneráveis. A conclusão é que as lesões por pressão são, muitas vezes, decorrentes da não execução de normas básicas de segurança do paciente, cabendo aos profissionais envolvidos maior empenho para amenizar ou mesmo sanar esse problema de grande acometimento em unidades de terapia intensiva.

Palavras-chave: Lesão por Pressão. Prevenção. Tratamento. Unidade de terapia intensiva.

¹ Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP). E-mail: eliceiapp@gmail.com

² Farmacêutica, mestre em Ciências de Alimentos pela UFPB, Professora da FESVIP.



Artigo

ABSTRACT - Pressure lesions are injured in the underlying skin or tissue that occur due to lack of supply of oxygen and nutrients in tissues due to the pressure that the soft tissues undergo along a prominent bone for long periods. They are found in areas vulnerable to persistent external pressure. The treatment is performed through dressings, medications. It is worth remembering that the nursing professional is responsible for direct care with the patient. Thus, the aim of this study is to describe what the literature discusses about pressure injuries in intensive care units. This is an integrative review, whose search was carried out in online databases, through the descriptors cross-referenced as follows: prevention, treatment, pressure injury and intensive care unit, separated by the Boolean DNA. The results show that the critical patients are propitious to the development of such lesions, highlighting the elderly, due to the fact that the skin undergoes major changes typical of the physiological process of aging, and chronic diseases cause long-term hospitalization, making them more vulnerable. The conclusion is that pressure injuries are often due to the non-execution of basic patient safety standards, and professionals involved have a greater commitment to alleviate or even cure this problem of intensive care in intensive care units.

Keywords: Pressure Injury. Prevention. Treatment. Intensive care unit..

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LPP) são lesões na pele e ou tecido subjacente que ocorrem normalmente em locais de proeminência óssea, resultantes de força de atrito (pressão, fricção e cisalhamento) e de fatores contribuintes que ainda não são claramente elucidados (BORGHARDT, et al. 2016).

Na unidade de terapia intensiva (UTI), que é um ambiente destinado a pacientes em estado crítico, há maior probabilidade de ocorrer Eventos Adversos (EA) isso devido os doentes necessitarem de cuidados altamente complicados durante o seu tratamento. Os pacientes de UTI são os mais desprotegidos quanto a manter a pele íntegra desde o primeiro dia de UTI possuindo alto risco, principalmente pela limitação na atividade física e mobilidade (BORGHARDT et al. , 2016).



CONSIDERAÇÕES DA LITERATURA ACERCA DA LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Páginas 143 a 158

Artigo

No intuito de proporcionar mais subsídios no sentido de aperfeiçoar e estender a habilidade clínica dos enfermeiros, diversos autores criaram escalas de análise de risco, dentre os quais, mas citados na literatura são o de NORTON, WATERLOW E BRADEN, aplicadas para prevenir e detectar LPP (SANTOS, et al. 2013).

A escala de Norton avalia cinco parâmetros para grau de risco; condição física, nível de consciência, mobilidade e incontinência. A escala de Waterlow se baseou na escala de Norton, porém abrange mais classificações, utilizando sete parâmetros principais para identificar os fatores casuais oferecendo um método de avaliação de risco e grau da lesão. Esses parâmetros são: relação peso altura (IMC), avaliação visual da pele em área de risco, sexo idade continência, mobilidade, apetite e medicações. A escala de Braden integra seis subescalas: percepção, sensorial, atividade, mobilidade, nutrição, fricção ou cisalhamento (SANTOS et al 2013).

Esses protocolos fornecem ampla visão das reais necessidades do paciente, dando subsídios para o enfermeiro promover a sistematização da assistência com intervenções individualizada e efetivas contribuindo para tomada de decisões, reduzindo a incidência de LPP, promovendo a economia de equipamentos e evitando sobrecarga da equipe de enfermagem (MORAES, 2013).

As LPP acarretam custos elevados no investimento em material e equipamento necessários aos cuidados curativos, assim como o aumento do consumo de fármacos, além de custos eventuais de uma intervenção cirúrgica ou hospitalização prolongada (SILVA, 2013).

Para prestar um cuidado ao cliente portador de ferida é necessária uma assistência interdisciplinar, haja vista a diversidade de variáveis que envolvem o cuidado de ferida, mas sem dúvida essa é uma atribuição desenvolvida pela enfermagem em sua prática diária, fazendo do enfermeiro um profissional mais indicado para a prevenção, avaliação e tratamento de feridas (SIQUEIRA, 2015).

Pela consequência do problema citado houve a curiosidade de que como a enfermagem avalia e como trata as lesões por pressão em unidades de terapia intensiva e se realmente essa assistência é colocada em prática pelo enfermeiro. Diante disso, o objetivo da presente pesquisa é descrever o que a literatura aborda acerca da LPP em unidades de terapia intensiva.



Artigo

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa onde cuja trajetória metodológica percorrida na literatura explorativa do material da pesquisa, contribuindo para um enfoque literário claro e objetivo (SILVA, SANTIAGO; LAMONIER, 2012).

Segundo Pompeo (2009), a revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permitem incluir literatura teórica e empírica como os estudos com diferentes abordagens metodológicas.

A elaboração da presente revisão integrativa percorreu seis etapas: estabelecimento do objetivo da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos, ou seja, da seleção de amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa consistiu na apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a busca e seleção de artigos foram realizadas uma busca ampla na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Cientific Eletronic Library OnLine (SCIELO) e na Literatura Americana em Ciência da Saúde (LILACS) por meio de cruzamento de termos, “prevenção”; “tratamento”; “lesão por pressão”; e “UTI” separados pelo booleano AND.

A busca foi realizada entre os meses de Janeiro e março de 2018. A partir do cruzamento dos termos foram recuperados 50 artigos. Foram incluídos na amostra aqueles que atenderam os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre 2010 e 2016, no idioma português, indexados na íntegra, na base de dados selecionados. Foram excluídos da amostra dissertações, teses e artigos publicados em outro idioma e aqueles publicados em português, mas que não possuíam relação direta com a temática. A amostra final é constituída de 11 artigos.

Para viabilizar a coleta dos dados a serem extraídos dos artigos, foi elaborado um instrumento composto pelos seguintes itens: título, autores, periódico, ano de publicação, e objetivos.

Após a leitura crítica e exaustiva dos estudos selecionados, procedeu-se o preenchimento do instrumento acima referido, tendo em mente responder a questão norteadora e a organização dos dados. Em seguida, foram realizadas a interpretação, síntese e discussão dos principais resultados da pesquisa.



Artigo

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicação da revisão integrativa feita em quadros para uma melhor visualização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cruzamento com os descritores resultou em 50 artigos, os quais foram filtrados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, na qual foram extraídos 11 artigos estabelecidos que atendessem os critérios selecionados.

Dos artigos incluídos na revisão integrativa destacam-se as de periódicos importantes para a saúde: Revista eletrônica de Enfermagem, ciência e saúde, Revista Latino-americana de enfermagem (RLAE), Revista. Bras. Enfe. , Revista de enfermagem UERJ, Revista Esc. Enfermagem USP, REVRENE.

Quanto ao tipo de planejando de pesquisa dos artigos avaliados, deixa claro o tipo de amostras: Pesquisa quantitativa, Estudo longitudinal prospectivo, pesquisa bibliografia, corte prospectiva, Estudo transversal com abordagem quantitativa, pesquisa bibliográfica descritiva de carácter qualitativa.

Certifica-se que Em relação aos anos a maioria é dos anos de 2016 conforme mostra o quadro seguinte.

Quadro 1. Distribuição dos artigos por anos. João Pessoa/PB. 2018.

Ano de publicação	2010	2011	2013	2015	2015	2016
Números artigos	2	2	1	2	2	3

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018.

No quadro a seguir são apresentadas as características dos artigos das amostras quanto a título, autor, periódico/ano e Objetivo dos estudos:



Artigo

Quadro 2. Descrições dos estudos incluídos na revisão integrativa.

N	Título	Autor	Periódico/ano	Objetivo
1	Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica	CAMPANILI, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino	Rev. Esc. Enferm. USP. 2015	Identificar e analisar a incidência de úlcera por pressão (UPP) e seus fatores de risco.
2	Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF	MATOS, Letícia Sousa ; DUARTE, Nalu Lopes Vasconcelos; MINETTO, Rita de Cássia	Revista eletrônica de enfermagem. 2010	Verificar a prevalência pontual e a incidência das UP na UTI Adulto
3	Úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura	ARAÚJO, Antônia Almeida; SANTOS, Ariane Gomes dos.	Ciência e saúde. 2016	Analisar a produção científica acerca de úlcera por pressão (UP) em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI)
4	Caracterização das Úlceras por Pressão em Pacientes de Unidade de Terapia Intensiva	MELO, Elizabeth Mesquita Melo; NOGUEIRA, Dina Geisa Rafael ;LIMA, Mayerli Araújo de.	Estima. 2014	Caracterizar as úlceras por pressão em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI)



Artigo

5	Avaliação das escalas de risco para úlceras por pressão em pacientes críticos. Uma corte prospectiva.	BORGHARDT et al	Revista Latino-Americana enfermagem 2015	Avaliar acúrcia das escalas de avaliação de risco de Braden e de Waterlow em pacientes críticos internados.
6	Úlcera por pressão em pacientes críticos Incidência e fatores associados.	BORGARDT et al.	Revista. Bras. Enfe. 2016	Identificar a incidência e descrever os fatores associados à úlcera por pressão em pacientes críticos.
7	Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas	SILVA, Maria do Livramento Neves et al.	REVRENE. 2013	Analisar a incidência de úlceras por pressão e descrever suas características.
8	Úlcera por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva	PATENTE, Maria Eliana de Freitas et al.	Percurso acadêmico. 2011	Avaliar a incidência de úlceras por pressão e suas características em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva no interior de Minas Gerais
9	Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva: uma Revisão Sistemática	FRANÇA, Jeisa Riane Guedes ; SOUSA, Brendo Vitor Nogueira ; JESUS, Viviane Silva de.	Revista Brasileira de saúde funcional. 2016	Analisar as principais práticas assistenciais de enfermagem para a prevenção de lesões por pressão em Unidades de Terapia Intensiva.



Artigo

10	Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos	ARAÚJO, Thiago Moura de; MOREIRA, Mariana Pedrosa; CAETANO, Joselany Áfio.	Revista de enfermagem UERJ. 2011	Classificar o risco para úlcera por pressão (UP) em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva e identificar os fatores de risco para UP
11	Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva	SILVA, Emanuely Wedja de Nascimento Lima e et al.	Revista brasileira de terapia intensiva. 2010	Avaliar a aplicabilidade da escala de Braden em pacientes de terapia intensiva

Fonte: dados empíricos da pesquisa, 2018.

Eixos temáticos (DISCUSSÃO)

No estudo 1 foi realizada uma pesquisa com 370 pacientes admitidos em uma UTI de um hospital público de São Paulo, onde os resultados mostraram que o coeficiente de incidência de úlcera por pressão (UPP) global foi de 11,0%, predominando em homens, raça branca e em pessoas com idade igual e superior a 60 anos. Ao analisarem-se os fatores de risco ou preditores do desenvolvimento de UP, encontrou-se o tempo de permanência na UTI igual ou superior a 9,5 dias, a idade igual ou superior a 42,5 anos e a raça branca.

O estudo 2 realizado na UTI Adulto de um serviço de Saúde Público do Distrito Federal de caráter observacional, a amostra constituiu de todos os clientes internados na UTI. Constatou a alta prevalência e incidência de UPP, Cerca de metade das úlceras apareceram entre o 2º e o 4º dia de avaliação. Segundo a Escala de Braden, 55,5% dos pacientes apresentavam alto risco de desenvolver UP, destes, 40% desenvolveram.

O estudo 3 trata-se de uma revisão integrativa onde mostra artigos relacionados a UPP em UTI, na categoria: “os fatores de risco para UPP em pacientes internados em UTI” dos estudos apontou: Os fatores intrínsecos mais frequentes nos pacientes pesquisados foram: pele seca, força e/ou massa muscular diminuída, pele áspera, turgor e elasticidade da pele diminuídos, coordenação motora parcialmente prejudicada, edema



Artigo

discreto, coordenação motora totalmente prejudicada, tipo de colchão inadequado, posicionamento em um mesmo decúbito por mais de 2 horas, força de cisalhamento/fricção, roupas de cama com dobras deixando marcas no corpo, força de pressão, incontinência, nutrição inadequada e alteração do nível de consciência.

No estudo 4 foi realizada uma pesquisa na UTI de um hospital público, em Fortaleza-Ceará, com 59 pacientes. Os pacientes participantes da pesquisa predominaram na faixa etária de 73 a 89 anos de idade, com a média de idade de 66 anos. Isso se dá pelo fato do idoso apresentar alterações fisiológicas próprias da idade, o que o torna suscetível a desenvolver determinadas complicações, como por exemplo, as lesões por pressão, com a fragilidade do envelhecimento, associada às condições mórbidas como as alterações do estado neurológico e mental, nutricional, mobilidade, atividade e continências anal e urinária, caracterizam população propensa à formação, recidiva e complicações de UPP. Estas ocorrem como resposta a determinados fatores de risco, bem como a condições clínicas do paciente, que dificultem sua mobilidade no leito ou que exijam um período prolongado de repouso. Já a diminuição do nível de consciência é considerada um importante fator de risco para a UPP, especialmente por estar associada, direta ou indiretamente à percepção sensorial, mobilidade e atividade, por sua vez relacionadas à pressão.

No estudo 5 os autores Borgadht et al 2015, explicam que o enfermeiro deve fazer uso das escalas de braden e a de waterlow na avaliação de risco para LPP, no entanto elas completam-se e trazem benefícios a condições do paciente analisando fatores considerado de risco como a pele, mobilidade, umidade, incontinência e estado nutricional.

No estudo 6 Borghardt et al 2016 explicam que, as escalas de avaliação são instrumentos fundamental no cuidado da enfermagem para prevenção das lesão por pressão e dos fatores associados ao seu desenvolvimento visando diminuir sua incidência em pacientes críticos, pois elas mostram os pontos vulneráveis tanto os intrínsecos como os extrínsecos, onde reforça-se a importância de uma avaliação criteriosa para favorecer condutas terapêuticas com base nos protocolos.

No estudo 7 foi realizada uma pesquisa com 57 pacientes internados em UTI da cidade de João Pessoa-PB, o estudo objetivou analisar a incidência de úlceras por pressão e descrever suas características. Destes 57 foram acompanhados 36 pacientes internados, destes, 8 desenvolveram 11 lesões por UPP. As características clínicas do grupo que desenvolveu a lesão, a maior parte teve como diagnóstico médico de internação as disfunções respiratórias, quanto à localização das UPP, predominou a



Artigo

região sacral, com 3 UPP e a região dorsal com 2, as demais lesões desenvolveram-se em locais distintos. Outro achado relevante deste estudo foi a elevada incidência de óbito dentre os pacientes que desenvolveram UPP. Os dados da pesquisa reforçaram que as úlceras por pressão representam grave problema na UTI estudada.

No estudo 8 examinou e acompanhou diariamente 100 pacientes em uma UTI, destes, sete desenvolveram úlceras por pressão e seis pacientes foram a óbito. As localizações das lesões foram: seis na região sacral, três nos calcâneos, duas no pavilhão auricular e uma na região trocântérica. Maior parte dos pacientes com UPP era idosa com doenças crônicas associadas e mobilidade prejudicada, prolongado tempo de internação, sendo que em algum momento foi necessário utilizar ventilação mecânica, a nutrição feita por via enteral com incontinência fecal. O estudo obteve uma incidência relativamente baixa, considerando-se que apenas 7% dos pacientes acompanhados por quatro meses desenvolveram lesões.

O artigo 9 que é um Estudo descritivo na modalidade de revisão sistemática apontou que os idosos foram o grupo de maior risco para desenvolvimento da LPP, uma vez que a pele deles sofre transformações próprias do processo fisiológico de envelhecimento. Quanto às doenças cardiovasculares, estão associadas: a obesidade, a formação do tecido adiposo que diminuirá a vascularização da superfície da pele e a diminuição da mobilidade, decorrente do sobrepeso. Também foram mencionadas como fator de risco as incontinências anais e vesicais relacionadas à exposição prolongada da pele dos pacientes à umidade, decorrente das eliminações vesicais/intestinais.

O estudo 10 foi uma pesquisa realizada em um hospital privado de Fortaleza-CE com 63 pacientes em situação crítica. Eles foram avaliados quanto ao risco para desenvolver UP a partir da Escala de Waterlow. Dentre as características dos pacientes foi predominante pacientes com IMC acima da média (44,4%), seguidos pelos pacientes com IMC na média (30,2%) e pelos obesos (25,4%). A maioria já era portadora de doenças crônicas, como as cardiovasculares; a maioria dos pacientes apresentou pele saudável (33,3%). A pele seca (sem oleosidade e/ou umidade) estava presente em 27% dos pacientes avaliados.

Dos participantes avaliados, 87,3% faziam uso de sonda vesical de demora (SVD) ou eram continentemente, 6,3% eram duplamente incontinentemente (urinária e fecal), 4,8% ocasionalmente incontinentemente e apenas 1,6% fazia uso de SVD e era incontinente fecal. A maioria dos pacientes (87,3%), por usar a SVD ou por ter controle sob a continência, não apresenta exposição excessiva da pele à umidade, nesse caso, sendo fator protetor



Artigo

para UPP. Entre as características clínicas, destacaram-se 15,9% com insuficiência cardíaca (IC); 12,7% anemia; 26% eram fumantes; 25,4% com IC e anemia; 3,2% IC e eram fumantes; 4,8% com anemia e eram também fumantes; e 7,9% com subnutrição do tecido celular.

O estudo 11 foi realizado na UTI de uma pesquisa realizada em um Hospital público da cidade do Recife. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação do protocolo de prevenção de úlcera de pressão na UTI baseado na escala de Braden. Para avaliação pelo protocolo foi o total de 21 pacientes, segundo a escala de Braden mostrou que os pacientes da UTI em estudo apresentaram elevado risco (57,3%) e moderado risco (28,2%) para desenvolver UPP. Em relação à percepção sensorial, que se refere à habilidade de responder significativamente a pressão relacionada com o desconforto, a maioria dos pacientes apresentou-se completamente limitado (29,0%) ou com leve limitação (36,4%). A maior parte dos pacientes estudados apresentou a pele ocasionalmente (50,9%) ou raramente (26,4%) úmida. Quanto ao grau de atividade física, grande parte dos pacientes estudados encontrava-se restrita ao leito (97,3%). No que diz respeito à mobilidade, a maior parte dos pacientes apresentou-se muito limitado (39,1%) ou completamente imobilizado (34,6%). Nutrição provavelmente inadequada foi observada em 45% dos pacientes. Com relação à fricção e cisalhamento, a maioria apresentava problema no que se refere à necessidade de assistência para mover-se, moderada ou máxima (61,8%).

Tratamento das lesões por pressão

O tratamento de lesão por pressão depende de estágio e da evolução em que a ferida se encontra, para que ocorra a reparação tecidual e necessária que o profissional de saúde na realização do tratamento use as medicações necessárias, desbridamentos quando necessário e curativos ou coberturas tópicas, de fato que com o uso de cada produto, o profissional visa melhorar as condições do leito da LPP, proporcionando uma boa cicatrização e melhora na qualidade de vida do paciente.

A prática do cuidado na prevenção das lesões por pressão

Os resultados permitiram observar que, cuidar e prevenir as LPP são um desafio constante para a enfermagem, de fato que ocorre a necessidade de uma educação



Artigo

continuada para que de tal forma possa obter resultados positivos em suas ações de cuidados preventivos. Para os autores Brito e Souza 2013 explica que a prática de cuidado a pessoa com feridas é uma especialidade dentro da enfermagem.

Os resultados permitiram observar que a assistência de enfermagem esta voltada nas intervenções preventivas. De fato que vários autores mostraram em seus estudos como proceder com as intervenções por meio de ações para prevenir os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento das lesões por pressão. No entanto os autores Rogenski e Kurcgant 2012 explana que em virtude prestarem

Reconhecida pela Sociedade em dermatologia (SOBEND) e Associação de estomoterapia (SOBESTE) e ao mesmo tempo e um desafio que requer conhecimentos específicos habilidades e abordagem hostilicas. O cuidado de enfermagem em feridas requer atenção especial por parte dos profissionais de saúde, destacando-se o papel do enfermeiro que busca novos conhecimentos.

Assistência de enfermagem nas intervenções preventivas

cuidados direto ao pacientes e permanecerem ao seu lado nas 24 horas do dia, os profissionais tem se responsabilizado pela implementação de medidas preventivas e sistematizadas de cuidados, por meio da doação de protocolos baseados em diretrizes internacionais, como evitar tão fatídico evento.

A utilização das escalas preditivas na avaliação das lesões por pressão

O uso das escalas e primordial para a atuação da enfermagem, pois ela permite nortear a prática as quais analisam os estágios das LPL em que ela se encontra e instalar insumos preventivos e monitorá-los com esses instrumentos de poder preditivos. Na avaliação do paciente deve-se ser levados em consideração os diversos fatores que predisõem a formação das LPP, como os pontos negativos e positivos que apontam a vulnerabilidade dos fatores intrínsecos e extrínsecos para reforçar a necessidade do enfermeiro na implementação em seu trabalho, medidas de prevenção.



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo constatou que a lesão por pressão (LPP) é uma ferida crônica de longa duração e difícil cicatrização que causa sofrimento físico e emocional ao paciente, entre os mais acometidos estão os pacientes hospitalizados em UTI, por ter sua funcionalidade comprometida e internação a longo período.

A ação de avaliar e tratar feridas são um papel importante para enfermagem onde cabe ao enfermeiro realizar uma avaliação criteriosa com o uso das escalas preditivas atentando não apenas para a lesão em si, mais para o planejamento de ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção a saúde como medidas simples porém preventivas que são distribuição da pressão das proeminências ósseas, mudança periódica de decúbito, controle das incontínências, hidratação, cuidado com a pele, e nutrição. Entre as atribuições do enfermeiro em relação ao tratamento de lesão por pressão, como executar do procedimento do cuidado deve ter conhecimento de como tratar o leito da ferida, os produtos de uso específicos que são utilizados na realização do curativo, os fármacos que estão em contato com a pele e os fármacos de uso anti-inflamatório.

É possível concluir que de acordo com a literatura existente as LPP são comumente aos pacientes críticos e é considerado um problema grave, especialmente em pessoas idosas e clientes portadores de doenças crônico- degenerativas, As UPP são, muitas vezes, decorrentes da ausência de execução de normas básicas de segurança do paciente. Com toda a complexidade e a gravidade dos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva há grande necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento da UPP.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Antonia Almeida; SANTOS, Ariane Gomes dos. Úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. **Ciência e saúde**. v.9, n.1, 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/20804/14397>. Acesso em: 10 mar. 2018.



Artigo

ARAÚJO, Thiago Moura de; MOREIRA, Mariana Pedrosa; CAETANO, Joselany Áfio. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. enferm. UERJ**. V.19, N. 1, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a10.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

BORGHARDT, A. T. et al. Úlcera por Pressão em pacientes críticos: Incidência e fatores associados. **Revista Brasileira Enf.** V.69, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672016000300460&lng=en&nrm=iso&t lng=pt. Acesso em: 28 fev. 2018.

CAMPANILI, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino et al. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev Esc Enferm USP**. 2015; 49(Esp):7-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0007.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FRANÇA, Jeisa Riane Guedes; SOUZA, Brendo Vitor Nogueira; JESUS, Viviane Silva de. Cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de saúde funcional**. V.1, n.2, 2016. Disponível em: <http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/rbsf/article/view/709>

MATOS, Letícia Sousa; DUARTE, Nalu Lopes Vasconcel; MINETTO, Rita de Cássia. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Rev. Eletr. Enf.** V.12, N.4, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a18.htm>. Acesso em: 03 MAR. 2018.

MELO, Elizabeth Mesquita; NOGUEIRA, Dina Geisa Rafael ; LIMA, Mayerli Araújo de. Caracterização das Úlceras por Pressão em Pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. **Estima**. V.12, n.3, 2014. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/96>. Acesso em: 08 mar. 2018.

MORAES, G. L. A. A. et al. Aplicação de protocolo de prevenção de úlcera por pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida. **Cogitare Enferm.** V.18, N.2, 2013.



Artigo

Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32590>. Acesso em: 18 fev. 2018.

NASCIMENTO, Emanuely Wedja do et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista bras. Ter. intensiva**. V.22, n. 2, 2010. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tNkcY4FwWLgJ:www.rbti.org.br/exportar-pdf/v22n2a12.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

PATENTE, Maria Eliana de Freitas et al. Úlcera por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Percursos acadêmicos**. V.1, N.1, 2011. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/2007>. Acesso em: 28 fev. 2018.

SANTOS, C. O. et al. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Rev. Enfermagem Contemporânea**. n. 1, v. 2, 2013. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/185>. Acesso em: 15 fev. 2018.

SOUZA, T. S. de et al. prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano. **Acta Paul Enfem**. V.26, n.4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400008. Acesso em: 12 mar. 2018.

SILVA, S. C. M. et al. Alterações fisiológica do idoso e seu impacto na ingestão alimentar. **Revista Eletrônica Acerto**, 2017. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/S-19_2017.pdf. Acesso em 10 fev. 2018.

SILVA, Ana Júlia et al. Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teorica. **Revista Esc. Enferm. USP**. V.47, n.4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000400971&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 fev. 2018.



Artigo

SILVA, Maria do Livramento Neves et al. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. **RENE**. v.14, n.5, 2013. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-26522>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SMANIOTTO, P. H. S. et al.

Sistematização de curativos para tratamento clínico das feridas. **Rev Cir plas**. V.27, N.4, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000400026. Acesso em: 15 FEV. 2018.

ROLIM, J. A. et al Prevenção e tratamento de ulcera por pressão no cotidiano de enfermeiros intencivistas. **Rev. Rene**. V.14, N.1, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3346>. Acesso em: 12 mar. 2018.

OLKOSK, E. ; ASSIS, G. M. Aplicação de medidas de prevenção para ulcera por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Escola anna nery**. V.20, n.2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200363&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 fev. 2018.



Artigo

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL DA PESSOA IDOSA: REVISÃO
INTEGRATIVA**

Jurema Silva da Cunha¹
Rita de Cassia do nascimento²
Emmanoela de Almeida Paulino Lima³
Iracema Filgueira Leite⁴

RESUMO - O processo do envelhecimento se torna multidimensional onde ocorre de maneira gradativa, dinâmica e progressiva surgindo alterações funcionais, bioquímicas e morfológicas que pode afetar o funcionamento do organismo. O objetivo para esta pesquisa foi identificar as produções científicas acerca da assistência de enfermagem no envelhecimento saudável da pessoa idosa. A pesquisa foi retratada através de uma revisão integrativa. Obtendo por bases de dados a SCIELO e LILACS. A pesquisa foi contemplada nos seus resultados nove artigos. A amostra possibilitou relatar que a enfermagem desempenha como assistência a conscientização das pessoas a respeito da situação em que vivem e das consequências de suas escolhas para a sua saúde. Deste modo, percebemos que o estudo traz grande revelações sobre o envelhecimento saudável, e a enfermagem tem grande relevância para a demanda desse contexto com relação a saúde do idoso.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Humanização. Idoso.

ABSTRACT - The aging process becomes multidimensional where it occurs gradually, dynamically and progressively resulting in functional, biochemical and morphological

¹ Enfermeira pela Faculdade São Vicente de Paula. Pós Graduanda em Urgência e Emergência e UTI na FESVIP. Email: Juremadantas77@hotmail.com

² Enfermeira pela Faculdade São Vincente de Paula, Técnica enfermagem, Bombeira Civil. E-mail: ritadecassiadonascimento01@gmail.com

³ Enfermeira. Pós Graduanda em Ginecologia e Obstetricia na FESVIP. E-mail: manupaulino@gmail.com

⁴ Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde . Professora da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula



Artigo

changes that can affect the functioning of the organism. The objective of this research was to identify the scientific productions about nursing care in the healthy aging of the elderly. The research was portrayed through an integrative review. Getting from databases to SCIELO and LILACS. The research was contemplated in its results nine articles. The sample made it possible to report that nursing plays a role in raising people's awareness of the situation in which they live and the consequences of their choices for their health. In this way, we realized that the study brings great revelations about healthy aging, and nursing has great relevance to the demand of this context with respect to the health of the elderly.

Keywords: Nursing care. Humanization. Old man.

1 INTRODUÇÃO

Os idosos são representados por 12% da população mundial, com previsão de duplicar esse quantitativo até 2050 e triplicar em 2100. A maior longevidade pode ser considerada uma história de sucesso para a humanidade. Esses anos extras de vida permitem à população planejar o futuro de modo distinto das gerações anteriores, dependendo de um elemento central: a saúde (TAVARES et al., 2017).

Desta forma, o processo do envelhecimento se torna multidimensional onde ocorre de maneira gradativa, dinâmica e progressiva surgindo alterações funcionais, bioquímicas e morfológicas que pode afetar o funcionamento do organismo. Além de representar uma integração de vários fenômenos biológicos, psíquicos, culturais e sociais que se tornam constantes alvos de discussão, principalmente por envolver áreas da atenção à saúde do idoso ou uso de políticas públicas (SCHMINSKI; VIEIRA, 2016).

Sendo assim, estudo mostram que no ano de 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres. Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que os 62,1 e 65,2 atuais. Este fenômeno ocorre devido à redução nas taxas de fecundidade e mortalidade (FELIX, 2015).

Entretanto, foi a seguir do ano de 1970 que o Brasil teve seu perfil demográfico transformado: de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias



Artigo

numerosas e alto risco de morte na infância, passou-se a uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e nova estrutura nas famílias brasileiras. (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Diante deste aspecto, o envelhecimento deve ser observado como fenômeno global que teve início em países desenvolvidos e em desenvolvimento, nos quais ocorre um crescente aumento do percentual do número de idosos em comparação com os outros grupos etários da população total. Assim, estudos sobre essa categoria social são bastante significativos, pois refletem a mudança ocorrida no Brasil e impele o Estado a repensar suas ações na área de saúde (SOUSA et al., 2016). No entanto, as repercussões do envelhecimento para a sociedade são consideráveis, especialmente no que diz respeito à saúde. (MARI et al., 2016).

A busca pela qualidade de vida no envelhecer tem sido palco de discussões sobre as problemáticas relacionadas a essa questão que tem sido vista por um viés diferente na área da saúde pública, uma vez que, acredita-se que o envelhecimento ativo tornar-se-á uma valiosa conquista para sociedade em questão. O empenho pela busca da qualidade de vida vem crescendo, e essa ideia traz consigo um referencial antigo de promoção à saúde e emerge como um paradigma para a ampliação das políticas públicas com foco nas dimensões positivas em relação à saúde e ao controle de doenças dos idosos (SILVA et al., 2016).

O envelhecimento ativo está baseado no tripé saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Permite que as pessoas percebam e busquem exercer suas potencialidades ao longo do curso da vida para a promoção do bem-estar físico, social e mental. Essa política de envelhecimento ativo que chega ao Brasil em 2005 dispõe que as pessoas idosas sejam estimuladas a se tornarem protagonistas sociais, que visa a elaboração e execução de políticas públicas de acordo com as necessidades do segmento idoso (DÁTILLO; CORDEIRO, 2015).

Entretanto, sabemos que o envelhecimento proporciona experiências boas, e provoca uma perda gradativa e progressiva da capacidade funcional e cognitiva, causando, pois à dependência desses sujeitos, fato este que se configura como uma adversidade a ser superada. Nesse sentido, o envelhecimento saudável passa a ser uma questão recorrente entre vários estudiosos, que dizem não existir uma definição uniformizada e aceita por todos sobre envelhecimento, mas, biologicamente falando,



Artigo

sabe-se que é um processo contínuo, progressivo e, em muitos casos, doloroso, no sentido amplo da palavra (CORDEIRO et al., 2014).

Enfim, percebe-se que a enfermagem é uma profissão que presta o cuidado para as pessoas, ao longo de suas vidas, nas mais diversas áreas de atenção e tem no processo de envelhecimento populacional um amplo espaço de trabalho a ser conquistado e construído como campo de conhecimento. O conhecimento produzido deve se consolidar em boas práticas de forma a superar a lacuna entre a teoria e a prática e provocar mudanças no cuidado de enfermagem à pessoa idosa, contribuindo de forma preponderante para um envelhecimento saudável (ALVAREZ; SANDRI, 2018).

Diante desta problemática tão desafiadora que é promover uma qualidade de vida saudável a população idosa, mesmo que as políticas públicas sejam desprovidas destes tipos de assistência. O estudo tem por justificativa, ampliar o campo de cuidados voltados a vida saudável da pessoa idosa, onde o profissional de enfermagem deve priorizar essa população com incentivo, em busca de uma nova vida e saúde para os idosos.

Além disso a pesquisa se torna relevante para os profissionais de saúde aprimora conhecimento dentro do contexto de geriatria, como forma de elaborar estratégias que facilite o bem-estar e vida saudável do idoso.

Por meio desta temática, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Quais as produções científicas acerca da assistência de enfermagem no envelhecimento saudável da pessoa idosa?

OBJETIVO

Identificar as produções científicas acerca da assistência de enfermagem no envelhecimento saudável da pessoa idosa.



Artigo

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Processo do envelhecimento

A longevidade é uma conquista da humanidade nos últimos séculos, resultante das descobertas científicas e tecnológicas que celebram o avanço da sociedade do conhecimento. Nesta ótica, o prolongamento da vida do ser humano traz à cena pública a realidade do envelhecimento, posicionando a pessoa idosa como sujeito de direitos e como eixo de preocupação e investimento das políticas públicas, exigindo do Estado o redimensionamento de sua agenda pública. Essa conquista articula direitos ao segmento social formado pelos idosos cuja condição de cidadania necessita ser assegurada e realçada, especialmente em países como o Brasil (SILVA, 2016).

O envelhecimento humano está sujeito a influências intrínsecas, como a constituição genética individual responsável pela longevidade máxima e os fatores extrínsecos condizentes às exposições ambientais a que o indivíduo sofreu como o caso de dieta, sedentarismo, poluição, entre outros. Esses fatores proporcionam uma grande heterogenidade no envelhecimento. (FRIES; PEREIRA, 2011).

O processo de envelhecimento é um percurso progressivo que ocorre durante a vida afetando todos os organismos, resultando em alterações dos padrões fisiológicos de um indivíduo, em uma relação mútua de fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos. O conceito de envelhecer pode ser entendido como algo subjetivo e de transformações biopsicossociais que modificam aspectos comuns em indivíduos saudáveis, levando-os a novas percepções de enfrentamento da vida (CANCELA, 2017).

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, o aumento da população idosa vem ocorrendo de forma muito rápida e progressiva, sem a correspondente modificação nas condições de vida. O aumento da população idosa brasileira será de 15 vezes, aproximadamente, entre 1950 e 2025, enquanto o da população como um todo será de não mais que cinco vezes no mesmo período. Tal aumento colocará o Brasil, em 2025, como a sexta população de idosos do mundo, em números absolutos. Nas últimas décadas, esse fato tem aumentado a consciência de que está em curso um processo de envelhecimento (DAWALIBI et al., 2013).

Nesse contexto, a demografia brasileira tem sofrido drásticas mudanças nas últimas décadas, principalmente quanto à inversão da pirâmide etária, colocando os



Artigo

idosos em maior número. Esse aumento da população idosa é devido à redução da natalidade, fazendo com que o nível de idosos cresça proporcionalmente. Outro fator importante para esse evento são as novas descobertas na ciência com a elaboração de novas tecnologias e as descobertas de novas substâncias farmacológicas que possibilitam o prolongamento da vida confrontando as patologias (MELO, 2017).

Possuindo características próprias em sua estrutura social, a velhice coloca-nos como sujeitos e agentes da saúde para abrir espaços e vivenciar novas experiências, levando-se em consideração que o envelhecimento possui múltiplas dimensões, as quais abrangem questões de ordem social, política, cultural e econômica. Assim, essas questões relativas ao envelhecimento humano têm sido tema de relevante importância, uma vez que, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a estimativa de vida das pessoas tem aumentado de forma significativa (OLIVEIRA, 2018).

Na realidade, existe uma grande preocupação com o idoso, nas diversas áreas, pois ele constitui um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, ao qual o acolhimento torna-se uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em geral, levando-se em consideração, principalmente, as características demográficas, econômicas, sociais e de saúde do país (GARUZI et al., 2014).

Envelhecimento ativo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o termo de “envelhecimento ativo” no final dos anos 90. Onde consiste no processo de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, à medida, que as pessoas envelhecem. Este conceito aplica-se a indivíduos e a grupos populacionais. Esta forma de encarar o envelhecimento concede aos indivíduos uma outra percepção das suas capacidades, no que diz respeito, ao seu bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e permite-lhes participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, interesses e capacidades (AZEVEDO, 2015).

O conceito de envelhecimento ativo foi referenciado pela primeira vez em 1998, numa publicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), tendo posteriormente evoluído para a defesa de uma política para o



Artigo

“envelhecimento ativo”, através da Organização Mundial de Saúde (OMS) (MOULEART; PARIS, 2013).

O envelhecimento deve ser vivido de uma forma ativa. Surgida através de três pilares basilares em que se apoia o envelhecimento ativo: saúde, segurança e participação. Importante determinar que a Saúde se refere ao bem-estar físico, mental e social. É importante manter os níveis baixos os fatores de risco que interferem no aparecimento das doenças crônicas e no declínio funcional. Por sua vez quando os fatores de proteção são elevados, as pessoas beneficiam de uma melhor qualidade de vida, são capazes de cuidar de si, mantendo-se mais saudáveis (AZEVEDO, 2015).

Nesta perspectiva, o envelhecimento ativo refere-se ao processo de otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice. Este aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas compreendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, participem ativamente na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (VELOSO, 2015).

Entretanto, os projetos de envelhecimento ativo, os programas e as políticas que promovam a saúde mental e relações sociais são tão importantes como as atividades que melhoram as condições físicas de saúde. O envelhecimento ativo também preconiza que as pessoas idosas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Para além disto, também propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários (AZEVEDO, 2015).

Portanto, o envelhecimento ativo e a abordada ao longo do ciclo vital, sendo princípios fundamentais na orientação de respostas políticas inovadoras ao envelhecimento. Neste sentido, as orientações passam pela promoção de incentivos que permitam o prolongamento da vida ativa e que garantam a empregabilidade dos trabalhadores mais velhos, de modo a contribuir para o combate da discriminação etária no mercado trabalho (VELOSO, 2015).

Na busca de uma melhor qualidade de vida, fruto de um envelhecimento com independência e autonomia, de um envelhecimento saudável e ativo, tem-se investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde voltados para a preservação da independência e da autonomia, sendo metas fundamentais não só do governo, mas de todos os setores da sociedade. Como uma importante estratégia para alcançar esse desafio, destaca-se o Programa de Saúde da Família, desenvolvido nas Unidades de



Artigo

Saúde da Família, sendo apontado como eficiente para alcançar medidas específicas de promoção a saúde (FERREIRA et al., 2012).

É importante que seja aferido o impacto que a prática de um envelhecimento ativo tem na vida dos idosos, tendo como objetivo principal estudar o efeito que o envelhecimento ativo tem na qualidade de vida dos idosos. Neste sentido, pretendeu-se testar as seguintes hipóteses: Os idosos que adotam um envelhecimento ativo apresentam um elevado nível de satisfação com a vida; os idosos que envelhecem tendo hábitos de vida ativos apresentam um melhor estado de saúde (auto-reportado) (ESGUEIRA, 2013).

A chave para um envelhecimento bem-sucedido era a continuação de uma vida ativa na velhice, ou seja, a substituição de relações, funções e atividades de meia-idade que foram perdidas, a fim de manter atividades e satisfação com a vida. No entanto, esta abordagem era baseada em objetivos reducionistas que colocavam uma expectativa irrealista em indivíduos idosos para manter os níveis de atividade que tinham anteriormente, independentemente de limitações funcionais, não reconhecendo a heterogeneidade dos mesmos (AREOSA et al., 2016).

Atualmente a problemática de envelhecimento ativo encontra-se presente nas políticas públicas nacionais e internacionais, como uma abordagem fundamental para enfrentar os desafios do envelhecimento da população. Este surge na sequência de um envelhecimento saudável preconizado até então, pretendendo ter uma abordagem mais abrangente e multidimensional, que para além de abranger a saúde, foque aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, que influenciam o envelhecimento (VELOSO, 2015).

PROCEDIMENTO METODOLOGICO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. A construção da presente revisão integrativa foi fundamentada nos estudos que detalham a temática. Além de ser um método de estudo que proporciona a síntese de conhecimento, que é realizado a partir de coleta de dados em fontes secundárias por meio de levantamento bibliográfico com intuito de aprofundar a reflexão sobre o tema. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).



Artigo

Para execução do presente estudo de acordo com a revisão integrativa, foram utilizadas seis etapas:

- **Primeira etapa:** Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.
- **Segunda etapa:** Após a formulação da questão de pesquisa inicia-se a busca na base de dados para seleção dos estudos que serão incluídos.
- **Terceira etapa:** Definições das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, com o propósito de sintetizar as informações e identificar a potencialidade relevante dos estudos.
- **Quarta etapa:** Avaliação dos estudos contidos na revisão integrativa a fim de garantir a validade da revisão, a análise deve ser realizada de forma crítica cada resultado diferente ou conflitante nos diferentes estudos.
- **Quinta etapa:** Esta etapa corresponde à fase de discussão dos princípios resultados na pesquisa, comparação com o conhecimento teórico e a identificação de implicações resultantes da revisão.
- **Sexta etapa:** Esta etapa corresponde à elaboração do documento que deve estar de acordo com a descrição das etapas percorridas pelo revisor podendo ser apresentados em tabelas gráficos ou quadros nos quais é possível fazer a comparação entre os estudos selecionados bem como a visualização de padrão diferença.

A pesquisa teve como questão norteadora a seguinte pergunta: Quais as produções científicas acerca da assistência de enfermagem no envelhecimento saudável da pessoa idosa?

Para a coleta de dados foi elaborado instrumentos baseados na literatura científica, pesquisadas nas bases de dados Biblioteca virtual em saúde (BVS), sob os bancos de dados da SCIELO e LILACS. Usando como descritores: Assistência de enfermagem, envelhecimento saudável e idoso. Localizado no portal da BVS, por meio da sigla AND.

Sendo levantados em considerações os artigos publicados no período de 2014 a 2018, na íntegra em português e selecionados aqueles de maior importância em relação ao número de citações que envolvem esta pesquisa. Excluíram-se artigos que só disponibilizassem resumo, teses, em outro idioma sem ser português, e os que não respondiam à questão de pesquisa após a aplicação desses critérios



Artigo

O instrumento de coleta de dados usados nesta pesquisa (APÊNDICE A), conteve as seguintes informações: ano, autor, título, revista, origem e método.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atual pesquisa obteve um total de 64 artigos, encontrados nos bancos de dados anteriormente citados. Permitindo que apenas 9 fizesse parte da amostra final desta pesquisa.

No entanto, o quadro abaixo irá levantar os dados permitido no Apêndice A escolhidos, sendo organizado no instrumento de coletas de dados, conforme mostra a seguir.

QUADRO 1- Instrumento de coleta de dados (revisão integrativa)

Ano	Autor	Título	revista	Origem	Método
2013 1	Rinaldi et al	O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo	Revista Eletrônica Gestão & Saúde	Mato Grosso	Revisão bibliográfica
2014 2	Lobo; Santos e Gomes	Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa	Rev Bras Enferm	Portugal	Estudo observacional transversal
2015 3	Valer et al	O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	Porto Alegre	Estudo descritivo qualitativo
2015 4	Valcarenghi et al	Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento	Rev Bras Enferm	Santa Catarina	Revisão integrativa



Artigo

2015 5	Sousa e Oliveira	Viver a (e para) aprender: uma intervenção-ação para a promoção do envelhecimento ativo	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	Rio de Janeiro	Estudo transversal
2016 6	Nunes; Santos e Nascimento	Promoção da saúde e de um envelhecimento saudável: contribuição da enfermagem	Congresso internacional do envelhecimento humano	Campina Grande	Revisão sistemática
2017 7	Farias et al	Assistência de enfermagem na busca por um envelhecimento ativo	Congresso nacional do envelhecimento humano	Campina Grande	Revisão bibliográfica
2017 8	Santos; Assis e Oliveira	Envelhecimento saudável: a equipe de enfermagem na promoção do autocuidado de idosos	Congresso internacional do envelhecimento humano	Patos	Revisão literária
2017 9	Ferreira et al	Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde	Revista Contexto & Saúde	Minas Gerais	Pesquisa qualitativa

O estudo 1, mostra que se tratando de assistência, é preciso que a enfermagem desenvolva um plano de intervenção que tente priorizar a melhoria da qualidade de vida, bem como o envelhecimento ativo, mantendo a capacidade funcional do idoso. Para isso, durante a assistência de enfermagem, faz-se necessário que haja uma identificação precoce dos agravos à saúde, bem como a adoção de práticas que promovam as trocas dialógicas e a de promoção à saúde.

No entanto o estudo 2, determina que o envelhecimento saudável se torna muito importante para o aumento da expectativa de vida da pessoa idosa. Desse modo, as práticas de educação em saúde incentivada pela enfermagem, podem conscientizar os idosos nas decisões sobre sua saúde e capazes de realizar seu autocuidado. Além disso, a assistência do enfermeiro também favorece a conscientização das pessoas a respeito



Artigo

da situação em que vivem e das consequências de suas escolhas para a sua saúde, fazendo com que cada um saiba manter sua qualidade de vida.

No estudo 3 os autores mostram que o envelhecimento saudável assume uma conceituação mais ampla do que a ausência de doença, sendo considerado um processo de adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida. Dessa forma, a enfermagem juntamente com sua assistência deve abranger grupos para favorecer educação em saúde e aprendizado quanto a comportamentos saudáveis, estimulam a autonomia da pessoa idosa, melhoram a autoestima, promovem uma melhor qualidade de vida e proporcionam a inserção social dos participantes.

Sendo assim, o estudo 4 demonstra que nas últimas décadas, a política de promoção para o envelhecimento saudável tem-se destacado mundialmente como importante ferramenta na busca da construção do conceito ampliado de saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Sendo assim, a assistência de enfermagem ao idoso é essencial para que as ações sejam permeadas pela promoção da saúde. Além de mostrar como o elemento se torna fundamental para promover a saúde do indivíduo idoso, para que este se torne mais independente de cuidados e que, mesmo acometido por doenças crônicas, saiba conviver com suas limitações ou incapacidades.

Dessa forma, o estudo 5 retrata que a atuação de enfermagem na equipe multidisciplinar está centrada no processo educativo com o idoso e seus familiares, tendo como finalidade a sua independência funcional, a prevenção de complicações secundárias, sua adaptação e da família à nova situação. Por meio da assistência de enfermagem sistematizada, a enfermeira elabora, executa e avalia o Plano assistencial de enfermagem individualizado, respeitando os diferentes estágios da reabilitação em que o idoso pode se encontrar.

Além disso, o estudo 6 permite destacar que a enfermagem tem um papel fundamental na contribuição para a promoção da saúde e um envelhecimento saudável, pois os enfermeiros gerontólogos devem ter conhecimento científico de todos os sistemas e da fisiologia do organismo humano e seu funcionamento nessa etapa da vida, já que são habilitados para ajudar pessoas idosas a conviverem melhor com os desafios e as transformações orgânicas da terceira idade, fazendo com que o envelhecer seja visto como algo normal do ser humano e não como o “fim da vida”, como muitos julgam



Artigo

Já o estudo 7 relata que para um envelhecimento ativo e saudável a enfermagem deve elaborar estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida dessa população. A enfermagem pode orientar o indivíduo por meio da educação em saúde tendo como base a dialogicidade e o respeito pelo outro, para que assim possa elaborar ações que visem à manutenção da autonomia e independência dos idosos.

O estudo 8 classifica que a promoção do autocuidado orientado pela equipe de enfermagem abre caminhos para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a diminuição do risco de doenças degenerativas, com o objetivo de minimizar os danos à saúde, essas ações estão fundamentadas na divulgação de informações para a comunidade, articuladas no contexto socioeconômico de cada indivíduo e no ambiente em que se inserem. As estratégias preventivas são fundamentadas na tentativa de reduzirem doenças possíveis de prevenção.

Enfim o estudo 9 determina que quanto à equipe multiprofissional, o enfermeiro é um dos principais autores responsáveis pelo desenvolvimento de ações que visam ao autocuidado dos idosos, como a realização de grupos educativos, caminhadas orientadas, oficinas e principalmente devem ser capazes de orientar, incentivar, auxiliar e buscar alternativas que promovam a saúde e o bem-estar do idoso.

No entanto, percebemos que a enfermagem possui um papel muito importante na saúde do idoso. O qual atuar diretamente nas ações de prevenção, mostrando a importância do autocuidado com a saúde da pessoa idosa. Além de incentivar a essa população as variadas formas de manter o seu envelhecimento saudável, para que assim, possam prolongar sua vida com saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, se torna parte da realidade da maioria das sociedades no mundo inteiro.

o aumento da expectativa de vida do idoso, estar claramente associada à relatividade da melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas nacionais de vacinação e aos avanços tecnológicos da medicina.

No entanto, percebe-se que contextualizar o envelhecimento saudável como paradigma na produção científica brasileira é, antes de tudo, tentar buscar formas de



Artigo

alcançá-lo e estimular as políticas públicas a favor de uma adequação da saúde e da qualidade de vida de toda a população.

Dessa forma, percebemos que a produção científica identificada nesta pesquisa se torna uma complexidade na elaboração de fatores que levam uma sociedade a conseguir alcançar a longevidade com total bem-estar e autonomia preservada.

E para alcançar essa longevidade, as ações de promoção em saúde e estratégias voltada a saúde e bem-estar do idoso, se torna um papel principal da enfermagem. Onde este profissional deve buscar meios de incentivar a população idosa a cuidar mais de sua saúde por meio de práticas diárias de exercício físico e alimentação saudável.

A enfermagem, desenvolve palestra educativas, como forma de amenizar o impacto das doenças crônicas surgidas no decorrer da idade. E mostrar que os idosos, devem se conscientizar que a sua saúde depende exclusivamente de suas ações. Por conta disso, é importante o empurrãozinho por parte dos profissionais de saúde, para conscientizar essa população.

No entanto, com os nove artigos encontrado para esta pesquisa, pode se considerar que o objetivo possuiu uma enorme qualificação com relação a busca. Alcançando satisfatoriamente o que realmente foi buscado.

Enfim, este estudo se torna muito relevante para a área de saúde, onde os profissionais devem se conscientizar diante de suas ações, para a alcançar uma resposta inovadora na assistência a pessoa idosa, favorecendo a eles um envelhecimento saudável em todos os níveis de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Ângela Maria; SANDRI, Juliana Vieira de Araujo. O envelhecimento populacional e o compromisso da enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 2, p. 770-1, 2018.

ANTUNES, P. C; SILVA, A. M; BAPTISTA, T. J. R. Corpo e saúde na produção acadêmica da educação física brasileira: um estudo centrado na meia idade. **Motrivivência**, v. 41, n. 1, p. 176-89, 2013.



Artigo

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho et al. Envelhecimento ativo: um panorama do ingresso de idosos na universidade. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, p.212-228, set./dez. 2016.

AZEVEDO, Marta Sofia Adães. **O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa**. Dissertação de mestrado. Curso de mestrado em enfermagem comunitária. Escola superior de enfermagem do porto, Porto, 2015.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. **O processo de envelhecimento**. 2017. Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/pesquisa/index.php?q=diana%20manuela%20gomes>>. Acesso em: 29.08.18.

CORDEIRO, J.; et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev Bras de Geriatr e Gerontol**, v. 17, n. 3, p. 541-552. 2014.

DÁTILO, Gilsenir Maria Prevelato de Almeida; CORDEIRO, Ana Paula. Envelhecimento humano: diferentes olhares. **Oficina Universitária**, São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, julho-setembro, 2013.

ESQUEIRA, Patrícia Isabel Baía. **Envelhecimento Ativo: um estudo sobre os hábitos de vida dos idosos residentes em meio rural**. Dissertação mestrado. Escola Superior de Educação de Bragança, Bragança novembro, 2013.

FARIAS, Andreza Josiany Aires de et al. Assistência de enfermagem na busca por um envelhecimento ativo. **Congresso nacional do envelhecimento humano**, 2017.

FELIX, Jorgemar Soares. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. **PUCSP**, 2015.



Artigo

FERREIRA, Luiza Vieira et al. Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 32, p. 46-54, 2017.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-8, Jul-Set; 2012.

FRIES, Aline Tais; PEREIRA, Daniela Cristina. Teorias do envelhecimento humano. **Revista contexto e saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 507-514, jan. jun, 2011.

GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014.

LOBO, Alexandrina de Jesus Serra; SANTOS, Luísa; GOMES, Sónia. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 913- 919, Dec. 2014.

MARI, Fernanda Rigoto et al. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-44, 2016.

MELO, Frederico. Envelhecer não é um fardo. Rio de Janeiro: **Radis**, v 173, p 22, 2017.

MENDES, Juliana Lindonor Vieira et al. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **Rev. Educ. Meio Amb. Saú.**, v. 8, n. 1, jan/mar. 2018.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.



Artigo

MOULAERT, T; PARIS, M. Política social sobre envelhecimento: o caso do Envelhecimento Ativo como Metáfora Teatral. **Revista Internacional de Estudos em Ciências Sociais**, v. 1, n. 2, p. 113-123, 2013.

NUNES, Maria Rosa Gonçalves; SANTOS, Abenilda da Silva; NASCIMENTO, Kelly Cristina do. Promoção da saúde e de um envelhecimento saudável: contribuição da enfermagem. **Congresso internacional do envelhecimento humano**, 2017.

OLIVEIRA, Josefa Josinete Santana de. **A importância da efetivação de políticas públicas para a terceira idade: um estudo de caso do centro de convivência para idosos do município de Camaçari-Bahia**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão Pública. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.

RINALDI, Flávia Cazarotto et al. O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 04, n. 2, p. 2326-2238, 2013.

SANTOS, Joyce Maria da Graça; ASSIS, Raiza Ferreira de; OLIVEIRA, Silvia Ximenes. Envelhecimento saudável: a equipe de enfermagem na promoção do autocuidado de idosos. **Congresso internacional do envelhecimento humano**, 2017.

SCHMINSKI, Vieira Roseli; VIEIRA, Reginaldo de Souza. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. **Rev. Dir. Sanit.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 14-37, mar./jun. 2016.

SILVA, Edijane Helena da et al. Desafios e perspectivas para um envelhecimento saudável. **Congresso internacional do envelhecimento humano**, 2014.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016.



Artigo

SOUSA, Elsa Maria da Silva; OLIVEIRA, Maria Clara Costa. Viver a (e para) aprender: uma intervenção-ação para a promoção do envelhecimento ativo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 405-415, 2015.

SOUZA, Andréia Ferreira de et al. Envelhecimento humano e saúde: desafio as políticas públicas. **Congresso nacional de envelhecimento humano**, 2016.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CRAVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

TAVARES, Renata Evangelista et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 889-900, 2017.

VALCARENGHI, Rafaela Vivian et al. Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 4, p. 705-12, jul-ago; 2015.

VALER, Daiany Borghetti et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 809-819, 2015.

VELOSO, Ana Sofia Tanoeiro. **Envelhecimento, Saúde e Satisfação Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida**. Dissertação de Mestrado em Gestão. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, junho de 2015.



Artigo

**CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTE TERMINAL DE ONCOLOGIA:
DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**PALLIATIVE CARE IN TERMINAL ONCOLOGY PATIENT: CHALLENGES
FOR THE NURSE IN THE INTENSIVE THERAPY UNIT**

Janaína Morais da Silva¹
Vinicius Lemos Veloso²

RESUMO - A Unidade de Terapia Intensiva se diferencia dos demais setores de um complexo hospitalar, apresentando complexas instalações que, obrigatoriamente, devem ser equipadas com maquinário que possa assistir o paciente de modo que o mesmo esteja completamente amparado. Alguns pacientes oncológicos, mesmo em terminalidade, são submetidos a cuidados paliativos neste referido setor, o que acarretam desafios para a equipe de enfermagem. O objetivo deste estudo foi caracterizar o desafio para a equipe de enfermagem nos cuidados paliativos em pacientes terminais de oncologia em unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão de literatura, na qual foi possível perceber que a equipe de enfermagem que atua em Unidade de Terapia Intensiva tem um papel importantíssimo no amparo e assistência ao paciente, todavia quando se trata de pacientes oncológicos em terminalidade os desafios enfrentados por estes profissionais são diversos, vão desde o preparo e interação com a equipe multiprofissional, a comunicação com a família, as tentativas de minimizar as dores e o processo de morte dos referidos pacientes. Espera-se que esse estudo possa contribuir para a prática profissional dos enfermeiros, os quais atuam na assistência direta ao paciente, tanto na unidade de terapia intensiva, como em outras áreas do hospital.

Palavras-chaves: Enfermagem; Cuidados paliativos; Oncologia; Unidade de Terapia Intensiva.

¹ Enfermeira pela UNINASSAU. E-mail: janassau@hotmail.com

² Educador Físico pela UNIPÊ. E-mail: Viniciusveloso@gmail.com



Artigo

ABSTRACT - The Intensive Care Unit differs from the other sectors of a hospital complex, presenting complex facilities that must be equipped with machinery that can assist the patient so that it is fully protected. Some cancer patients, even in terminal care, are submitted to palliative care in this sector, which poses challenges for the nursing team. The objective of this study was to characterize the challenge for the nursing team in palliative care in terminal patients of intensive care unit oncology. It is a literature review, in which it was possible to perceive that the nursing team that works in the Intensive Care Unit has a very important role in the care and assistance to the patient, however when it comes to cancer patients in terminality the challenges faced by these professionals are diverse, ranging from the preparation and interaction with the multiprofessional team, the communication with the family, the attempts to minimize the pains and the process of death of said patients. It is hoped that this study may contribute to the professional practice of nurses, who work in direct patient care, both in the intensive care unit and in other areas of the hospital.

Keywords: Nursing; Palliative care; Oncology; Intensive Therapy Unit

INTRODUÇÃO

Câncer é definido como o crescimento de células desordenadamente, que invadem tecidos e órgãos, levando a aparecimento de tumores malignos que disseminam pelo corpo, tumores esses que se dividem por classes agressivas, constituindo assim um sério problema de saúde pública (GARCIA et al., 2013). Espera-se para 2030, 27 milhões de casos novos de câncer (INCA, 2014).

Diante do cuidado que é proporcionado aos pacientes terminais com câncer ocasionam ao enfermeiro, ações que podem contribuir para adoção de uma postura emocional peneadas por estigmas, preconceitos e sofrimento, pois estes se confrontam cotidianamente com a proximidade de morte, da mutilação, das perdas nos convívios pessoais enfrentadas pelos pacientes. Contudo abordar o tema câncer é sempre árduo e doloroso e a situação se agrava quando não se obtém êxito, culminando em morte, levando consigo todo empenho, esperanças e ações realizadas no plano de cuidados (ALVES, 2012).



Artigo

O autor supracitado lembra que o Enfermeiro é o profissional que permanece diariamente em contato com o cliente por mais tempo, realizando ações técnicas assistenciais no âmbito físico e psicológico. Seu papel nos dias atuais tem se destacado a partir de conhecimento científico, conquistas maiores no âmbito da prática do cuidar, principalmente o que consiste em clientes em fase terminal, os quais podem se encontrar na Unidade de Terapia Intensiva diante sua gravidade.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor que se diferencia dos demais setores de um complexo hospitalar, o mesmo é de complexas instalações que obrigatoriamente deve ser equipada com maquinário que possa assistir o paciente do modo que o mesmo esteja completamente amparado. É um ambiente no qual os indivíduos convivem em situações de emergências, risco e morte diariamente, havendo isolamento social e falta de privacidade (SIMONI; SILVA, 2012).

A hospitalização na unidade de terapia intensiva é um evento que causa sofrimento para a família em geral, muitos problemas surgem com essa situação há uma, redução dos rendimentos financeiros em virtude de despesas então instaladas e respostas psicológicas e Fisiológicas (FREITAS; MUSSI; MENEZES, 2012).

A comunicação entre o profissional de saúde e o familiar é de grande contribuição para que a humanização seja realizada com êxito, é evidente que os familiares tenham a necessidade de acompanhar o quadro de saúde de seus entes queridos, sendo necessário também que tenham um tempo de contato com os mesmos possibilitando disponibilidade de compartilhamento de sentimentos a respeito da situação em se encontram fortalecendo ainda mais os vínculos e a vontade de viver por parte do paciente (SIMONI; SILVA, 2012).

Este trabalho se justifica, diante da dificuldade dos profissionais de enfermagem lidar com os cuidados paliativos de pacientes oncológicos que se encontram em UTI.

O estudo é de fundamental relevância, pois contribui significativamente para uma rotina educativa e comprometida com as inquietações e angústias dos profissionais de enfermagem envolvidos no processo de cuidados paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados em UTI, abrindo um espaço de reflexão teórica, contribuindo para que o profissional de enfermagem possa enfrentar melhor com os fenômenos da morte não só na área hospitalar, como também em todos os âmbitos. Diante esta temática se faz presente a seguinte questionamento: "Qual o desafio encontrado pela enfermagem diante dos cuidados paliativos em pacientes terminais de oncologia em UTI?"



Artigo

Nesta esteira o estudo proporciona ajuda profissional ao enfermo em fase terminal e seus familiares, como também a todo indivíduo que tenha tido alguma perda significativa, trazendo uma mudança de comportamento diante a morte e ao processo de morrer, ajudando as pessoas com os devidos cuidados oferecendo qualidade de vida e não só quantidade de vida.

REFERENCIAL TEORICO

Assistência de enfermagem ao paciente com câncer

Apesar dos progressos no processo diagnóstico e terapêutico em oncologia, hoje ainda se observa, em alguns casos, a incurabilidade do câncer, fato este que justifica a assistência paliativa com o foco fundamental do cuidado em saúde. Isto porque o diagnóstico tardio do câncer tem influência nos índices de sobrevivência, complementado pela demora da procura por assistência à saúde, bem como pela precariedade dos serviços de saúde (FRANÇA et al., 2013).

A ação do cuidar ativo e total do indivíduo, em sua dimensão biopsicossocial ~espiritual, desde o início do diagnóstico da doença, aliviando o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, bem como oferecendo suporte familiar. Incluiu, assim, a família e os recursos da comunidade no cuidado da criança em instituições terciárias, centros de saúde e em suas residências (MATSUMOTO, 2012).

Entretanto, Marchioro (2013) considera que as necessidades biopsicossociais progredem com o agravamento da patologia, de forma quase inconsciente os cuidados paliativos são direcionados para o processo de morte e morrer, ou seja, o cuidado ao final da vida. Na opinião de Nietzsche et al (2013) a evolução da doença oncológica conduz de certa forma, quase que naturalmente à assistência voltada aos princípios dos cuidados paliativos, incluindo a participação ativa da família no cuidado de seu ente. O significado dos cuidados paliativos tem sido descrito, por alguns, como a ausência do tratamento curativo e alívio dos sintomas.

Para França et al (2014), a maioria dos relatos mostra que alguns princípios dos cuidados paliativos foram apreendidos apenas de modo parcial, não indicando a participação e inclusão gradual da família na terapêutica paliativista, muitas vezes entendida como não ter mais nada para fazer.



Artigo

Cuidados paliativos

A partir do final da década de noventa, quando discursos sobre uma "nova" modalidade assistencial, que surge como reação a medicina tecnicista, tem início um questionamento em relação de como a morte vem sendo vista e vivenciada, principalmente no âmbito hospitalar. Como resultado dessas discussões surgem os Cuidados Paliativos os quais compõe um saber que tende colocar a morte sob outro regime de discurso (SILVA; KRUSE, 2009).

O termo "cuidados paliativos" é usado para definir a ação de uma equipe multiprofissional á pacientes sem chance de cura. A palavra "paliativa" vem do latim . *palliunque* significa proteção, manto, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa não mais acolhe. Segundo o Manual de cuidados paliativos a origem do mesmo se confunde historicamente com o termo "hospice", que são abrigos que tinham a o papel de cuidar dos viajantes e peregrinos enfermos (HERMES; LAMARCA, 2013).

Em crescente desenvolvimento, os cuidados paliativos são um tema atual, indo ao encontro das carências das pessoas afetadas por patologias graves, com mau prognóstico ou por envelhecimento patológico, e das suas famílias, como também dos vários profissionais de saúde que se depara com esta problemática (DUQUE, 2011).

O presente autor ainda diz que para os cuidados paliativos serem efetivos é fundamental ter por base quatro pilares, são eles: controle sintomático, pois é importante saber conhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e apresentam repercussões de forma direta no bem estar do paciente; a comunicação que tem que ser adequada ao doente/família e equipe terapêutica, permitindo o estabelecimento de urna relação honesta, aberta, empática e de apoio á família, a aliança entre a equipe e doente/família é a essência dos cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos foram defrnidos pela Organização mundial da saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2002, como sendo uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças por meio de estratégias de prevenção e alívio do sofrimento através de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas físicos, psicossocial e espiritual (HERMES; LAMARCA, 2013).

A OMS reconhece que pacientes sem chances terapêuticas de cura, durante fase terminal ou a caminho desta, quase sempre apresentam imobilidade, fragilidade, perda de interesse para alimentação, dificuldades de deglutição, sonolência, astenia, além dos



Artigo

elevados níveis de tensão, emoções e ansiedade, devendo receber os cuidados paliativos (SILVA; GUIMARÃES, 2012).

As relativas questões às últimas fases da vida e do próprio processo de morte e morrer, atualmente, têm se tornado objeto de reflexões na área da saúde, da antropologia, filosofia, sociologia e existe um consenso entre os pesquisadores quando dizem que não se deve preservar a vida biológica a qualquer maneira (obstinação terapêutica) se isso desencadear mais dor e sofrimento ao paciente, além da perda da auto estima e dignidade (REMEDI et al., 2009).

Entretanto, a formação acadêmica dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde ainda é focada e intensificada no cuidado para a promoção, recuperação e preservação da vida, deixando-os desta forma despreparados, tecnicamente e psicologicamente, para enfrentar os processos referentes ao morrer, a partir do entendimento de que ela não faz parte da vida. Neste sentido, a implantação dos cuidados paliativos nas práticas profissionais torna-se, dificultada, pois para desenvolver os cuidados paliativos é preciso a aceitação da morte tanto pelo paciente, quanto pelos familiares e profissionais de saúde (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010).

Os cuidados paliativos valorizam o nível ótimo de controle da dor e administração de sintomas; afirmam a vida e encaram o morrer como um processo normal; não apressam e nem adiam a morte; integram aspectos psicológicos e espirituais aos cuidados do paciente; oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte; ajudam a lidar com a doença e no luto; exigem abordagem em equipe; buscam aprimorar a qualidade de vida (SANTANA et al., 2013).

Paliar é uma extensão do cuidado em saúde e todos os profissionais devem saber o momento em que os cuidados paliativos são necessários. Firmar este tipo de atenção favorece um cuidado de qualidade, não se importando com o cuidado oferecido se em âmbito hospitalar ou domiciliar. Profissionais de saúde especializados ou treinados apresentam melhores resultados no controle de sintomas físicos como dor, e sofrimentos psicossociais, deste modo a capacitação destes profissionais precisa ser priorizada pelos serviços de saúde (CARDOSO et al., 2013).

A importância dos cuidados paliativos permite que o paciente tenha a possibilidade de aceitar a doença, e poder viver intensamente os momentos de alegria de sua vida, junto aos seus amigos e familiares, podendo ter uma boa morte, tendo seus



Artigo

sintomas controlados, e estar próximo às¹ pessoas queridas em sua finitude. (KÜBLER-ROSS, 2008).

Desafios e cuidados de enfermagem aos pacientes oncológicos em UTI

Um dos desafios que a enfermagem em frente ao prestar cuidados paliativos a pacientes oncológicos é enfrentar a dor dos familiares, estes que muitas vezes adoecem junto com seu ente querido todo o sofrimento advindo da patologia. Assim, o momento da finitude em cuidados paliativos, frequentemente, acontece no ambiente hospitalar e a equipe, antes dedicada ao máximo à cura da enfermidade, depara-se com a terminalidade e com a dor da família. O que exige da enfermagem, além de conhecimento técnico-científico, considerável reparo emocional para auxiliar as famílias a enfrentarem esse momento derradeiro da existência (SILVA et al., 2015).

Contudo, peculiaridades do perfil das pessoas em cuidados paliativos oncológicos em suma o paciente que vem sendo cuidado na maioria das vezes é acompanhado por estes familiares os quais necessitam de apoio por parte dos profissionais, e precisam ter suas necessidades atendidas, uma vez que sofrem juntamente com seus entes queridos, nessas experiências ligadas às condições crônicas de saúde. Em geral, as necessidades dos familiares estão relacionadas com a comunicação eficaz, o que requer disponibilidade de tempo e dedicação do profissional para o estreitamento das relações com base na empatia (SILVA et al. 2015).

A enfermagem deve inserir os familiares a realização dos cuidados paliativos, no qual uma de suas metas é assegurar a melhor qualidade de vida possível ao paciente e sua família durante todo o período de tratamento e processo de morte e luto. Para tanto, tal assistência não envolve somente o bem estar do paciente, mas o conforto da família, já que ambos necessitam de acolhimento emocional, social e espiritual, para que o cuidado seja executado de forma holística (RIBEIRO et al., 2014).

Da mesma forma que pesquisas recentes envolvendo familiares de pessoas com câncer em cuidados paliativos é possível observar a não aceitação, por parte dos pais, da morte do filho quando a doença se agrava, gerando intenso sofrimento a cada dia, situação, muitas vezes incontrolável pela equipe, mesmo com uso de todos os recursos disponíveis (OLIVEIRA et al., 2014).

Outro desafio da enfermagem perante o cuidado paliativo em oncologia é o manejo na tomada de decisão, que se torna relevante e dificultoso no julgamento de



Artigo

características definidoras que envolvam os aspectos psicoespiritual, social, ambiental e cultural, do enfermo e seus familiares (GOLÇALVES; BRANDÃO; DURAN, 2016).

É preciso que os profissionais sejam sensíveis ao sofrimento humano, sejam capazes de realizar sua assistência de forma positiva com aqueles que sofrem, que saibam ter a destreza de realizar os devidos cuidados diante a finitude para os que sofrem dolorosamente, isso porque, já que é humanamente impossível vencer a morte, é preciso descobrir algo para amenizar e dar sentido à experiência de perda (SOUZA et al., 2013).

Desta forma, considera-se que a prática de enfermagem sistematizada favorece a identificação das necessidades de cuidado manifestadas e/ou referidas pelos clientes e familiares em sua totalidade, bem como a articulação e negociação com os demais membros da equipe de saúde em nome da concretização e melhorias do cuidado, constituindo uma estratégia adequada a uma prática centrada na pessoa e não apenas nas tarefas (SILVA; MOREIRA, 2011).

Paliar é uma extensão do cuidado em saúde e todos os profissionais devem saber o momento em que os cuidados paliativos são necessários. Firmar este tipo de atenção favorece um cuidado de qualidade, não se importando com o cuidado oferecido se em âmbito hospitalar ou domiciliar. Profissionais de saúde especializados ou treinados apresentam melhores resultados no controle de sintomas físicos como dor, e sofrimentos psicossociais, deste modo a capacitação destes profissionais precisa ser priorizada pelos serviços de saúde (CARDOSO et al., 2013).

A importância dos cuidados paliativos permite que o paciente tenha a possibilidade de aceitar a doença, e poder viver intensamente os momentos de alegria de sua vida, junto aos seus amigos e familiares, podendo ter uma boa morte, tendo seus sintomas controlados, e estar próximo às pessoas queridas em sua finitude (SILVA et al., 2015).

Outra barreira enfrentada pela enfermagem nos cuidados aos pacientes em finitude é o manejo com a dor, uma vez que estes pacientes sofrem com dores intensas e incessantes. Na medida em que se mensura a dor como um sinal vital, têm-se parâmetros para estabelecer um plano de cuidados adequado à intensidade da mesma e individualizado. Nesse sentido, o cuidado deve ser pautado na convivência e interação saudáveis, por mais dificultoso que seja, pois o cliente com câncer valoriza a relação interpessoal e atribui a ela o alívio de seus sintomas e sua dor (STUBE, 2015).

Os cuidados paliativos valorizam o nível 'ótimo de controle da dor e administração de sintomas; afirmam a vida e encaram o morrer como um processo



Artigo

normal; não apressam e nem adiam a morte;¹ integram aspectos psicológicos e espirituais aos cuidados do paciente; oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte; ajudam a lidar com a doença e no luto; exigem abordagem em equipe; buscam aprimorar a qualidade de vida (SANTANA et al., 2013).

Os profissionais nem sempre estão preparados para compartilhar esse momento tão difícil, isto também constitui-se como uma barreira diante esta atuação, demonstrando que prestar assistência à pessoas com câncer sob cuidados paliativos é um processo de sofrimento e um misto de emoções para o profissional (MONTEIRO; RODRIGUES; PA VHECO, 2012).

O cuidar de pacientes nesta condição confronta os enfermeiros com seus próprios medos relacionados com a possibilidade de sofrer e morrer. Os temores e ansiedades não reconhecidos podem interferir no cuidado de enfermagem oferecido aos pacientes (PETERSON; CARVALHO, 2012).

As dificuldades do cuidar diante do câncer são intensificadas por se tratar de condições terminais, uma vez que sua concepção dessa doença está associada ao sofrimento e à morte (REIS et al., 2014).

Entretanto, a formação acadêmica dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde ainda é focada e intensificada no cuidado para a promoção, recuperação e preservação da vida, deixando-os desta forma despreparados, tecnicamente e psicologicamente, para enfrentar os processos referentes ao morrer, a partir do entendimento de que ela não faz parte da vida. Neste sentido, a implantação dos cuidados paliativos nas práticas profissionais torna-se, dificultada, pois para desenvolver os cuidados paliativos é preciso a aceitação da morte tanto pelo paciente, quanto pelos familiares e profissionais de saúde (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010).

METODOLOGIA

Caracterização da pesquisa

Este estudo trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com o objeto de reunir a produção científica sobre o tema especificado, existentes em artigos e resumos nos



Artigo

bancos de dados on-line. a pesquisa bibliográfica é caracterizada pela reunião de bibliografias que já se tornou pública em relação ao tema estudado, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com tudo que já foi estudado sobre o assunto (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Neste estudo foi realizado um levantamento bibliográfico acerca da enfermagem frente à morte no atendimento pré-hospitalar, utilizando as bases de dados on-line do Scientific Electronic Library on-line - Scielo, Pubmed e Medline no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018. para proceder à busca foram utilizados os descritores: enfermagem, cuidados paliativos, oncologia. unidade de terapia intensiva. estes foram utilizados juntamente, com o marcador booleano (and), tendo como fatores de inclusão trabalhos desenvolvidos no âmbito nacional, em português, textos completos, publicados em periódicos científicos de enfermagem, entre os anos de 2010 e 2017, e abordarem aspectos relevantes que merecem consideração acerca do tema abordado. além dessas referências, foram utilizados livros específicos da área de enfermagem além do acervo literário disponibilizado na biblioteca da faculdade de enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP).

Todos os dados coletados através desta pesquisa foram cuidadosamente analisados e apresentados. O maior objetivo foi promover um diálogo fundamentado entre os autores e o pesquisado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do tema descrito pode-se ressaltar que a enfermagem vem abordando em seus estudos as informações consistentes acerca de suas reais dificuldades e diversos desafios frente aos cuidados prestados aos pacientes oncológicos terminais hospitalizados em UTI. A presente revisão de literatura constitui uma ferramenta importante para que a enfermagem possa ter subsídios de acerca das possíveis estratégias de estar avaliando sua visão frente ao processo de cuidados em UTI em sua rotina de trabalho, cabendo aos mesmos criar e avaliar suas estratégias de enfrentamento para que deste modo venham a desempenhar um papel que seja favorável tanto para sua pratica profissional quanto ao auxílio das famílias dos envolvidos no processo de morte, já que se trata de cuidados para pacientes em terminalidade.



Artigo

A Assistência de Enfermagem ao cliente na UTI consiste em acompanhar o paciente em toda a sua estadia no hospital, desde a sua internação até a alta ou morte, devendo a enfermagem ficar atenta a todas as alterações que poderão surgir e atuar na recuperação plena do paciente. O conhecimento e a habilidade devem estar alicerçados nos preceitos éticos da profissão a fim de garantir uma assistência de enfermagem com qualidade, garantindo assim a prática da humanização. Vislumbra-se que os desafios da enfermagem neste cuidados são muitos estudos revelaram que esses vão desde o preparo e interação com a equipe multiprofissional, a comunicação com a família, as tentativas de minimizar as dores destes pacientes e o processo de morte.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para a prática profissional de outros enfermeiros os quais atuam com assistência direta ao paciente, tanto na UTI e em outras áreas do hospital, para que os mesmo possam refletir acerca da humanização. Sendo assim outras pesquisas a serem desenvolvidas nessa temática pela enfermagem podem envolver a eficácia da assistência.

REFERÊNCIAS

ALLEBRANDT, A. P. et al. Caracterização dos pacientes com câncer de pênis em um hospital filantrópico. **Rev. Multip. Saúde HSM**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 14-25,2013.

BORGES, M. S. et al. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.2, p.324-331, mar./abr.2012.

CARDOSO, D. H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, nA, p.1134-1141, out./dez.2013.

CUNHA, E. A.; BOURROUL, S.; COTRIN, S. S. Atividade da P53 no desenvolvimento do câncer. **Bioclínica-Revista Eletrônica**, v. 6, n. 1,2014.

DUQUE, A. R. A. *Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Lisboa. Maio. 2011. Disponível em:



Artigo

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8810/I/Relatorio20de20Estagio.pdf>
Acesso em: 15/03/2016

FREITAS, A. A. S.; COELHO, M. J.; MENEZES, M. F. B .. Saúde do homem, masculinidades e a relação com câncer de laringe: implicações para a enfermagem. **R. pesq.: cuidado fundam**, jan.lmar. 5(1):3493-03. 2013.

FREITAS, E. P.; SPONCHIADO, F. C.; ZANATTA, E. A. O processo de enfermagem como perspectiva na melhoria da qualidade da assistência. **Revista de Enfermagem**, v. 2, n. 2 e 3, p. 45-52, 2013.

FRANÇA, J. R. F. S. et al. Cuidados paliativos à criança com câncer. **Rev. enfermo UERJ**, v. 21, n. 2, n. esp, p. 779-784,2013.

FONSECA, S. M., PEREIRA, S. R. **Enfermagem. em oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2013.

GARCIA, G. S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente com câncer de pênis. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 1, p. 531- 541, jan./jul. 2013.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência &SaúdeColetiva**. v.18,n.9,p.2577-2588.2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva.
Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br>>. Acesso em: 02 maio 2016.

LIMA, Marcia Gabriela Rodrigues; Nietzsche, Elisabeta Albertina; Teixeira, Jorge Ana. reflexões da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. **Revista eletrônica de enfermagem**. v.14,n.1,p.181-189.jan-mar.2012 .



Artigo

- LOFEGO; PINHEIRO, R. Comunicação e informação no controle do câncer de colo uterino no Brasil: uma análise sob perspectiva da integralidade em saúde-DOI: 10.3395/reciis.v6i4.Sup1.742pt. RECIIS, v. 6, n. 4, 2013.
- MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, p. 23-24, 2012.
- MARCHIORO, M. K. **Estudo de utilização de medicamentos em uma unidade de oncologia pediátrica de um hospital universitário de Porto Alegre**. 2013.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, c. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto e Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758,2008
- MARTINS, C. A. et al. Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: **Desafios para uma Política de Atenção Oncológica**. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59,n. 3,p. 341-349.2013.
- MONTEIRO, A. C. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S . T.A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. **Rev. Enferm, Esc. Anna Nery** v. 16, n. 4, p. 741-746, 2012.
- SILVA, M. M. et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 460-466, 2015,
- NIETSCHKE, E.A. et al. Equipe de saúde e familiares cuidadores: atenção ao doente terminal no domicílio. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 10, p. 55-62,2013.
- OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BERTOLINO, K. C. O .. Reflexões acerca da morte um desafio para enfermagem. **Revista Brasileira deEnfermagem**. v.63,n.6,p.1077-1080.2010.



Artigo

OLIVEIRA, D. C. A função social da fisioterapia no tratamento de mulheres mastectomizadas. In: Proceedings of the 4th. **Congresso Internacional de Pedagogia Social IV** Congresso Internacional de Pedagogia Social. 2012.

OLIVEIRA, S. S. et al. Infusão subcutânea de analgésicos em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: uma revisão de literatura. *e-Scientia*, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2014.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. . Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 4, p. 692-697, 2011.

REMIZOSKI, I.; ROCHA, M. M.; VALL, I. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem-SAE: uma revisão teórica. **Saúde**, v. 1, n. 3, 2014.

RETICENA, K. O. et al. A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer. **Revista Rene**. 2014.

SANTOS, C. M. et al. O enfermeiro na assistência à mulher com câncer de colo uterino. **revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, n. 14, p. 19-24, 2015.

SILVA, K. S.; KRUSE, M. H. L. As sementes dos cuidados paliativos: ordem de discursos de enfermeiras. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. v.30,n.2,p.183-189,jun.2009.

SILVA, A. E.; GUIMARÃES, E. A. A. Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares. **Revista de Enfermagem CentroOeste Mineiro**. v.2,n.3,p.376-393,set-dez.2010.

SILVA, L. B.; CARVALHO, M. C. Percepção das emoções dos enfermeiros frente aos pacientes terminais oncológicos **Saberes Unicampo**, Campo Mourão, v. 01, n.02, jan. - dez. 2015. Disponível em <http://faculdadeunicampo.edu.br/lojs/index.php/Saberesunicampo>



Artigo

SILVA, Adriana Ferreira da et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. v. 36, n. 2, p. 56-62,2015. jun. 2015.

SANT ANA, I. C. B., et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. **Revista Bioética**. v.21,n.2,p.298-307.2013.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 2, p. 172-8, 2011.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 483-90, 2010.

SANT ANA, I. C. B., et al. Cuidados paliativos aos paciente terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Bioética**. v.3,n.1,p.77-86.2009

SOUZA, L. F. et al. Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 30-37,2013.

STÜBE, M. et al. Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 696-710,2015.

TEIXEIRA, R. et al. Classe Hospitalar: Um estudo sobre o atendimento educacional no Hospital de combate ao câncer Araújo Jorge em Goiás, Brasil. **CIAIQ** 2015, v. 1,2015.



Artigo

ENVOLVIMENTO DO PAI NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO NO MÉTODO CANGURU

INVOLVEMENT OF THE FATHER IN THE CARE NEWBORN PREMATURE IN KANGAROO METHOD

Karina Nascimento de Souto¹
Danielle Martins do Nascimento Oliveira²

RESUMO - O objeto do presente estudo é o envolvimento do pai e respectivo impacto no cuidado ao recém-nascido prematuro no método Canguru. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, que tem como objetivo obter informações sobre a temática estudada. O referido estudo foi realizado em uma maternidade pública localizada no município de João Pessoa–PB. A população foi formada de pais de crianças internas na referida maternidade, os quais concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecimento. Dos resultados, foi possível obter sete categorias distintas, subdivididas e descritas como categorização do estudo. Os dados da pesquisa mostram que o nascimento prematuro gerou em muitos pais sentimentos de tristeza, apreensão, ansiedade e medo. As maiores dificuldades encontradas para visitar o filho prematuro foram a jornada de trabalho e a distância da maternidade, pois alguns pais moram em outras localidades. Em relação à percepção dos pais a respeito do método Canguru, muitos não tem o conhecimento de sua importância. Os resultados da pesquisa mostram que os pais dos prematuros não são bem orientados pela equipe de enfermagem a respeito do método Canguru. No entanto, cabe aos profissionais da enfermagem, disseminar a informação sobre o referido método, mostrando os benefícios ao bebê, para que esses pais tomem conhecimento da importância da sua participação.

Palavras-chave: Enfermagem. Prematuro. Método Canguru.

¹ Enfermeira. Especialista em Pediatria e Neonatologia pela CEFAPP. E-mail: karinan_09@hotmail.com

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente da FESVIP. E-mail: danimartins84@hotmail.com



Artigo

ABSTRACT - The objective of the present study is the involvement of the father and his impact on the care of the premature newborn in the Kangaroo method. It is an exploratory-descriptive study, whose objective is to obtain information about the subject studied. This study was carried out in a public maternity hospital located in the city of João Pessoa-PB. The population was formed of parents of internal children in the said maternity, who agreed to participate in the research and signed the term of free consent and clarification. From the results, it was possible to obtain seven distinct categories, subdivided and described as categorization of the study. Research data show that preterm birth has generated in many parents feelings of sadness, apprehension, anxiety, and fear. The greatest difficulties encountered in visiting the premature child were the working day and the distance from the maternity ward, since some parents live in other places. Regarding the parents' perception of the Kangaroo method, many are not aware of its importance. The results of the research show that the parents of premature infants are not well advised by the nursing team about the Kangaroo method. However, it is up to the nursing professionals to disseminate information about this method, showing the benefits to the baby, so that these parents know the importance of their participation.

Keywords: Nursing. Premature. Kangaroo Method.

INTRODUÇÃO

O Recém Nascido de baixo peso (RNBP) é aquele que nasce com o peso corporal inferior a 2.500g. Essa condição pode acompanhar ou não a prematuridade a qual é caracterizada pelo nascimento da criança antes de 37 semanas de gestação. O baixo peso é o principal fator de mortalidade neonatal e pode contribuir para o aparecimento de infecções perinatais, déficit no crescimento e desenvolvimento da criança, baixo desempenho escolar, além de aumentar o tempo de internação (BRASIL, 1999). Com intuito de diminuir o tempo de hospitalização, o método Canguru foi implantado em diversas instituições hospitalares.

O método Canguru surgiu, inicialmente, como uma estratégia para compensar a falta de incubadoras nas maternidades colombianas. Esse método consistia em envolver o recém nascido junto ao seio materno, por meio de uma faixa. Desse modo, ele era aquecido e estimulado a amamentação, o que resultou em ganho de peso mais rápido e diminuição



Artigo

do tempo de hospitalização (VERAS et al., 2011). Assim, essa estratégia foi adotada nos serviços de saúde no mundo como parte dos cuidados ao RNBP. No Brasil, foi adotado como parte integrante da Política Nacional de Humanização direcionada ao neonato. Além de diminuir o tempo de internação, o método proporciona outros benefícios.

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece como vantagens do método Canguru para o RNBP, além do estímulo ao aleitamento materno: a redução do tempo de separação pai-mãe-filho; o aumento do vínculo pai-mãe-filho; aumento da competência e confiança dos pais no cuidado do RN, inclusive após a alta hospitalar; adequado controle térmico; fortalecimento da relação entre família do RN e a equipe de saúde; melhor qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo dos RNBP (BRASIL, 2011). Dentre esses diversos ganhos, destaca-se fortalecimento do vínculo da família com a criança. Mesmo durante uma situação de crise, as relações familiares podem ser construídas e mantidas quando a instituição de saúde adota o método Canguru como estratégia de cuidado.

No entanto, a construção de vínculo com o bebê no método Canguru não deve ser imputado exclusivamente a mulher, pois o envolvimento paterno além de possibilitar uma maior vinculação afetiva, reduz a sobrecarga materna na responsabilidade com a criança. Os estudos realizados sobre a temática mostram que a participação masculina nesse método é inconstante e o foco do mesmo ainda é a figura materna em detrimento da paterna (BERNARDO; ZUCCO, 2015; SANTOS; MACHADO; CHRISTOFELL, 2013).

Diante do exposto, o estudo objetivou analisar o envolvimento paterno nos cuidados ao recém-nascido de baixo peso no método Canguru, em uma maternidade no município de João Pessoa-PB.

MÉTODO

É um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade pública localizada no município de João Pessoa-PB. Esta maternidade é referência no atendimento ao RN prematuro, recebeu o título de Hospital Amigo da Criança nesta cidade pela UNICEF.



Artigo

Os participantes da pesquisa foram 12 homens que, no momento do estudo, estivessem acompanhando ou visitando o filho prematuro no setor onde é utilizado o método Canguru, na referida maternidade. A seleção dos participantes foi não intencional. Os homens foram convidados a participar do estudo pela pesquisadora participante no momento em que compareciam a instituição hospitalar para acompanhar ou visitar o filho. Caso os indivíduos mostrassem interesse e concordassem em participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão delineados foram: homens maiores de 18 anos que estivessem acompanhando ou visitando seu filho prematuro no setor de aplicação do método Canguru, durante o período de coleta de dados. Foram excluídos os homens pais de RNBP que não estivessem no método Canguru.

Os colaboradores foram esclarecidos acerca do objetivo e relevância da pesquisa, benefícios e risco os potenciais, direito de decidir na colaboração com o estudo, assegurando que a recusa não implicaria em nenhuma retaliação, além de outros preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Aceitando colaborar com o estudo, os homens assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando se encaminhava o participante para um espaço reservado para coleta dos dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Facene/Famene/PB sob parecer número 133/2015 e CAAE: 48642915.2.0000.5179.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a outubro de 2014, através de um formulário semi-estruturado composto por questões objetivas e subjetivas, o qual foi preenchido pelo participante, sob a supervisão da pesquisadora participante. A equipe de pesquisa foi composta por enfermeiras pesquisadoras mestres e doutoras na área e graduanda em Enfermagem. As falas dos colaboradores foram transcritas para uma planilha eletrônica e identificadas através da letra E, e do número de ordem de realização, tais como E1, E2 e subsequentes.

A organização inicial do material transcrito foi realizada através do software *Excel for Windows 2013*. As respostas às questões objetivas foram tratadas por meio de estatística descritiva simples e as respostas subjetivas foram categorizadas segundo as ideias centrais, tratadas por meio da Análise de Conteúdo (MINAYO, 2007) e discutidas à luz da literatura pertinente.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 12 pais participantes do estudo tinham entre 22 e 34 anos, predominando as idades entre 22 e 29 anos. Destes, oito viviam a paternidade mais de uma vez e todos compartilhavam a primeira vivência com a prematuridade.

A partir das respostas subjetivas dos pais, emergiram quatro categorias temáticas, permitindo a análise do envolvimento do pai no cuidado ao RNBP hospitalizado sob o método Canguru: Compreensão do pai sobre o Método Canguru; Percepção sobre seu envolvimento no cuidado ao RNBP; Barreiras no envolvimento do pai no cuidado do filho prematuro; Contribuição da equipe de enfermagem.

Compreensão do pai sobre o Método Canguru

De modo geral, o relato dos pais acerca de sua compreensão do método Canguru refletem a ideia sobre o impacto dessa estratégia na saúde do RNBP e construção do vínculo afetivo. Por outro lado, emergiu das falas o pouco conhecimento sobre o Método em si.

“Muito bonito. A única coisa que eu sei que é bom para o bebê” (E-1)

“Eu não entendo quase nada” (E-2)

“Eu só sei que ajuda o bebê a ganhar peso” (E-3)

“Eu acho que o pai tem que participar do método canguru” (E-5)

“Uma prática para o desenvolvimento da criança. Sei pouco, mas o dia-a-dia me ajuda a entender e aprender um pouco mais.” (E-6)

“Eu não sei nada. Pelo que eu ouvi falar é interessante” (E-7)

“Muito importante e lindo. O pouco que sei que cada dia ficam forte e felizes” (E-11)

“Uma grande ajuda na recuperação do bebê, uma forma de passar todo o sentimento do pai para o filho. Muito bom, porque o melhor remédio é o amor, e no método canguru é o que se passa para o bebê” (E-12)

A pouca informação do pai sobre o cuidado Canguru pode estar associado a pouca disseminação dentro da maternidade, nas mídias digitais e até mesmo pela falta de interesse dos próprios participantes em conhecer o método.



Artigo

Percepção sobre seu envolvimento no cuidado ao RNBP

Nessa categoria percebemos as principais sensações e sentimentos relatados pelos participantes do estudo enfocando no poder ajudar o seu filho através do método canguru.

“Muito satisfeito de estar colaborando no momento que ele tanto precisa” (E-4)

“Alegria em participar do desenvolvimento dela” (E-6)

“Me sinto muito importante em poder estar junto com a minha esposa ajudando meu filho nessa etapa da vida dele” (E-10)

“Muito feliz em poder está ajudando de alguma forma” (E-7)

Segundo as falas dos entrevistados, pode-se perceber que em sua maioria o sentimento foi de importância, felicidade, alegria. De acordo com Carraro (2012) o pai transmite ao filho uma sensação de força e de amor, um carinho distinto do materno e embora o pai se ache desajeitado e confuso em relação ao bebê a sua presença é de grande importância no desenvolvimento infantil. O interesse do pai em acompanhar o desenvolvimento da criança favorecerá os resultados benéficos na formação de uma personalidade sadia da criança.

Barreiras no envolvimento do pai no cuidado do filho prematuro

Alguns dos pais descrevem suas disponibilidades de acompanhar seus filhos durante o tempo de internação.

“Eu sempre venho ficar todos com minha filha.” (E-6)

“Nem sempre dá pra vir.” (E-8)

“Venho quando dá, quando eu tenho tempo.” (E-9)

“Sempre que posso, ao sair do trabalho.” (E-7)

“Quase nunca dá pra vir, porque eu moro no interior.” (E-1)

“Não, porque eu trabalho e moro longe.” (E-5)

“Sim, eu sempre venho.” (E-12)



Artigo

Pode-se observar nos relatos dos pais que a grande maioria dos entrevistados não pode estar sempre presente no dia-a-dia do seu filho durante o tempo de internação, devido ao trabalho e à distância. Porém alguns relatam que sempre vem ficar com seu bebê, quando tem tempo livre, e quando estão de folga. Percebe-se a sobrecarga que deve ser vivenciada pela mãe, ao sentir a ausência do companheiro.

Percebe-se uma carga emocional intensa, desencadeada por um processo de estresse, devido à mudança de ambiente, que interfere no ritmo de vida desses pais causada pelo impacto da notícia e as limitações impostas pelas rotinas hospitalares. A expectativa frustrada de ter o filho com nascimento no tempo normal ou sem intercorrências significa para eles um sonho rompido e um processo doloroso com reação de choque, incredulidade, sofrimento e profunda tristeza e principalmente o medo de perder seu filho (SCHMIDT et al., 2012).

Diversas são as dificuldades denotadas pelos pais para ver o bebê. As expressas pelos pais incluem:

“O que me impede mais está com meu filho é à distância e as condições financeiras.” (E-1)

“Nenhuma dificuldade, só não venho quando tenho bico pra fazer.” (E-2)

“Só não venho quando estou trabalhando.” (E-3)

“Os horários do trabalho, só posso vir a noite e ficar um pouco com ele.” (E-4)

“Eu trabalho e moro longe.” (E-5)

“Nenhuma, sempre estou presente.” (E-6)

“Eu trabalho muito e a distancia também dificulta” (E-10)

“Transporte.” (E-11)

“O cansaço do dia-a-dia, trânsito e tempo.” (E-12)

As falas dos participantes revelam que a maior dificuldade encontrada está relacionada ao trabalho. O local da pesquisa é referência em obstetrícia e atende pacientes de outros municípios e outros Estados, por isso algumas falas relataram o fator distância como decisivo para estar longe de seus filhos, tornando-se um empecilho para estar compartilhando vivência mais próxima dentro do método Canguru. A presença paterna contribui para o aumento da ligação afetiva entre o pai e o bebê e esta não acontece instantaneamente, ela deve ser vista como um processo em constante



Artigo

construção e facilitado pela mãe e equipe de saúde para proporcionar esse envolvimento.

Além disso, os cuidados prestados aos neonatos agrega necessidade de atenção voltada para os pais, irmãos, avós e apoio familiar social, pois esta tecnologia pode auxiliar no aumento da construção de vínculos durante o método, reduz a dor e o estresse do recém-nascido, melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo, gerando assim o sucesso do tratamento do RN internado.

Contribuição da equipe de enfermagem

Com relação às orientações a assistência de enfermagem quanto ao Método Canguru, obtiveram-se as seguintes respostas:

“Tive o apoio de toda equipe.” (E-6)

“Sim, elas me ensinaram que o bebê cresce mais rápido e que esse método ajuda no seu desenvolvimento.” (E-5)

“Não tive orientações.” (E-1)

“Tive pouca orientação.” (E-3)

“Sim, lavar as mãos, não apertar muito ele.” (E-4)

“Não fui orientado.” (E-9)

Apesar de alguns pais relatarem não ter tido orientação e conhecimento sobre o método Canguru, muitos disseram ter tido apoio da equipe para algumas ações: como pegar no bebê, higienizar as mãos, desenvolvimento e crescimento da criança. Considera-se de inteira relevância o incentivo e apoio da equipe quanto à importância do método para pai-filho, com o despertar de sentimentos como amor e carinho, da mesma forma que a mãe, essa vivência proporciona um contato pele a pele, faz com que eles sintam as diferenças na respiração, sono, temperatura e o ganho de peso dos bebês (NEVES et al., 2010).

Com isso, os cuidados não devem ser focados apenas nos aspectos biológicos, as estratégias devem estar voltadas no sentido de valorizar o potencial do homem como pai e cuidador, refletindo sobre o seu estado de angústia, de forma que a assistência atenda às necessidades do ser pai, proporcionando efeitos estruturais positivos à saúde



Artigo

do recém-nascido. Foi possível observar que durante a coleta de dados que a área da Enfermagem ainda precisa atentar para transmitir orientações não somente para as mães, mas também para os pais.

CONCLUSÃO

Os dados levantados nesta pesquisa revelam a importância do Método Canguru para o pai-filho. Mas, sentimentos como de tristeza, apreensão, ansiedade e medo ainda rodeiam o cuidador, isto se refere pela situação de saúde do RN, dúvidas quanto ao tratamento e cuidados, desejo impetuoso de estar mais próximo ao seu filho, no entanto, encontra-se impossibilitado devido o período de trabalho, as condições financeiras, a dificuldade de deslocamento pela distância de sua residência para a maternidade, que o impedem na proximidade de apoio. Outro fator que relatado foi a dificuldade de com quem deixar os outros filhos para que o mesmo fizesse visitas mais frequentes a seu filho prematuro.

Em relação à percepção dos pais a respeito do método Canguru, alguns não têm o conhecimento da importância desse método, não sabem para que serve, imaginam que seja apenas para que o bebê ganhe peso e vá para casa. Os resultados da pesquisa mostram que os pais dos prematuros são pouco orientados pela equipe de saúde e de Enfermagem a respeito do método, esta orientação e assistência pode contribuir sobremaneira para aproximar envolver os pais no cuidado com seu filho, e estreitar os laços afetivos, gerando no bebê estímulos, a segurança e o sentimento de ser amado.

Portanto, cabe aos profissionais de saúde, principalmente a área da Enfermagem, disseminar a informação sobre o método, mostrando os benefícios relacionados ao bebê, para que esses pais tomem conhecimento de sua importância. O estudo vem a contribuir na reflexão acerca da problemática e mostrar a importância não apenas da mãe, mais também do pai que exerce um papel primordial no seio da família.

REFERÊNCIAS

BERNARDO, F.R.; ZUCCO, L.P. A centralidade do feminino no método canguru. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro , n. 21, p. 154-



Artigo

174, dez. 2015 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872015000300154&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 fev. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.21.09.a>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. 13 de junho de 2013 –
Seção 1. Acessado em: 13/09/2015.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE: GUIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.
Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru.
Vol.4 .Brasilia, DF. 2011

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de políticas de Saúde. Normas de
atenção humanizada do RN de baixo-peso (Método Mãe-Canguru). Brasília, 1999.

CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de
Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. 2012.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de
Janeiro: Abrasco, 2007.

NEVES, P. N. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe
canguru): percepções de puérperas. **Rev. Gaúcha de Enferm.** Porto Alegre, RS. 2010

SANTOS, N. D. Dos.; MACHADO, M .E. D.; CHRISTOFFEL, M, M. (RE)
Conhecendo a participação masculina no método canguru: Uma interface com a pratica
assistencial de enfermagem. **Revista Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, V. 12, n. 3, set.
2013. Disponível
em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000300007&lng=pt&nrm=iso> acessos em 26 / 06/ 2015.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia
intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc. Anna Nery.** Maringá, PR. 2012



Artigo

VERAS, Renata Meira. et al. **O cotidiano institucional do método canguru mãe canguru na perspectiva dos profissionais de saúde.** Psicologia e Sociedade. Canadá. 2011



**ENVOLVIMENTO DO PAI NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO NO
MÉTODO CANGURU**

Páginas 192 a 202

Artigo

IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DE QUALIDADE NO PROCESSO DE GERENCIAMENTO EM ANESTESIOLOGIA

IMPORTANCE OF QUALITY CONTROL IN THE MANAGEMENT PROCESS IN ANESTHESIOLOGY

Edvan Benevides de Freitas Junior¹
Rodrigo Vital de Miranda²
Iracema Filgueira Leite³
Sérgio Ribeiro dos Santos⁴
João Agnaldo do Nascimento⁵
Danilo Rangel Arruda Leite⁶

RESUMO - O Controle de Qualidade em Anestesiologia é de extrema importância no sentido de reduzir custos para instituições, complicações e riscos, proporcionando segurança e satisfação do paciente. O objetivo do estudo é escrever a importância do controle de qualidade no gerenciamento em anestesiologia. Trata-se de uma revisão integrativa de análise qualitativa. A pesquisa foi realizada na plataforma Decs utilizouse como descritores gestão, anestesiologia, qualidade e segurança, após a busca foram encontrados 225 artigos e posteriormente após a utilização de filtros 3 artigos. O

¹ Médico pela UFPB e Residente em Anestesiologia pelo Centro de Ensino e Treinamento de João Pessoa - Sociedade Brasileira de Anestesiologia. E-mail: edvanjr@gmail.com

² Médico Anestesiologista e Mestrando pela Universidade de São Paulo. E-mail: rodrigomnd@hotmail.com

³ Doutoranda em Modelos em Decisão e Saúde. Professora da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. E-mail: irafilgueira@hotmail.com

⁴ Professor Titular do Departamento de Enfermagem Clínica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. E-mail: profsergioufjb@gmail.com

⁵ Doutor em Estatística pela Universidade de São Paulo. Professor adjunto IV da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: joaoagh@gmail.com

⁶ Doutorando em Modelos de Decisão e Saúde (MDS) pela Universidade Federal da Paraíba. Analista de Tecnologia da Informação no setor de Gerencia de Ensino e Pesquisa - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). E-mail: danilorangel@buscapb.com.br



Artigo

controle de qualidade é relevante para o aprimoramento das ações, redução de riscos e de mortalidade.

Palavras-chave: gestão; qualidade; anestesiologia; segurança.

ABSTRACT - Quality Control in Anesthesiology is extremely important in the sense of reducing costs for institutions, complications and risks, providing safety and patient satisfaction. The purpose of the study is to write the importance of quality control in anesthesiology management. It is an integrative review of qualitative analysis, The research was performed on Decs platform was used as descriptors management, anesthesiology, quality and safety, after the search were found 225 articles and subsequently after the use of 3 articles filters. Quality control is relevant for the improvement of actions, risk reduction and mortality.

Keywords: management; quality; anesthesiology; safety.

INTRODUÇÃO

Em 1920, Walter Shewart inseriu o controle de qualidade nas indústrias através de cálculos estatísticos para o controle de qualidade, posteriormente, seu aluno, Deming ampliou esta definição substituindo-a para uma Gestão de Qualidade , a qual deu início a Gestão de Qualidade na área industrial, a qual se caracterizou por uma gestão participativa que envolvia diversos setores da indústria e comércio (SANTOS et al., 2014).

Anos mais tarde, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças no processo de trabalho, a Gestão de Qualidade ganhou notoriedade na assistência a saúde através de um trabalho multidisciplinar e transdisciplinar, valorizando o ser humano em sua integralidade, bem como uma assistência ao paciente segura e de qualidade. Neste contexto a Gestão de qualidade passou a ser valorizada em todas as áreas (FERNANDES et al., 2011).

Sendo a anestesia um procedimento fundamental em determinadas práticas assistenciais, cirúrgicas e diagnósticas bastante delicadas, nas quais exigem uma estrutura física adequada, uma equipe multiprofissional, além de oferecer sérios riscos



Artigo

de complicações dependendo da utilização de determinados fármacos, os quais poderão oferecer riscos ao paciente, cabe ao anestesista tomar decisões baseadas em evidências clínicas, bem como optar por procedimentos que minimizem estes riscos (SCHIFF et al., 2014); (SNNIA, 2013).

A segurança do paciente é uma das maiores expectativas dos usuários, e neste contexto o médico anestesista é pressionado pelo médico, equipe, usuários e recursos materiais que a unidade dispõe. A identificação precoce de fatores de riscos (hipertermia maligna, alergia a látex, intubação difícil, recursos de monitorização, gestão de eventos adversos, recursos humanos, parada cardiorrespiratória, entre outros), constitui uma das estratégias mais importantes para aperfeiçoar a qualidade da assistência em procedimentos anestésicos (MOURÃO et al., 2013).

Uma assistência de qualidade envolve a padronização de serviços a fim de minimizar os riscos, bem como a análise de indicadores que avaliam a qualidade da assistência, a exemplo da Organização da Acreditação Hospitalar (ONA), que estabelece uma série de normas no serviço de anestesiologia, a fim de assegurar a qualidade da assistência durante o procedimento anestésico, fato este que poderá minimizar os riscos e ampliar a qualidade da assistência durante o procedimento anestésico (NEUHAUS et al., 2015).

Atualmente, muitos são os problemas enfrentados pelos gestores que trabalham nesta área, uma vez que associar custo/benefício representa um desafio diário para o profissional gestor. Além disto, a assistência anestésica de qualidade depende de outros fatores somados a anestesia em si que são os cirurgiões, equipe de enfermagem, funcionários administrativos e da limpeza, equipamentos e recursos financeiros (BENN et al., 2012); (CUNHA et al., 2014).

Este estudo tem como objetivo descrever a importância do controle de qualidade da assistência durante o procedimento anestésico.

REFERENCIAL TEÓRICO

Qualidade em anestesiologia

Muitos órgãos no Brasil regulamentam o controle de qualidade, a ISO (*International Organization for Standardization*), ou em português, Organização



Artigo

Internacional de Normalização- é uma delas, conceituada como sendo um conjunto de normas e atitudes que tem como propósito a satisfação da clientela. Trata-se de uma via de mão dupla, que trabalha o desempenho dos serviços ofertados de um lado e por outro lado, a satisfação, benefícios e bons resultados durante a assistência (produto ofertado nos serviços de saúde) (ISSO, 2015); (EMOND et al., 2015).

Em anestesiologia, o controle de qualidade é acompanhado de uma série de situações que poderão interferir na qualidade dos serviços, uma vez que a resposta de sua intervenção deverá atender a diversas necessidades que são a satisfação do restante da equipe e as expectativas do cliente/usuário; neste sentido, as avaliações de indicadores de qualidade em anestesiologia poderão auxiliar também no controle de qualidade da assistência (LEMOS et al., 2015).

A assistência anestésica inclui o pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório e pós-operatório, havendo a participação de diversos profissionais neste processo, no entanto, a intra-operatória é considerada a mais arriscada uma vez que o senso de 2014 notificou maior índice de mortalidade por complicações anestésicas durante o procedimento anestésico (MILNE, et al 2013).

Indicadores de qualidade em anestesiologia

Os indicadores são importantes para subsidiar a tomada de decisão por parte do gestor, são definidos como elementos quantitativos, tanto durante o processo quanto depois, a maioria deles são negativos, como coeficiente de mortalidade por anestesia ou eventos adversos graves, entretanto, através deste tipo de resultados, torna-se possível avaliar os bons resultados, já o indicador de satisfação descreve um resultado final (ONA, 2015).

Os indicadores de resultados intermediários quantificam a atividade e a qualidade durante as etapas do processo, por exemplo, o número de intubações imprevistas e procedimentos não agendados (AZEVEDO, 2018).

Existem indicadores internos, que são inerentes ao desempenho da equipe durante o processo e os externos que são determinados por órgãos reguladores com o propósito de padronizar a assistência, com o objetivo de minimizar os riscos e melhorar a qualidade da assistência em anestesia (ASA, 2015).

Os internos têm como propósito melhorar o desempenho interno da equipe, já o externo, deverá servir de parâmetro para uma assistência de boa qualidade, o segundo



Artigo

por sua vez são estabelecidos por um conjunto de especialistas e entidades como a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), entre outras. Ambos os indicadores permitem a comparações de resultados e subsidiam a avaliação e tomada de decisões durante todo o processo (SBA, 2018).

Segurança do paciente durante a anestesia

As preocupações com as complicações inerentes ao processo anestésico motivaram preocupações por parte dos profissionais e órgãos reguladores no sentido de aperfeiçoar ações assistenciais a fim de minimizá-las, para tanto. Um conjunto de normas foram criadas a fim de aumentar a segurança do procedimento, para tanto, foram criadas um conjunto de normas técnicas que pudessem minimizar riscos (MELLIN et al., 2007).

Muitas são as publicações com nível de evidência D, fato que dificulta a tomada de decisão do profissional anestesista levando a recomendações controversas de determinados procedimentos, como realização de bloqueios do neuroeixo em pacientes com infecção generalizada por parte de alguns órgãos e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que normatiza a realização do bloqueio (ISSO, 2016).

Mais recentemente a ONA disponibilizou uma tabela de indicadores de qualidade que deverão ser utilizados em anestesia, que permitem mensurar a assistência em anestesia, estas ações são padronizadas e são de suma importância para o aprimoramento da qualidade destes serviços (AZEVEDO, 2018).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. A construção da presente revisão integrativa foi fundamentada nos estudos que detalham a temática. Para a coleta de dados foi elaborado instrumentos baseado na literatura científica, pesquisadas nas bases de dados BVS, ASCIELO, LILACS, REVISTA SAÚDE sendo levantados os artigos publicados no período de 2012 a 2015, e selecionados aqueles de maior importância em relação ao número de citações que envolvem esta pesquisa .



Artigo

Para a apresentação do objetivo optou-se pelo método de revisão integrativa da literatura a revisão integrativa e um método de estudo que proporciona a síntese de conhecimento, que é realizado a partir de coleta de dados em fontes secundárias por meio de levantamento bibliográfico com intuito de aprofundar a reflexão sobre o tema. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2014).

Para execução do presente estudo de acordo com a revisão integrativa, foram utilizadas etapas:

Estratégias de busca

Para a realização da pesquisa o levantamento dos dados foi realizado por meio dos bancos de dados disponíveis na rede mundial de computadores, através da BVS Biblioteca virtual em saúde sob as bases de dados LILACS, SICELO e PUBMED bem como publicações periódicas relevantes para a problematização para a análise dos artigos foi efetuado o cruzamento entre os descritores: Gestão em anestesiologia, qualidade da assistência e segurança do paciente, utilizou-se os termos booleanos and, or e or not, após as buscas, foi encontrada 225 artigos. Os critérios de inclusão foram: artigo publicado entre os anos de 2010 a 2019 utilizou-se os artigos em português, que estivessem publicados em revistas de qualis A1 a B1, que estivessem nos bancos de dados da LILACS, SCIELO, PUBMED E MEDLINE, que pudessem ser acessados gratuitamente, coerentes com o tema da pesquisa, correspondesse a pesquisa, excluíram-se artigos repetidos, aqueles que só disponibilizaram o resumo, teses e trabalho de conclusão de curso.

Análise crítica dos artigos

Para a coleta e análise dos artigos incluídos na revisão de literatura foi utilizado o instrumento de coleta de dados, que contempla os seguintes itens:

- Título do artigo
- Periódico
- objetivo
- resultados
- ano e periódico



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a apresentação de análise dos artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade, foi utilizada uma tabela que contemplou os aspectos relevantes, e no segundo momento os dados serão apresentados através da categorização dos estudos.

Após a aplicação do decs descritores foram encontrados os artigos identificados na tabela abaixo, podendo-se observar dois eixos temáticos: A qualidade avaliada a partir de indicadores e a identificação precoce dos possíveis riscos como estratégia na melhoria da qualidade da assistência.

Tabela 1: tabela dos artigos encontrados na pesquisa

Título	Periódico	Objetivo	Resultados	Autor/ano
A investigação clínica baseada em evidências	Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia	Descrever estratégias para tomada de decisão	A utilização de indicadores diminuíram as complicações	AZEVEDO, L.F.: 2018
Indicadores de segurança e qualidade em Anestesiologia	Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia	Sistematizar indicadores de qualidade perioperatório em anestesiologia	A utilização de escalas de indicadores facilitam a tomada de decisão	MOURÃO, J. 2018
Segurança: Longo caminho a percorrer	Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia	Reduzir erros para aprimorar a qualidade da assistência	Nos últimos anos o número de mortes por erros em anestesia reduziram 10 vezes menos	MARQUES, J. C. S., 2014

A qualidade avaliada a partir de indicadores, dois artigos associaram a qualidade na assistência a partir da utilização dos indicadores de saúde, corroborando com este resultado (FERNANDES et al., 2011) afirmam que os óbitos reduziram consideravelmente após a normatização e fiscalização destes procedimentos em órgãos fiscalizadores, embora anteriormente mencionado que apesar dos avanços, ainda há muita controvérsia por parte dos órgãos como a SBA e a ANVISA .



Artigo

SLULLITEL (2008) afirma que a utilização de indicadores de saúde enquanto instrumento de tomada de decisões com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência é de suma importância no sentido de minimizar riscos e complicações, antes durante e após a cirurgia, além disso, a ONA estabeleceu uma tabela de indicadores para este fim que poderá ser utilizada como um instrumento de controle de qualidade, o mesmo autor imprime o indicador segurança do paciente como o de maior relevância.

A preocupação com a qualidade a assistência também reflete na satisfação dos clientes e com a obtenção dos resultados esperados, Nerone (2015) afirma que a necessidade de trabalhar em equipe e de uma estrutura física adequada, são fatores que influenciam na qualidade da assistência.

A identificação precoce dos possíveis riscos como estratégia na melhoria da qualidade da assistência foi mencionada por apenas um artigo. Conceição (2012) afirma que a identificação precoce de fatores de riscos aumenta a segurança e favorece a qualidade da assistência, Santos et al. (2012), afirma que a qualidade da assistência está relacionada tanto com a identificação de fatores de riscos, quanto no monitoramento do processo de uma maneira adequada.

O Conselho Federal de medicina (CFM) (2006) afirma que uma das maneiras de aprimorar a qualidade do processo se faz através da visita pré-operatória e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido, como estratégia de segurança e qualidade, tanto para o paciente quanto para o anestesista, e que outros profissionais da equipe deverão avaliar os cuidados relacionados ao pré, intra e pós-operatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle de qualidade em saúde tem sido operacionalizado através de diversas estratégias e desde sua implantação, o número de complicações graves e óbitos relacionados ao procedimento diminuíram consideravelmente

Faz-se necessário a ampliação de pesquisas no sentido de padronizar as ações do controle de qualidade em anesthesiologista, visto que a literatura é controversa e escassa, dificultando a tomada de decisões.

Os indicadores de saúde são de extrema importância para o controle do processo, e a padronização destes indicadores poderão reduzir óbitos, tempo de internação e custos nas instituições hospitalares.



Artigo

REFERÊNCIAS

ACHIFF S, WELKER A, FORH B, HENN-BEILLARZ A. et al. Major incidents and completions in otherwise elective procedures results based on 10:037 milion anaesthetic procedures. **Br J Anesth** 2014, 113 109-121.

AZEVEDO LF. A Investigação Clínica e a Decisão Baseada em Evidência. **Revista da Sociedade Brasileira de Anestesiologia** vol.27 n°2-2018.

BENN J, ARNOUD G, WEI I, RILEI C, ALE3VA F, Using quality indicators in anesthesia: feeding back data to improve care . **Br J Anaesth.** 2012; 109:80-91.

EMOND YE, STIENEN JJ, WOLLERSHEIM HC, BLOO GJ, DAMEM J, WESYERT GP, et al . development and measurement of perioperative patient safety indicators. **Br J Anaest.** 2015; 114:963-72.

GUIDANCE ON THE PROVISIONOF ANESTHESIA SERVICES FOR PRE-OPERATIVE ASSESSMENT AND PREPARATION 2016 [accesed 18/02/2019]. Available from : // www.rcoa.ac.Uk/document-store /guidance-the-provision-of-anesthesia-services-pre-operative-assesment-2016. Mine LF, Garry D, Ekpa J, Goose A, Lanhkar A, Hariharan V. Quality Indicators in anesthesia – na audit local practice: 1 AP6-2. **Eur J Anaesthesiol.** 2013; 30:21-14.

INTERNATIONAL STANDARD ISO 9000 2015. **SISTEMAS DE GESTÃO DE QUALLIDADE FUNDAMENTOS E VOCABULÁRIO.** ISSO 9000-2015(E).

LEMO P, VIANA J, ASSUNÇÃO JP, VEIGA J, CHEDAS M, SOUSA MC, et al. Censos Anestesiologia – 2014 Relatório Final . **Ver Soc Port Anesthesiol.** 2015; 24:41-52.

MARQUES, A. C. S. C, **Segurança : um longo caminho a percorrer**



Artigo

MELLIN-OLSEN J, STAENDER S, WHITAKER DK, SNITH AF. The Helsinki Declaration on Patient Safety. **Anesthesiology Eur J Anesthesiol** 2010; 27: 592-97.

MOURÃO J, PEREIRA L, CÁUDIA A, ANDRADE N, CADILHA S, PERDIGÃO L. Indicadores de Segurança em Anestesiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Anestesiologia** vol 27- nº 2- 2018.

NEHAUS C, RODRIG R, HOSMANN G, NEUHAUS S, HOFER S, et al. Patientenhssicherheit in der añastiesenasthesie: Multimodale Stryategien fur die perioperative versonrgung. **Der Anaesthesist**. 2015; 64-: 91126.

SANTOS AS, OLIVEIRA MF, NUNES PN, DIAS TLL, MARCELINO VS, MALOZZE PC, TONOLLI DM. Anestesia : Aspectos Históricos. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v.12, n.28, jul/set. 2015, ISSN 2318-208/3 (eletrônico).

SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES E EVENTOS ADVERSOS [consultado em setembro de 2013]Disponível em <http://seguranca.dgs.pt/SNNIEA/>



Artigo

INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA PROMOÇÃO À SAÚDE

INFLUENCE OF INTEGRATIVE PRACTICES IN THE PROMOTION OF HEALTH

Emmanoela de Almeida Paulino Lima¹
Emmanuella Costa de Azevedo Mello²
José Nildo de Barros Silva Júnior³
Roberto Vagner Rodrigues⁴
Haline Costa dos Santos Guedes⁵

RESUMO - Com o desenvolvimento das ciências naturais, deu-se mais ênfase aos sintomas corporais do que as emoções, a dor e o sofrimento expressados pela subjetividade, ou seja, a dor da alma. O novo foco sobre a saúde está diretamente relacionado com a constatação que saúde e doença estão intimamente ligadas. Em 2016, A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi implementada pelo Sistema Único de Saúde, fundamentam-se em uma visão holística do ser humano, fugindo da abordagem fragmentada e mecanicista do modelo médico dominante que visa à tecnologia, à especialidade e ao mercantilismo. O objetivo desta pesquisa foi analisar artigos científicos disseminados em periódicos on-line no cenário internacional acerca da temática promoção da saúde emocional e o uso das práticas integrativas e complementares. O método de pesquisa utilizado foi a revisão integrativa da literatura. Para delimitar o estudo, definiu-se a seguinte questão norteadora: Qual a produção científica existente no cenário nacional acerca da temática “práticas integrativas”? Realizou-se o levantamento bibliográfico por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde. Após leituras dos estudos

¹ Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; Especialista em Saúde da Família.

² Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; Especialista em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado pela UFPB.

³ Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; Pós graduando em Enfermagem em Saúde da Mulher.

⁴ Enfermeiro; Pós graduando em Urgência e UTI.

⁵ Discente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula, curso de Pós Graduação em Urgência e UTI.



Artigo

selecionados e o agrupamento de informações, foi evidenciado que o cuidar da saúde significa manter a visão integral, buscando um equilíbrio entre o corpo a mente e o espírito, visando atender a totalidade do ser e dessa forma promover mais qualidade de vida. Portanto, é possível concluir que, ainda, é insatisfatória a participação dos profissionais da saúde nas práticas integrativas e complementares, bem como foi possível verificar que ainda há poucos estudos acerca dessa temática.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares. Profissionais da Saúde. Qualidade de vida.

ABSTRACT - With the development of the natural sciences, more emphasis was placed on bodily symptoms than the emotions, pain and suffering expressed by subjectivity, that is, the pain of the soul. The new focus on health is directly related to the finding that health and disease are closely linked. In 2016, the National Policy on Integrative and Complementary Practices was implemented by the Unified Health System, based on a holistic view of the human being, avoiding the fragmented and mechanistic approach of the dominant medical model that focuses on technology, specialty and mercantilism. The objective of this research was to analyze scientific articles disseminated in online journals on the international scene about the theme of emotional health promotion and the use of complementary integrative practices. The research method used was the integrative review of the literature. In order to delimit the study, the following guiding question was defined: What is the scientific production on the national scene about the theme "integrative practices"? A bibliographical survey was carried out through electronic search in the following databases available in the Virtual Health Library. After reading the selected studies and grouping of information, it was evidenced that health care means maintaining the integral vision, seeking a balance between the body the mind and the spirit, aiming to attend the totality of the being and in this way to promote more quality of life. Therefore, it is possible to conclude that, still, the participation of health professionals in the complementary integrative practices is unsatisfactory, as well as it was possible to verify that there are still few studies on this subject.

Keywords: Complementary Therapies. Health Personnel. Quality of Life.



Artigo

INTRODUÇÃO

Em tempos remotos, o processo saúde-doença encontrava-se intimamente relacionado com a existência de forças espirituais. Com o desenvolvimento das ciências naturais, as doenças passaram a ser estudadas sob o prisma do paradigma biológico. Nasceu, assim, a medicina hipocrática, que enfatizava a relação homem ambiente.

A partir dos séculos XVI e XVII, o corpo humano passou a ter um enfoque reducionista e as doenças começaram a ser vistas e tratadas de forma isolada, influenciando dessa forma o modelo biomédico, criando uma dicotomia entre corpo e mente. O modelo biomédico privilegiou o estudo e tratamento das patologias, considerando a influência prioritária do ambiente físico natural. Nessa perspectiva, deu-se mais ênfase aos sintomas corporais do que as emoções: a dor e o sofrimento expressados pela subjetividade, ou seja, a dor da alma (SARAIVA et al., 2011).

Nas últimas décadas vemos emergir, paulatinamente, um novo pensamento que vem sendo chamado de novo paradigma, paradigma emergente ou paradigma holístico. Inúmeros estudiosos de diversas áreas do conhecimento vêm questionando a visão cosmológica e paradigmática da ciência materialista/mecanicista dominante (FROSI E POZATTI, 2011).

O novo foco sobre a saúde está diretamente relacionado com a constatação que saúde e doença estão intimamente ligadas aos modos pelos quais as pessoas se relacionam consigo mesmas, umas com as outras e com suas respectivas qualidades de vida. A ideia de que o processo saúde-doença é engendrado socialmente dá à saúde um caráter histórico, político, significativo e singular, demandando dos poderes públicos e da sociedade mudanças profundas nos modos de produção do cuidado (BOTSARIS, 2011).

Em 2006, foi implementada pelo Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares abrindo um leque de possibilidades para garantir a integralidade na atenção à saúde. Esta política vem consolidar além do valor técnico destas práticas, a viabilidade econômica e sua identidade social e cultural com a população.

A legislação brasileira, através das portarias ministeriais nº 971, de 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, estabelece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), tornando as



Artigo

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) atividades instituídas em todo o território nacional.

A PNPIC surge como incentivo à adoção e implementação dos serviços relacionados às Práticas Integrativas e Complementares e todas as secretarias de saúde do Brasil (Estaduais, Municipais e Distrito Federal) e trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/ Crenoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Considerando que a Política, trouxe avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a necessidade de atualização do serviço especializado o Ministério da Saúde implementa a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, na qual 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.

As Práticas Integrativas e Complementares, também denominadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional (MT) e medicina complementar/alternativa (MCA), fundamentam-se na visão holística do ser humano, fugindo da abordagem fragmentada e mecanicista do modelo médico dominante que visa à tecnologia, à especialidade e ao mercantilismo. O holismo origina-se da palavra grega “holós”, que significa “todo”, e traz uma visão geral do indivíduo na qual as emoções, sensações, sentimentos, razão e intuição se compensam e se vigoram, buscando equilibrar o indivíduo no seu aspecto físico, social, mental, espiritual e ambiental (SILVA et al., 2011).

De acordo com a OMS, denomina-se terapia alternativa quando ela é utilizada em substituição às práticas da medicina convencional e terapia complementar quando utilizada em associação com a medicina convencional. O termo integrativo é usado quando há associação da terapia médica convencional aos métodos complementares ou alternativos a partir de evidências científicas.

As práticas integrativas apresentam abordagens que buscam estimular os mecanismos de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias seguras, enfatizando a escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na comunhão do ser humano com o meio ambiente, proporcionando o cuidado humano integral e em especial o autocuidado (BRASIL, 2006).



Artigo

A importância do reconhecimento das práticas integrativas como estratégia de promoção à saúde tem por objetivo proporcionar melhor qualidade de vida aos indivíduos, por meio de uma melhor forma de enfrentamento dos problemas biopsicossociais e espirituais.

Importante frisar que, embora as práticas integrativas sejam um recurso terapêutico de grande relevância na promoção da saúde, sua realização permanece relegada pelos profissionais de saúde, devido à falta de conhecimento e informações mesmo com crescente visibilidade, pouco se sabe a respeito das instituições de saúde e os profissionais que empregam PIC no cuidado.

Tais aspectos podem comprometer a adesão dos usuários às PIC, e à dificuldade de orientar as necessidades emocionais do paciente, o que denota uma carência de conhecimento e informações a respeito do tema. Apesar do reconhecimento das PIC legitimado mediante política pública, há necessidade em desenvolver estudos que permitam evidenciar os riscos e benefícios relacionados a esse modo de cuidado.

Desta forma, apesar de inúmeras constatações acerca dos benefícios promovidos pelas PIC, o panorama atual nos remete a uma transição de paradigma de assistência à saúde, portanto, são inúmeros os desafios relacionados à sua implementação no SUS, com base na escassa produção científica na área e na necessidade em conhecer e contribuir para a construção de conhecimentos sobre os processos de inserção de PIC é que se propõe este estudo.

Nesse sentido, entendemos que o estudo desta temática é de grande relevância para o campo da Saúde, pois visa contribuir para futuras reflexões sobre tais práticas, destacando sua relevância para a promoção da saúde bem como poderá subsidiar novas investigações acerca da temática, visto que esta dimensão necessita ser mais explorada no âmbito acadêmico.

Para isso, propõe-se como pergunta norteadora para essa pesquisa: Qual influência das práticas integrativas complementares na promoção à saúde?

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi analisar artigos científicos disseminados em periódicos on-line no cenário nacional acerca da temática promoção da saúde e o uso das práticas integrativas complementares.



Artigo

MÉTODOS

O estudo de revisão integrativa é um método de pesquisa apontado como ferramenta de grande relevância no campo da saúde, por proporcionar a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências sobre um tema investigado. Esses aspectos facilitam a identificação dos resultados relevantes, de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas, e auxiliam o profissional a escolher condutas e a tomar decisões, proporcionando um saber crítico (BRAZ, 2016).

O método de pesquisa utilizado para o desenvolvimento deste trabalho científico, foi a revisão integrativa da literatura, sabemos que é um meio de pesquisa também utilizado na PBE (Prática Baseada em Evidências), que tem como objetivo de viabilizar a sistematização do conhecimento científico, de forma que o pesquisador se aproxime de sua problemática desejada onde a pesquisa tenha a evolução necessária ao longo do tempo (BOLHETO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Para elaborar esta revisão, foi trilhado o percurso metodológico subdividido em seis fases: elaboração da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e da busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Para delimitar o estudo, definiu-se a seguinte questão norteadora: Quais as produções científicas existentes no cenário nacional acerca da temática práticas integrativas complementares?

Realizou-se o levantamento bibliográfico por meio de busca eletrônica na bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, no mês de setembro de 2017, como estratégias de investigação, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “práticas de saúde integrativas e complementares”, “terapias integrativas complementares”, “promoção da saúde” que foram separados entre si pelo operador Booleano AND.



Artigo

Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados artigos completos disponíveis eletronicamente, no idioma português, no período de 2010 a julho de 2017, e que apresentassem a temática proposta no título, no resumo ou nos descritores. Constituíram critérios de exclusão: cartas ao editor, relatos de casos, editoriais, artigos em duplicidade, publicados em outros idiomas e aqueles que não abordavam diretamente a temática proposta.

Após a seleção dos artigos, foram definidas as informações que seriam extraídas dos estudos. Para viabilizar a apreensão das informações, utilizou-se banco de dados elaborado no software Microsoft Office Excel 2010, composto das seguintes variáveis: título do artigo, ano de publicação, país, base de dados, título do periódico, delineamento do estudo, resumo, intervenção, desfecho e conclusão. Os dados obtidos foram agrupados em quadros e em abordagens temáticas e interpretados com base na literatura, a partir da identificação desses indicativos, se deu a construção textual da revisão integrativa da literatura, bem como sua avaliação final.

RESULTADOS

Nesta revisão integrativa da literatura, após busca no BVS- Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores já citados e o resultado foi que 404 estudos, após filtrados de acordo com os critérios de inclusão e indicadores da pesquisa delineados, o número de artigos que foi reduzido às 06 publicações.

Os estudos selecionados têm data de publicação entre os anos de 2010 a 2014. O maior número de publicações foi no ano de 2012 (3; 50%) e nos anos de 2010, 2013 e 2014 um estudo cada ano.



Artigo

Quadro 1. Características dos estudos incluídos na amostra da revisão integrativa, na BVS entre os anos de 2010 até 2017.

Cód.	Título do artigo	Ano de publicação	Base de dados	Origem
E1	Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica	2010	LILACS	Saúde e Sociedade
E2	O uso de práticas complementares por uma equipe de Saúde da Família e sua população.	2012	LILACS	Revista de APS
E3	Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde	2012	MEDLINE	Cien Saude Colet;
E4	O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica.	2012	BDENF	Rev. pesquis. cuid. fundam.
E5	O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local.	2013	MEDLINE	Cien Saude Colet;
E6	Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde	2014	LILACS	Interface comun. saúde educ

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2017. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

O artigo do E1 examina a contribuição da Medicina complementar para SUS em um novo contexto de institucionalização. A reflexão analisa políticas oficiais de instituições sanitárias, como a OMS e o Ministério da Saúde, além da literatura especializada no tema e chama a atenção para a necessidade de aprofundamento do conceito de integralidade, bem como para o enfrentamento dos desafios práticos que sua implantação requer.



Artigo

E2 investigou o uso de práticas complementares e a visão dos profissionais em uma comunidade pertencente à área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. Foi encontrado o relato de uso, por grande parte da população, de práticas complementares, principalmente, relacionadas às plantas medicinais, sendo esse conhecimento adquirido principalmente da tradição familiar. Por outro lado, não foi encontrada a indicação frequente das terapias complementares pelos profissionais. Demonstrando, assim, a necessidade de divulgação da PNPIC e discussões acerca da possibilidade de inclusão nos serviços do SUS.

E3 apresentar um método de implantação das PIC na Atenção Primária à Saúde, derivado da análise de experiências municipais, resultado parcial de estudo de mestrado cuja metodologia foi a pesquisa-ação.

O artigo E4 visa descrever o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares (TC) no contexto da atenção básica. Os discursos revelam que o conhecimento dos profissionais sobre as terapias complementares foi adquirido cientificamente ou informalmente, porém, os profissionais não se sentem totalmente seguros e almejam conhecimentos mais profundos sobre as PIC.

E5 analisou o conhecimento dos gestores da saúde de municípios de São Paulo sobre a PNPIC e sua influência na atenção em homeopatia. Conclui-se que a PNPIC é desconhecida pelos gestores da saúde e aqueles que a conhecem utilizam-na para tornar conhecida a racionalidade médica homeopática e justificar sua indicação no SUS.

Foi analisado no E6 a organização das práticas desenvolvidas nesse serviço, tendo como foco analítico sua relação com sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados indicam que as práticas podem ser recursos úteis na promoção da saúde, especialmente por estabelecerem uma nova compreensão do processo saúde doença, de caráter mais holístico e empoderador. Contudo, é preciso superar os desafios da sua organização e expansão nos serviços, como aproximar os profissionais dos serviços de referências de apoio especializados em PIC da Atenção Primária à Saúde (APS), construindo um campo comum de cuidado

Com as publicações encontradas e com sua análise criteriosa foram elencadas duas categorias distintas as quais; 1: Uso das práticas integrativas complementares como promoção à saúde, e 2: Conhecimento dos profissionais acerca das práticas integrativas complementares.



Artigo

DISCUSSÃO

Uso das práticas integrativas complementares como promoção à saúde

Pode-se considerar, a relação das PIC com a Política Nacional de Promoção da Saúde tendo em vista que a promoção da saúde pode ser compreendida como um campo de propostas, ideias e práticas, crescente na saúde pública, que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, e propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Quadro 2: Características dos estudos integrados na temática 1 e suas abordagens

Nº	Autor	Ano	Uso das práticas integrativas complementares como promoção à saúde
E1	ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da	2010	Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica
E2	CRUZ, Perola Liciane Baptista, SAMPAIO, Sueli Fátima	2012	O uso de práticas complementares por uma equipe de Saúde da Família e sua população.
E6	Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD	2014	Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2017.

É crescente o número de indivíduos que buscam as práticas integrativas e Complementares como possibilidade de minimizar ou curar as alterações decorrentes do seu estado físico e/ou mental.

A Medicina complementar, apresenta-se como resposta em curso aos limites e lacunas paradigmáticos, diagnóstico-terapêuticos e políticos da biomedicina contemporânea e, em particular, do sistema de saúde pública no Brasil. O estímulo ao uso das práticas integrativas potencialmente amplia o pluralismo médico, na medida em que elas são transportadas para o circuito dos serviços públicos, com reconhecida legitimidade sanitária (ANDRADE e COSTA, 2010).

Segundo Lima (2014) achados do estudo evidenciam a imprecisão das concepções sobre promoção da saúde da maioria dos profissionais, pois esses entendem



Artigo

a promoção de saúde como prevenção de doenças, tal como encontrado por outros autores 16,17. Para além da prevenção de agravos e da educação em saúde, a promoção da saúde caracteriza-se por ser um conceito amplo que possibilita, ao indivíduo, exercer sua autonomia e alcançar melhores condições de vida.

Ressalta-se que as práticas de promoção da saúde visam romper a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento, fortalecendo as articulações intersetoriais e promovendo o cuidado integral. Para tanto, sustentam-se nos princípios da concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e de sustentabilidade (LIMA,2014).

Conhecimento dos profissionais acerca das práticas integrativas complementares.

No Brasil, a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares (PNPIC), foi um marco importante, pois as práticas complementares possuem saberes e técnicas voltadas para a promoção da saúde, com a lógica integrativa que combina as práticas com qualidade, segurança e efetividade.

Nos países pobres, a medicina alternativa responde por grande parte do cuidado, tanto pelas crenças, costumes e cultura, como pela facilidade de acesso e alto custo da biomedicina. Nos países ricos, aumenta a procura por uma medicina complementar que possibilite a melhora na qualidade de vida, ao mesmo tempo em que crescem as pesquisas sobre o tema, OMS (GALHARDI,et al, 2013).

Considera-se que a PNPIC tem pequena importância para o gestor, quando comparada com as políticas de maior abrangência: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Humanização, entre outras.

Não se pode negar que há um descompasso entre a formação profissional em saúde e aquilo que vem sendo incentivado pelas políticas públicas em saúde. Não basta apenas possibilitar mecanismos legais para que as práticas complementares cheguem à população, muitas vezes a maior interessada no assunto (NEVES,2012).



Artigo

Quadro 3: Características dos estudos integrados na temática 2 e suas abordagens.

Nº	Autor	Ano	Conhecimento dos profissionais acerca das práticas integrativas complementares
E3	SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale.	2012	Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde
E5	GALHARDI, Wania Maria Papile; BARROS, Nelson Filice de; LEITE-MOR, Ana Cláudia Moraes Barros	2013	O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local.
E4	NEVES, Rosália Garcia et al.	2012	O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica.
E2	CRUZ, Perola Liciane Baptista, SAMPAIO, Sueli Fátima	2012	O uso de práticas complementares por uma equipe de Saúde da Família e sua população.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2017.

Outros autores mencionam que os profissionais de saúde dificilmente possuem formação voltada para o uso das TC, para assim poder usá-las, recomendá-las ou distingui-las dentre as que realmente contribuem no atendimento e sem riscos à população. O interesse dos profissionais é grande, bem como a limitação imposta pela falta de informação.

Por já fazer parte da realidade dos serviços de saúde, é preciso transformar a realidade dos profissionais, incorporando as TC no contexto de sua prática. Isso pode ajudar na ressignificação dos imaginários da verdade absoluta da ciência médica moderna, que ainda vê essas terapias com desconfiança e que incentiva o profissional a não indicar (NEVES,2012).

Denota-se, com este trabalho, que, apesar de as políticas públicas em instância central proporem o desenvolvimento da Política Nacional referente às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, os participantes desta pesquisa ainda possuem um aproximação e utilização destas de forma incipiente. O baixo conhecimento sobre o assunto e a ausência de políticas locais que desenvolvam essa prática mostram ainda grandes desafios na implantação dessa política nos serviços.

Demonstrou-se, assim, a necessidade de divulgação da PNPIC e discussões acerca da possibilidade de inclusão nos serviços do SUS.



Artigo

Espiritualidade é um termo complexo. É formado a partir do vocábulo “espírito” do latim “spiritus”. Este, por sua vez, é a tradução do grego pneûma que, segundo nossa visão, lhe dá o seu significado mais antigo. Espiritualidade entendida como a busca pela psykhé, caminho que passa pela harmonia dos envoltórios (POSSEBOM, 2017).

A concepção de espiritualidade está intimamente ligada à concepção de ser humano. Hoje, a antropologia filosófico-teológica (que integra os dados das ciências humanas) tem uma concepção unitária (não dualista) de ser humano. Mesmo na diversidade de abordagens, o ser humano é definido como um ser pluridimensional e um ser plurirrelacional.

Como ser pluridimensional, o ser humano é corpo, é vida e é espírito. A palavra corpo significa o ser humano todo, enquanto ser corpóreo; a palavra vida (alma) significa o ser humano todo, enquanto ser vivente (ser bio-psíquico); a palavra espírito significa o ser humano todo, enquanto ser espiritual (ser pessoal). O sujeito é sempre o ser humano todo e a ênfase é colocada em uma de suas dimensões.

Em saúde um novo paradigma, fundamentalmente, trata-se integrativo e natural, que busca ir à raiz dos males, numa reflexão lúcida. Acredita-se que muito das soluções estão em nossas mãos, em pequenas medidas, em saberes que já acumulamos há tempos, em olhares profundos e ampliados, e na força de vontade que se traduz em ações diárias e institucionais; mas isso, sabemos bem, funciona apenas com motivação correta, ética e afetiva, constituindo a vocação do cuidado como centro e sentido maior da vida familiar e coletiva.

Existe a necessidade de divulgar melhor os princípios que fundamentam as práticas corporais ligadas ao conceito de Saúde Emocional, pois são cada vez mais presentes em nosso cotidiano. Este entendimento deve levar a reflexões sobre a atuação do profissional da Educação e da Saúde que, muitas vezes, desconhece e até desdenha tais atividades, por preconceito pautado na falta de conhecimento ou pela insistência em defender teorias arraigadas no monismo materialista (FROSI E POZATTI, 2011).

Desde 1998 existe o interesse do Ministério da Saúde em incorporar práticas não alopáticas (PNA), mas só em 2006, foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares com o intuito de conhecer, apoiar, incorporar e favorecer à inclusão de práticas já reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, como a Acunputura, Fitoterapia, Termologia, outros recursos terapêuticos não alopáticos como o Reiki, a Reflexologia, a Argiloterapia, entre outros já são bastante utilizados e reconhecidos pela população. (BRASIL, 2017)



Artigo

De acordo com a OMS, denomina-se terapia alternativa quando ela é utilizada em substituição às práticas da medicina convencional e terapia complementar quando utilizada em associação com a medicina convencional. O termo integrativo é usado quando há associação da terapia médica convencional aos métodos complementares ou alternativos a partir de evidências científicas (FROSI E POZATTI, 2011).

De forma geral, percebe-se a confluência entre as práticas terapêuticas orientais e sua possível conexão com outros saberes. Podemos, assim, mapear os conhecimentos das práticas chinesas, japonesas e indianas tradicionais, pensando suas aplicações físicas, psicológicas e emocionais. A literatura acerca dessas práticas dá detalhes das diferentes abordagens, que, como podemos perceber aqui, podem dialogar para que possamos oferecer um programa que promova saúde emocional. (FROSI E POZATTI, 2011).

CONCLUSÃO

As Práticas integrativas e complementares em saúde atualmente constituem denominação recente do Ministério da Saúde para a Medicina complementar/alternativa, em suas ricas aplicações no Brasil. Esse campo de saberes e cuidados cria um novo modelo de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento.

O presente estudo buscou contribuir com a compreensão acerca do papel das práticas integrativas e complementares na perspectiva da promoção à saúde. A partir de reflexões alicerçadas nos trabalhos de estudiosos alinhados com o “paradigma emergente” sugeriu-se uma possibilidade a mais de atuação que pode ser somada às já estabelecidas práticas profissionais.

Diversos autores vêm buscando definições para o Ser, a psique, o corpo a mente e o espírito, de forma a elucidar abordagens mais integrativas e que contemplem os insights das pesquisas da Consciência e outras abordagens que apontam para as limitações do monismo materialista dominante.

Concluindo, o cuidar da saúde significa manter a visão integral, buscando um equilíbrio entre o corpo a mente e o espírito, visando atender a totalidade do ser e dessa forma promover mais qualidade de vida.



Artigo

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T. de; COSTA, L. F. A. da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2017.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136, maio-ago. 2011. Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 7 set. 2017.

BOTSARIS, A. **A ciência média - um modelo obsoleto?** In: PELIZZOLI, Marcelo (org.). **Saúde em novo paradigma: alternativas ao modelo da doença**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS passa a oferecer terapias alternativas para a população**. Agencia Brasil: 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/01/sus-passa-a-oferecer-terapias-alternativas-para-a-populacao>>. Acesso em: 07 set. 2017.

CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F. O uso de Práticas Complementares por uma Equipe de Saúde da Família e sua População. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 2502-2509, jul 2012. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1767>>. Acesso em: 17 oct. 2017.

EVANGELISTA, B. et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem [en linea]** v. 69, n. 3, p. 591-601, maio-jun. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267046071024>>. Acesso em: 11 set. 2017.



Artigo

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F. de; LEITE-MOR, A. C. M. B. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-220, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2017.

GUEDES, R. F. Princípio Biocêntrico: **A contribuição do Pensamento de Rolando Toro para o campo da Educação**. 2012. 81f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/4703>>. Acesso em: 07 set. 2017.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261-272, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 set. 2017.

NEVES, R. G. et al. The Knowledge of Health Professionals about the Complementary Therapies on Primary Carecontext. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 2502-2509, jul. 2012. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1767>>. Acesso em: 17 oct. 2017.

POSSEBON, F. Espiritualidade e saúde: a experiência grega arcaica. **Interacoes**, v. 11, n. 20, p. 115-128, 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2016v11n20p115/10913> Acesso em: 17 out. 2017.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, nov. 2012. Disponível em:





ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2017.

SARAIVA, A. M.; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D. As Práticas Integrativas Como Forma de Complementaridade ao Modelo Biomédico: Concepções de Cuidadoras. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 3, 2011.

Disponível

em:<<http://www.uacm.kirj.redalyc.redalyc.org/articulo.oa?id=505750891019>>. Acesso em: 07 set. 2017.

WILBER, K. **O Espectro da Consciência**. Tradução de Octavio Mendes Cajado. São Paulo: Editora Cultrix, 2007.



INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA PROMOÇÃO À SAÚDE

Páginas 223 a 239

Artigo

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA ESPECIALISTA UTILIZANDO A LÓGICA FUZZY PARA O ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

ARTIFICIAL INTELLIGENCE: DEVELOPMENT OF A SPECIALIZED SYSTEM USING THE FUZZY LOGIC FOR THE FOLLOW-UP OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CHRONIC DISEASES

Danilo Rangel Arruda Leite¹
Ronei Marcos de Moraes²
Claudio Teixeira Regis³
Rodrigo Vital de Miranda⁴
Iracema Filgueira Leite⁵
Sérgio Ribeiro dos Santos⁶

RESUMO - As doenças crônicas na infância e adolescência podem ser causadas por fatores biológicos, psicológicos ou cognitivos. Geralmente possui variação de meses a anos e acarreta modificações no crescimento e desenvolvimento da criança, da mesma forma, nas suas relações sociais. Diante dessa situação, percebe-se que a utilização de

¹ Doutorando em Modelos de Decisão e Saúde (MDS) pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Analista de Tecnologia da Informação no setor de Gerencia de Ensino e Pesquisa - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). E-mail: danilorangel@buscapb.com.br

² Professor Associado do Departamento de Estatística da UFPB. E-mail: ronei@de.ufpb.br

³ Mestrando em Modelos de Decisão e Saúde (MDS) pela UFPB. Médico Pediatra da Prefeitura municipal de João pessoa (PMJP). Gestor em Cargo Comissionado na função do diretor geral do Complexo de Pediatria Arlinda Marques. E-mail: claudiotregis@gmail.com

⁴ Médico Anestesiologista e Mestrando pela USP-RP. E-mail: rodrigomiranda@hotmail.com

⁵ Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde, Professora da Faculdade São Vicente de Paula. E-mail: irafilgueira@hotmail.com

⁶ Professor doutor e Pesquisador do Programa de pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde - UFPB. E-mail: profsergioufpb@gmail.com



Artigo

Sistemas de Informação que utilizem Inteligência Artificial (IA) com técnicas de modelo de decisão como a Lógica *Fuzzy* (LF), pode contribuir para representação e manipulação do conhecimento no processamento de informações sobre crianças e adolescentes com doenças crônicas. Assim, o presente estudo tem o objetivo de apresentar o desenvolvimento de um Sistema Especialista de Suporte a Decisão utilizando a LF para acompanhar o tratamento de crianças e adolescentes acometidos de doenças crônicas, auxiliar na elaboração de indicadores, monitoramento, apoiar o processo decisório e nas pesquisas clínicas de doenças crônicas na infância e adolescência. Para isso, utilizou-se o conhecimento especialista de profissionais da área de enfermagem na definição e seleção das variáveis linguísticas, grau de pertinência e regras de lógica nebulosa. Os resultados apontam uma taxa de acerto de 16%, em que os profissionais puderam direcionar um melhor atendimento aos pacientes, tendo em vista a perspectiva de evolução do quadro positivamente ou negativamente.

Palavras-Chave: Sistemas de Informação; Tomada de decisões; Doença Crônica; Lógica *Fuzzy*

ABSTRACT - Chronic diseases in childhood and adolescence can be caused by biological, psychological or cognitive factors. It usually varies from months to years and causes changes in the child's growth and development, in the same way, in their social relations. In this situation, the use of Information Systems using Artificial Intelligence (AI) with decision-making techniques such as Fuzzy Logic (LF) can contribute to the representation and manipulation of knowledge in the processing of information about children and adolescents with chronic diseases. Thus, the present study aims to present the development of an Expert Decision Support System using LF to follow the treatment of children and adolescents affected by chronic diseases, assist in the elaboration of indicators, detection, monitoring, and assist in the decision process and clinical research on chronic diseases in childhood and adolescence. For this, we used the expert knowledge of nursing professionals in the definition and selection of linguistic variables, degree of pertinence and rules of nebulous logic. The results can present information that can aid in the process of diagnosis construction and clinical



Artigo

researches of chronic diseases in childhood and adolescence attended at the Arlinda Marques Pediatric Complex.

Keywords: Decision Support System; Chronic Diseases; Fuzzy Logic.

INTRODUÇÃO

Em virtude do acelerado e contínuo crescimento de informações médicas (doenças, sintomas, tratamentos, etc), profissionais e instituições de saúde apresentam dificuldades para extrair informações úteis que apoiem a decisão médica. A sobrecarga de informação na medicina tem levado o processo de classificar diferentes tipos de sintomas, através de um único nome e determinar o tratamento apropriado um tanto quanto difícil, com isso, em muitos casos, torna o diagnóstico do paciente demorado (ARAÚJO, 2016).

Uma doença crônica pode se manifestar em estágios variados em diversos pacientes, além disso um sintoma pode ser a indicação de diferentes doenças, tornando o diagnóstico inicial mais difícil e o seu tratamento mais complexo. Diagnosticar tais doenças, no estágio inicial, vem sendo um trabalho de investigação longo e muitas vezes falho.

Nesse processo de investigação, o médico comumente adquire o conhecimento sobre o paciente através do histórico clínico, geralmente utilizando termos linguísticos intrinsecamente vagos, resultados e/ou exames laboratoriais ou complementares, entre outros procedimentos de investigação (JEANPIERRE; CHARPILLET, 2004; INNOCENT *et al.*, 2004). O conhecimento proveniente de uma dessas origens pode ocasionar inúmeras incertezas e interpretações.

Dessa maneira, fica evidente a necessidade de desenvolvimento de novos Sistemas de Informação (SI) que utilize técnicas de inteligência artificial (IA) apoiado pela Lógica *Fuzzy* (LF) para dar suporte a decisão, bem como auxiliar no tratamento e construção do diagnóstico de crianças e adolescentes acometidos por doenças crônicas (BENITO; LICHESKI, 2009; FORNAZIN, 2015).

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo descrever o desenvolvimento de um sistema especialista nebuloso para apoiar a tomada de decisão do médico criando



Artigo

estratégias de tratamento, na construção do diagnóstico e na detecção precoce da doença, que pode colaborar para aumentar a exposição aos cuidados necessários ao paciente e favorecer a cura. O objetivo de se trabalhar com Lógica *Fuzzy* e Diagnóstico Médico é tentar identificar a relação de uma pessoa com uma doença, segundo seus sintomas e sinais, avaliados por um médico especialista.

IA é um seguimento da ciência da computação que estuda a simulação das capacidades do intelecto humano, propondo diversas técnicas e recursos no desenvolvimento de programas inteligentes, ou seja, programas capazes de tomar uma decisão semelhante a humana, sendo a área da saúde quem mais vem se beneficiando com o desenvolvimento e utilização de sistemas desse tipo, pois, está em contínuo avanço, desenvolvendo pesquisas cada vez mais especializadas (INNOCENT *et al.*, 2004; COSTA *et al.*, 2014).

LÓGICA FUZZY

Segundo Kantowitz (1997), LF é uma ferramenta com a possibilidade de aproximar as decisões computacionais das decisões humana, capturando informações vagas, que comumente são descritas em linguagem natural vagas e imprecisas, convertendo-as em um formato numérico de fácil manipulação pelo computador. Na LF muitas das experiências humanas não podem ser classificadas simplesmente como verdadeiras ou falsas, sim ou não, uma vez que as definições dos comportamentos e respostas humanas para a saúde e doença, por exemplo, não podem simplesmente ser explicados com o preto ou branco, diferentemente da lógica clássica que trata dos valores "verdade" das afirmações, classificando-as como verdadeiras ou falsas (WARREN *et al.*, 2000; JUNIOR *et al.*, 2016).

Pode-se exemplificar com a seguinte afirmativa: se o tempo de internação do paciente é longo e ele está estável, então, o percentual de infecção será possivelmente alta. Os termos “longo”, “estável” e “alto” demonstram informações vagas. A representação destas informações vagas se dá por meio do uso de conjuntos nebulosos (INNOCENT *et al.*, 2004).

A lógica *fuzzy* ou difusa ou nebulosa, desenvolvida por Lofti Zadeh em 1965, estende a lógica booleana, e é baseada na teoria dos conjuntos *fuzzy*, ela difere dos



Artigo

sistemas lógicos tradicionais em seus detalhes e conceitos. Esta lógica tem o objetivo de permitir que modelos computacionais tenham condições de elaborar soluções que tratem de incertezas, propondo uma forma de representar o raciocínio humano mais aproximado, a representação linguística, baseada em categorias gerais, não em termos simbólicos e números discretos (REYNA, 2015).

As regras nebulosas correspondem às regras utilizadas em linguagem natural com o objetivo de operar de maneira correta determinados conjuntos nebulosos, sendo necessário, um raciocínio coerente com o que se pretende obter para criar as regras. Este raciocínio é dividido em duas etapas: (a) avaliar a variável de entrada e (b) aplicar o resultado na variável de saída (SA *et al.*, 2015; COSTA, 2014). Para construção de um sistema difuso, as seguintes tarefas deverão ser desenvolvidas: definir o problema, definir as variáveis linguísticas, os conjuntos difusos, as regras difusas, construir, testar e ajustar o sistema. A figura 1 descreve a estrutura básica e simplificada de funcionamento de um sistema *fuzzy*.

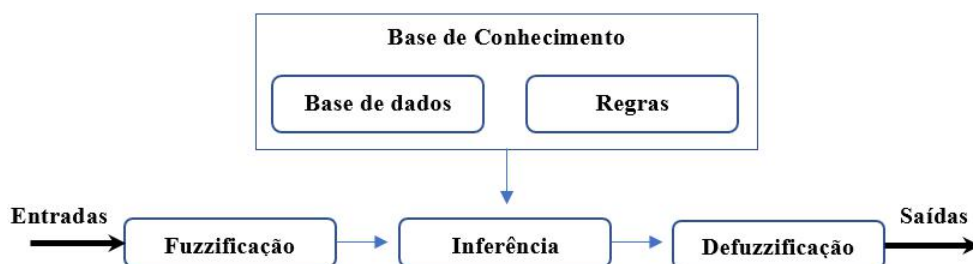


Figura 1 – Estrutura básica de um sistema fuzzy, 2017.

As estruturas são (REYNA, 2015):

- Base de conhecimento: representa o modelo do sistema a ser controlado. Composta por uma base de dados (variáveis linguísticas extraídas sobre o domínio em estudo) e uma base de regras *fuzzy* (onde as variáveis linguísticas são modeladas por conjuntos *fuzzy*, representa o conhecimento sobre o domínio);
- Fuzzificação: dados de entradas para o sistema de inferências são transformados em dados nebulosos;
- Inferências: com base nas regras e nas funções de pertinência, o raciocínio *fuzzy* executa a tomada de decisão;



Artigo

- Defuzzificação – traduz e/ou transforma a saída *fuzzy* em valores que poderão ser utilizados em contexto não-*fuzzy*.

METODOLOGIA

O sistema foi construído com base na definição de fluxos de trabalho como sendo a circulação de documentos e/ou tarefas por meio de um procedimento de trabalho, ou seja, como será a metodologia de trabalho para o planejamento e desenvolvimento do sistema? Como serão organizadas as tarefas? Quem são os responsáveis por cada tarefa e suas prioridades de execução? Como serão sincronizadas e monitoradas?

Criação de um fluxograma para uma melhor visualização e divisão das etapas do desenvolvimento das opções do sistema, onde, posteriormente, foi apresentado a todos da equipe (desenvolvedores e colaboradores). Nesta etapa de planejamento, foi utilizado o Runrun.it, (software gratuito, utilizado como gerenciador de tarefas, tempo e desempenho da equipe) e o *GoogleDrive* (serviço online que permite o armazenamento de arquivos na nuvem do Google), utilizado para compartilhar os relatórios com todos os participantes do projeto.

O processo de construção do sistema proposto, baseia-se nas seguintes etapas: a) seleção das variáveis linguísticas na base de dados do SISHosp, sistema de inserção de dados do Hospital, para representação das entradas do sistema especialista nebuloso; b) baseado na etapa anterior, especificação das regras e funções de pertinência, com o auxílio de especialistas da área; c) planejamento do sistema especialista nebuloso, linguagem de programação, bibliotecas, banco de dados, para representar e processamento os dados; d) avaliação dos resultados gerados pelo sistema, o acompanhamento e grau de risco das crianças e adolescentes acometidas de doenças crônicas.

O sistema vem sendo desenvolvido com a linguagem de programação JAVA utilizando a biblioteca nebulosa *jFuzzyLogic*. Esta biblioteca baseia-se em um arquivo FCL (*Fuzzy Control Language*), composta pelas seguintes informações: variáveis de entrada, variáveis de saída, fuzificação e defuzificação e conjunto de regras, que correspondem ao raciocínio lógico do sistema especialista nebuloso.



Artigo

A seleção das variáveis foi realizada, a partir da base de dados do SISHosp que possui cerca de 93 questões relacionados a informações de crianças e adolescentes acometidas de doenças crônicas. As funções de pertinência e definição de regras foram elaboradas por uma equipe formada de profissionais, professores e estudantes de pós-graduação da área de enfermagem.

A equipe de especialistas definiu, inicialmente, as variáveis de entrada do sistema para obter o grau da doença em que o paciente se encontra e auxiliar no acompanhamento e, assim, favorecer na sua cura e/ou tratamento. Para as perguntas com respostas de dois estados Sim e Não, foi criada uma variável total que representa a soma das respostas Sim dadas as perguntas escolhidas pelos especialistas. Posteriormente, os especialistas escolheram as variáveis linguísticas de entrada da base de dados, que são: varL_idade, que representa a idade do paciente, varLsexo. Referente ao sexo do paciente, VarLdiagDefinitivo, referente ao diagnóstico definitivo, varLfaseDoença, referente a fase atual da doença, varL_Sintomas, referente aos sintomas da doença, entre outras.

Portanto, o SAD processa as informações extraídas da base de dados do SISHosp, que poderá contribuir para uma melhor organização do cuidado ofertado pelos serviços, bem como possibilitar o apoio no processo decisório nos hospitais, permitindo subsidiar o planejamento de políticas públicas para os usuários, através dos novos conhecimentos adquiridos pelo sistema.

O projeto encontra-se na fase de definição das regras e funções de pertinência, com o auxílio de especialistas da área da saúde, para isso, os passos a serem seguidos serão, a) definir os conjuntos *fuzzy*; b) construção das regras *fuzzy*; c) codificar os conjuntos e regras *fuzzy* e os procedimentos para realizar a inferência no sistema;

Após a conclusão dos passos anteriores, será criado o web service para integração entre o SISCACD e o sistema proposto. O webservice extrairá os dados relevantes de informações do pacientes, tais como: primeiros sinais e sintomas percebidos, primeira hipótese diagnóstica, primeiros sinais e sintomas percebidos entre outros. Essas informações serão armazenadas na base de conhecimento do sistema proposto para classificar objetos em um número de categorias ou classes que, posteriormente, auxiliarão os profissionais na tomada de decisão.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para validar a primeira fase do desenvolvimento do sistema, foram realizados testes de validação e simulação do sistema, tanto na integração, quanto na geração do conhecimento e apoio a tomada de decisão. Na coleta de informações foi utilizado um questionário avaliativo, contendo 10 (dez) questões, que contemplaram as variáveis de investigação do estudo, que são eficiência, conhecimento descoberto, usabilidade, qualidade, interface gráfica, apreensibilidade, aspectos motivacionais, tempo de resposta, inteligibilidade, recursos e operabilidade.

Esse estudo está sendo realizado desde junho de 2017 no Complexo de Pediatria Arlinda Marques, foram identificados um total de 845 crianças e adolescentes em tratamento no complexo e, deste total, 125 foram hospitalizados na clínica pediátrica hospitalizados por doenças crônicas.

Os dados coletados foram organizados e analisados mensalmente, no presente estudo foi possível destacar as cinco principais causas de internação no Complexo de Pediatria Arlinda Marques, como: asma, cardiopatia congênita, fibrose cística, púrpura trombocitopênica idiopática e síndrome nefrótica.

Portanto, os testes como sistema teve início no segundo semestre de 2018, em que foi possível detectar o estágio inicial da asma e fibrose cística, através de regras estabelecidas, com uma taxa de acerto de 16%, com menor risco de evolução da doença e assim, dar um melhor tratamento aos pacientes. O sistema também foi capaz de classificar os grupos de maior risco de piora ou de melhora do quadro clínico, quanto a probabilidade da redução dos sintomas dos pacientes acometidos pela a doença.

Sendo os grupos de moradores dos bairros com saneamento básico, que estudam, com pais que trabalham e são pais de crianças na faixa etária entre 06 a 17 anos, constatou-se que estes são os menos vulneráveis a progressão da doença, conforme as tabelas 1, 2, 3 e 4.



Artigo

Tabela 1: Risco de piorar da doença

Grupo 1	Risco
Com faixa etária entre 01 a 5 anos	Alto
Com faixa etária entre 06 a 9 anos	Médio
Com faixa etária entre 10 a 13 anos	Baixo
Com faixa etária entre 14 a 17 anos	Médio

Tabela 2: Risco de piora relacionada ao saneamento básico

Grupo 2	Risco
Com saneamento básico	Alto
Sem saneamento básico	Baixo a médio

Tabela 3: Risco de piora relacionado a assiduidade na escola

Grupo 3	Risco
Frequenta a escola	Baixo
Não Frequenta a escola	Médio a alto

Tabela 4: Risco relacionado a empregabilidade dos pais

Grupo 4	Risco
O Pai trabalha e a mãe não trabalha	Médio a baixo
O Pai não trabalha e a mãe trabalha	Médio a alto
Os pais trabalham	Médio a baixo

Em relação à faixa etária dos pacientes, os testes realizados demonstraram que uma idade menor que 10 anos ($p < 0,01$) tem um risco maior de piora da doença pela demora no fechamento do diagnóstico. Esse dado contribui para afirmar que há



Artigo

necessidade de utilizar novas tecnologias, a exemplo da Inteligência Artificial que pode auxiliar o profissional da saúde na tomada de decisão clínica, de modo a contribuir com a qualidade de vida do paciente, dando a possibilidade ao gestor público de criar políticas de saúde voltadas ao acompanhamento e tratamento mais apropriado a condição crônica, minimizando erros nos exames e classificando os diferentes tipos de sintomas para a construção do diagnóstico mais eficiente, possibilitar o controle de gastos, e assim, justificando o caráter inovador desta pesquisa (ARAÚJO, 2016; BENITO; LICHESKI 2009; COSTA, 2014).

Quanto ao saneamento básico, Roquayrol (2013), afirma que a doença é multifatorial e as condições socioeconômicas influenciam acerca da probabilidade e evolução do quadro patológico. A tabela 2 refere a escassez de saneamento como um fator de alto risco de piora das crianças, a falta de saneamento também aumenta a capacidade de acúmulo de resíduos, aumentando a probabilidade de adoecimento.

A frequência na escola, tabela 3, diminui os riscos de piora, isso se explica porque a escola é um ambiente educacional e ao entrar em contato com outros colegas e ter acesso a alimentos saudáveis na hora do lanche, a criança desde cedo vai sendo conscientizada acerca da importância da alimentação, hábitos saudáveis, atividade física dentre outras. Logo, são fatores que poderão reduzir os riscos de piora da doença. Araújo (2016); Benito, Licheski (2009) e Costa (2014), afirmam que a educação em saúde é de extrema importância para a redução de riscos de complicações da doença, aprendendo como lidar com os problemas, a criança se desenvolve de uma maneira mais saudável.

Quanto a ocupação dos pais, tabela 4, não se obteve resultados mais precisos, talvez porque os fatores podem proporcionar menor influência ou em virtude da dificuldade obtida dos dados secundários, que ao longo do tempo poderá ser uma variável a ser mais observada. Contrariando aos resultados, Roquayrol (2013) afirma que, quando os pais trabalham muitas vezes a criança é cuidada por outros membros da família que tendem a não cooperar com a rotina exigida pelas doenças crônicas e as doenças tendem a piorar.



Artigo

CONCLUSÃO

Este artigo apresentou um estudo do desenvolvimento de um Sistema Especialista, *open source*, utilizando a LF, para oferecer a possibilidade de manipulação de dados através de uma abordagem de relativa facilidade para auxiliar o processo de tomada de decisão clínica, mostrando-se ser mais adequada para tratar imperfeições da informação do que a teoria das probabilidades. O Sistema Especialista utilizando LF para apoio a tomada de decisão tem sido utilizado internacionalmente em algumas áreas da saúde, produzindo evidências científicas de sua efetividade na perfeição das informações o que gera conhecimento e auxilia no processo decisório clínico (HORTEGAL, 2016; GHOSH, 2012).

Os resultados do desenvolvimento do Sistema Especialista nessa área, poderão fortalecer as discussões local, regional e nacional sobre a permanente necessidade de maiores investimentos em saúde e pesquisas na área, contribuindo de forma direta para reorganizar e firmar o cuidado em saúde para essa clientela. Deste modo, para as próximas fases de desenvolvimento, o sistema será expandido para um contexto mais colaborativo por meio da Internet, dando acesso a outras instituições para seu uso e disponibilidade de acesso *off-line* em dispositivos móveis pelos profissionais da saúde, bem como, adicionar novos conjunto de regras, que correspondem ao raciocínio lógico do sistema especialista nebuloso, bem como, seu refinamento.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Y. B.; et al. 2016. Construção de um protótipo de sistema de informação para crianças e adolescentes com doença crônica. **SBIS**.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. 2009. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde, **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, vol. 62, nº 3, maio-jun.

BITTENCOURT, S. A.; et al. 2006. **O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva**. V. 22, n 1, p. 19-30.



Artigo

COSTA, T. K L.; et al. Inteligência artificial e sua aplicação em *serious games* para saúde. **Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde**. V. 8, n. 4, out-dez 2014.

FORNAZIN; JOIA, L. A. Articulando perspectivas teóricas para analisar a informática em saúde no Brasil, **Saúde e Sociedade**. v. 24, n 1, p. 46-60, 2015.

GHOSH, B. 2012. Using fuzzy classification for chronic disease management. **Indian Journal of Economics and Business**. p231-240.

HORTEGAL, M. 2016. Aplicação da lógica fuzzy no controle do desempenho de estacas hélice contínua. Tese (Doutorado em Geotecnia), **Universidade de Brasília**.

INNOCENT, P.R.; et al. **Fuzzy Methods and Medical Diagnosis**, 2004. Disponível em:
<<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.193.1953&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

JEANPIERRE L, CHARPILLET F. 2004. Automated medical diagnosis with fuzzy stochastic models: monitoring chronic diseases. **Acta Biotheor**. V. 52, n. 4, p. 291-311.

JUNIOR, C. R. S.; et al. 2016. Identificação do risco de Saúde da gestante utilizando lógica fuzzy. **XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**.

KANTOWITZ, M. 1997. What is fuzzy logic? Pittsburgh (PA): Corneggie Mellon University; COX, E. **Fuzzy modeling and genetic algorithms for data mining and exploration**.

REYNA, V. F. et al. Decision Making and Cancer. **American Psychologist**, v. 70, p. 105–118, Feb–Mar 2015.



Artigo

SÁ L.R., NOGUEIRA J.A., MORAES R.M. Modelo de decisão sobre o perfil demográfico para o controle da tuberculose usando lógica Fuzzy. **Rev. Eletr. Enf.** v. 17, n. 2, p. 223-37, abr-jun 2015.

WARREN, JIM; BELIAKOV, GLEB; ZWAAG, BEREND VAN DER. 2000. Fuzzy logic in clinical practice decision support systems. Proceedings of the **33rd Hawaii International Conference on System Sciences**.



INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA ESPECIALISTA UTILIZANDO A LÓGICA FUZZY PARA O ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Páginas 240 a 252

Artigo

**INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA DE UMA PESSOA COM
HANSENÍASE: HISTÓRIA ORAL DE VIDA**

**IMPAIRED SOCIAL INTERACTION OF A PERSON WITH LEPROSY: ORAL
HISTORY OF LIFE**

Roberta Kelles Passos Melo¹
Emmanuella Costa de Azevedo Mello²
Emmanoela de Almeida Paulino Lima³
Rafaela Prima de Lucena⁴
Camila Abrantes Cordeiro Morais⁵

RESUMO - A hanseníase é uma doença infectocontagiosa que representa um importante problema de saúde pública, resulta em uma longa proliferação dos bacilos e contaminação. Atingindo a pele e os nervos periféricos esta podem acarretar várias incapacidades físicas. Sendo de notificação compulsória a hanseníase é de investigação obrigatória em todo território nacional. Este estudo teve como objetivo: Investigar através da história oral a interação social de uma pessoa com hanseníase, Analisar como a interação social esta ligada a autoestima do paciente e Descrever os aspectos conceituais da hanseníase. Trata-se de uma abordagem qualitativa, a mesma está de acordo com a metodologia da história oral de vida que, busca as experiências dos sujeitos frente a determinados fenômenos. Para o alcance dos objetivos foi realizado uma entrevista semiestruturada e roteirizada com perguntas relacionadas à vida da pessoa com hanseníase em relação a sua interação com as pessoas, gravada e transcrita. Para o desenvolvimento da pesquisa levar-se-á em consideração a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SES/PB, respeitando o que preceitua a resolução nº. 466/ 2012 do CNS, que baseia a ética da pesquisa em seres humanos. Para garantir o anonimato da

¹ Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula/ FESVIP.

² Enfermeira, Especialista Em Saúde da Família com Ênfase na Implantação das Linhas De Cuidado - UFPB.

³ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Coordenadora de Estágios da FESVIP.

⁴ Enfermeira, Mestre em Modelos de Decisão em Saúde UFPB.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem – UFPB.



Artigo

colaboradora, optou-se em identifica-la pelo nome de uma flor. A caracterização da colaboradora será por nome fictício, idade, sexo, estado civil e profissão. A partir da realização da presente pesquisa foi possível identificar através da historia oral de vida da colaboradora as suas vivencias. A hanseníase é uma doença que pode causar danos físicos e psicológicos nas pessoas que são acometidas por ela, isso acontece pela mesma ter um estigma envolvendo preconceito desde a antiguidade, desta forma este estudo demonstra que a interação social do diagnosticado com hanseníase pode ser prejudicados de varias formas.

Palavras-chave: Enfermagem; Hanseníase; Interação Social.

ABSTRACT - Leprosy is an contagious infectious disease that represents a major public health problem, resulting in a long proliferation of bacilli and contamination. Reaching the skin and peripheral nerves, it can lead to various physical disabilities. Being compulsory notification, leprosy is mandatory research throughout the national territory. The objective of this study was to investigate through oral history the social interaction of a person with leprosy, to analyze how social interaction is linked to the patient's self-esteem and to describe the conceptual aspects of leprosy. It's about qualitative approach, it is in agreement with the methodology of the oral history of life that seeks the experiences of the subjects in face of certain phenomena. To reach the objectives, a semi-structured and scripted interview was conducted with questions related to the life of the person with leprosy in relation to their interaction with the people, recorded and transcribed. For the development of the research, consideration will be given to the approval of the Research Ethics Committee of SES / PB, respecting the provisions of resolution no. 466/2012 from CNS, which bases the ethics of research on human beings. To guarantee the anonymity of the collaborator, it was chosen to identify her by the name of a flower. The characterization of the collaborator will be by fictitious name, age, sex, marital status and profession. From the realization of the present research, it was possible to identify through the oral history of life of the collaborator her experiences. Leprosy is a disease that can cause physical and psychological damage in people who are affected by it, it happens to have a stigma involving prejudice since antiquity, in this way, the study demonstrates that the social interaction of the diagnosed with leprosy can be harmed in several ways.



Artigo

Keywords: Nursing; Leprosy; Social interaction.

INTRODUÇÃO

O *Mycobacterium leprae* é o agente etiológico causador da hanseníase, sendo esta uma doença infectocontagiosa e crônica. Com alta capacidade de infectar, o bacilo atinge vários indivíduos, mas não necessariamente todos adoecem. Atingindo a pele e os nervos periféricos esta podem acarretar várias incapacidades físicas. Sendo de notificação compulsória a hanseníase é de investigação obrigatória em todo território nacional (FIOCRUZ, 2013).

Em traduções bíblicas, no livro de Levítico capítulos 13 e 14 encontra-se a palavra lepra, se referindo as doenças da pele e doenças venéreas. Também conhecida como mal de Lázaro, a doença era relacionada à impureza e castigo de Deus pelos desvios da alma, os sacerdotes eram os responsáveis pelo os diagnósticos destes doentes, e a forma de tratamento adotada era o isolamento (CAVALIERE, 2010).

Houve mudanças com o cristianismo na forma de tratar e pensar nos doentes, isto na Idade Média, estes não foram mais conhecidos como pecadores e sim pessoas necessitadas de tratamento. Os cuidados para os infectados iniciaram com a igreja e em seguida por pessoas e nobres. E assim a hanseníase fica conhecida como doença da classe inferior, mas por atingir pessoas da classe alta serviu de alerta para as autoridades (CUNHA, 1997).

No Brasil existia lei para a captação de pessoas com hanseníase, antigamente chamados de leprosos, estes eram obrigados a viver em leprosários criados no governo de Getúlio Vargas. Em 1962 foi revogada a lei compulsória, devido ao isolamento social e familiar sofrido os pacientes tiveram dificuldades no retorno à convivência com parentes e amigos (SANTOS, 2014).

O Dia Mundial de Luta contra a Hanseníase é uma ação das campanhas lançada pelo Ministério da Saúde para conscientização da população sobre a doença. Com o tema, “Hanseníase: quanto antes você descobrir, mais cedo vai se curar”, o foco da ação é o diagnóstico precoce e adesão ao tratamento (BRASIL, 2015).

O termo lepra foi mudado por força da lei mesmo assim as discriminações e preconceitos continuam existindo, ate mesmo no meio da prática, contaminando desta



Artigo

forma aqueles que têm como função a prestação de serviços e cuidados a pessoas com a infecção (ZERBINATO et al., 2012).

Os profissionais de enfermagem possuem papel importante no controle, prevenção, busca de novos casos, diagnósticos precoce, tratamento, acompanhamentos dos pacientes, observações das reações hansênicas, incapacidades físicas possivelmente deixadas pela doença, atualizações de informações no sistema de registro das pesquisas da vigilância epidemiológica da hanseníase (LIMA et al., 2015).

O interesse pela temática surgiu mediante ao convívio com pessoas com hanseníase, já que observamos que por muitas vezes estes sofrem exclusão social por ter esta patologia. Sendo o enfermeiro responsável, juntamente com a equipe pela detecção de pessoas infectadas, surgindo assim, a necessidade de se estudar o tema em questão.

Diante do exposto este estudo tem como núcleo central a pessoa com hanseníase e a interação social do mesmo. Questiona-se qual a interação social de uma pessoa com hanseníase?

Desta forma, o estudo virá contribuir em nível de conhecimento aos acadêmicos de enfermagem interessados pelo tema, e aos profissionais atuantes nesta área.

Assim, o estudo objetiva investigar através da história oral a interação social de uma pessoa com hanseníase. Analisar como a interação social esta ligada a auto estima do paciente e descrever os aspectos conceituais da hanseníase.

REVISÃO DE LITERATURA

Considerações gerais acerca da hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, transmissível, de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional. Apresenta como agente etiológico o *Micobacterium leprae*, bacilo que tem a capacidade de infectar grande número de pessoas, atingindo principalmente a pele e os nervos periféricos, com capacidade de ocasionar lesões neurais, conferindo à doença um alto poder incapacitante, principal fator determinante de estigma e discriminação às pessoas acometidas pela doença.

A hanseníase pode acometer pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade, para isso, é necessário um longo período de exposição à bactéria, sendo que apenas uma pequena parcela da população infectada realmente adoece. As bactérias afetam



Artigo

algumas partes do corpo, mas não atinge a medula espinal e nem o cérebro do indivíduo. O bacilo tem uma alta resistência, podendo infectar um grande número de pessoas, mas não quer dizer que todos estes fiquem doentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2014).

Existem pessoas que mesmo tendo contato com infectados pela hanseníase não adoecem, isso acontece devido à imunidade que este tem ao *Mycobacterium leprae*. As pessoas que adoecem são devidas ao grau de imunidade, a forma clínica e evolução da doença no organismo, que varia em determinados casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

São identificadas quatro formas clínicas: Hanseníase indeterminada é muito comum em criança, este é o estágio inicial da doença; Hanseníase Tuberculóide acomete poucas manchas claras na pele, é a forma mais leve da doença; Hanseníase Borderline é quando a mancha da pele se estende em grandes áreas, esta forma é a intermediária da doença; Hanseníase Virchowiana é quando acontecem erupções cutâneas e edemas generalizados com dormência e fraqueza muscular, é a forma mais grave da doença (BRASIL, 2014).

Os casos de hanseníase são diagnosticados por exames clínicos, nestes são realizados anamnese, exame físico e exame dermatoneurológico, na intenção de identificar áreas da pele com lesões suspeitas de alterações de sensibilidade ou comprometimento dos nervos periféricos contendo alguma alteração sensitiva, motora ou anatômica. Sendo identificado diagnóstico positivo é utilizada uma classificação operacional nos casos de hanseníase, definindo desta forma o esquema de tratamento por poliquimioterapia, que é baseado em quantidade de lesões encontradas na pele, utilizando o seguinte critério: Paucibacilar (PB) são até cinco lesões encontradas na pele, e o Multibacilar (MB) são mais de cinco lesões encontradas na pele (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A hanseníase pode desencadear dois tipos de reações hansênicas (tipo 1 e 2), estas são manifestações inflamatórias devido a alterações do sistema imunológico, elas ocorrem com mais frequência em pacientes MB, podendo surgir antes, durante e depois do tratamento por poliquimioterapia. A Reação Tipo 1 ou Reação Reversa é caracterizada por aparecer novas lesões dermatológicas e acontecer alterações das lesões mais antigas; A Reação Tipo 2 é caracterizada pela manifestação clínica Eritema Nodoso Hansênico, este desencadeia nódulos dolorosos subcutâneos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).



Artigo

O tratamento da hanseníase é em cima de antibióticos, o Sistema Único de Saúde (SUS) fornece as medicações para o tratamento das infecções que é de longo prazo. Quando o paciente é diagnosticado com paucibacilar (PB) o tratamento é realizado em seis meses, já quando é diagnosticado multibacilar (MB) que é a forma mais grave da hanseníase o tempo é prolongado demorando de um ano ou mais. Para cura é necessária e eficácia do tratamento sem interrupções, o paciente deve segui-lo corretamente, pois a partir da primeira dose ele interrompe a transmissão do bacilo (BRASIL, 2015).

Na poliquimioterapia o tratamento é realizado com o esquema de três antibióticos que são os: Dapsona, Rifampicina e Clofazimina. Já o tratamento em pacientes paucibacilares é realizado com Rifampicina e tem duração de seis meses. Nos casos de multibacilares o tratamento segue um esquema mais demorado com a duração de doze meses com Rifampicina, Dapsona, Clofazimina (PINTO; CUNHA, 2015).

Histórias da hanseníase

Os relatos existentes sobre hanseníase são antigos, na antiguidade o seu conhecimento é relatado entre 3 a 4 mil anos na Índia, na China e no Japão, já outros relatos falam de ter histórias da hanseníase na época do faraó Ramsés II encontrado em um papiro, isto há 4300 anos a.C. Estudos sobre sua origem contam que ela tenha vindo da África Ocidental e Oriente Médio e tenha se espalhado devido às migrações de pessoas infectadas para outros territórios, a chegada da patologia nas Américas foi introduzida por europeus ou norte - africano (SBD, 2014).

Na Europa no século XVII evidenciou o interesse pela etiologia e tratamento da hanseníase. Neste século foram construídos pequenos hospitais que eram chamados de leprosários ou casa de hansenianos, os religiosos ficaram responsáveis por esses lugares. O isolamento foi adotado por quase toda Europa entre os séculos XVIII e XIV e já se percebia uma queda na quantidade de pessoas contaminadas, mas isto acontecia devido ao isolamento que dificultava a transmissão o que justifica a diminuição de doentes (CUNHA, 1997).

No início da colonização portuguesa no Brasil, foram encontrados imigrantes europeus com casos da doença, sem haver registros dos doentes naquela época, estes por muito tempo foram transmissores da doença formando focos endêmicos, a partir disto os contaminados começaram a ser registrados no Rio de Janeiro em 1600 e 1737,



Artigo

dados daquela época mostram a existência de 300 doentes. Em Recife com a fundação de um asilo em 1714 começaram a iniciativa de cuidar das pessoas acometidas, e no Rio de Janeiro em 1763 com a inauguração do Hospital São Lázaro (ALVES, FERREIRA et al., 2014).

Em 1930 o isolamento de pacientes em hospitais colônias foi aderido por outros estados, onde foi oficializado pela Lei nº610 de janeiro de 1949 a parti da Campanha Contra Lepra. Já em 1959 na Campanha Nacional do Controle da Hanseníase refletia-se sobre o isolamento, e este foi banido como forma de tratamento. A parti dos anos de 1970, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ocupam grande importância junto com a Secretaria Nacional de Dermatologia para o controle da hanseníase, a OMS nesta mesma década recomendou a poliquimioterapia para tratamento da doença, assim diminuindo o preconceito com aqueles chamados de leprosos, mas o termo lepra não durou por muito tempo, o Brasil com o Dr. Abraão Rotberg tomou a iniciativa de substituição do nome lepra para hanseníase em homenagem ao descobridor do bacilo de Hansen o Dr. Armauer Hansen (DAMASCO, 2005).

Epidemiologia da hanseníase

A hanseníase é considerada um problema de saúde pública, tendo a desigualdade social e a pobreza como um fator de risco, ocorre em todos os continentes, preferindo os locais tropicais do planeta. O Brasil encontra-se em 2º lugar no Ranking Mundial, sendo superado pela Índia. O índice da doença é maior em homens do que em mulheres, esta diferença tende a desaparecer devido às mudanças de hábitos realizados pelas mulheres na sociedade (BRASIL, 2015).

Em 2015 o Ministério da Saúde lançou uma campanha publicitária alertando a população sobre a detecção do diagnóstico precoce da hanseníase e o seu tratamento, que é totalmente gratuito e fornecido pelo sistema Único de Saúde (SUS), sendo realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família. O mote da campanha é “Hanseníase: quanto antes você descobrir, mais cedo vai se curar”. A campanha abrange todo o Brasil, principalmente os locais com mais incidências de casos que são as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, mostrando que a doença tem cura, mas se seu diagnóstico for tardio ou o tratamento não for seguido corretamente ela poderá ocasionar incapacidades físicas (CHIORO, 2015).



Artigo

A hanseníase atinge qualquer faixa etária sendo mais comum em pessoas de 30 a 40 anos, mais isto vem mudando, pois a doença está também atingindo pessoas com 10 a 20 anos de forma ascendente na população jovem, a sua distribuição é diferente e variada em regiões brasileiras, em muitos municípios não há o desenvolvimento das atividades sanitárias de controle da hanseníase, e as unidades básicas encontram dificuldades nas áreas de difícil acesso, assim prejudicando o controle epidemiológico da doença (BRASIL, 2015).

O objetivo dos planos de ações lançados 2011 a 2015 era promover a implantação de políticas públicas de saúde, baseadas nas evidências para redução e eliminação da hanseníase. As metas traçadas pelo programa era de alcançar menos de 1 caso por 10 mil habitantes, manter o percentual de cura que é 90% nos casos novos da doença, aumentar a cobertura de exames para o diagnóstico precoce até 2015 e diminuir a detecção da patologia em menores de 15 anos. O Brasil não conseguiu alcançar a meta da campanha, mas continua firme na eliminação da hanseníase (FIOCRUZ, 2013).

Assistência de enfermagem a pessoas com hanseníase

A consulta de enfermagem é regulamentada pela Lei de nº 7.498/86 e pelo Decreto Nº 94.406/87, no seu artigo 11º, em todo território nacional. A consulta é determinada como modalidade de direta prestação de serviço, privativa a atividade de assistência a clientes pelo enfermeiro. Esta resolução encontra-se no artigo 1º no COFEN-159/93 tornando obrigatória a consulta de enfermagem em desenvolvimento de todos os níveis de atenção a saúde, sendo ela pública ou privada (DUARTE, AYRES et al., 2009).

A enfermagem é umas das profissões que formam a equipe de saúde, onde todos os profissionais visa o cuidado do paciente. As ações de enfermagem são organizadas e estabelecidas em etapas como: processo de enfermagem sendo definida pela coleta de dados de enfermagem obtidas do paciente, diagnóstico de enfermagem que constitui em uma avaliação após a anamnese e o exame físico e intervenções de enfermagem. No momento da consulta de enfermagem, o paciente é acolhido em qualquer fase da sua vida, onde as suas condições de saúde são avaliadas (DA SILVA, 2013).

No artigo 1º da Portaria Nº 149, de 3 de fevereiro de 2016, está à aprovação das Diretrizes para Vigilância e a Atenção da Eliminação da Hanseníase como Saúde Pública. Nesta há orientações sobre a gestão dos serviços fornecidos pelos profissionais



Artigo

de saúde, na finalidade de orientar um bom planejamento, monitorização, uniformização das avaliações do acolhimento, prevenção, diagnóstico, tratamento sem interrupções e consequentemente a cura do doente, eliminando assim incapacidades físicas no paciente devido uma boa organização dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

As ações de enfermagem são definidas por aquelas prestadas pelos integrantes da equipe de enfermagem, nestas devem ser realizadas prestação de cuidados de forma sistemática ao doente, familiares e toda comunidade. Incluem-se nessas ações uma simples verificação de sinais vitais, a própria consulta de enfermagem e a aplicação da vacina BCG para os que tiveram contato com o doente (LIMA et al., 2015).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Alberti (1990), trata-se de uma abordagem qualitativa, de acordo com a metodologia da história oral de vida que, busca as experiências dos sujeitos frente a determinados fenômenos. A escolha pelo método da história oral fundamentou-se no objetivo de privilegiar e recuperar o vivido conforme concebido por quem viveu. Assim, unicamente a pessoa com hanseníase que vivenciou o início da doença e até hoje vivencia o seu tratamento poderá fornecer através dos seus depoimentos relatos de experiências vivenciadas em um contexto geral.

O estudo proposto foi realizado na Unidade de Saúde da Família Agrovila residente no endereço Rua Adelaide Chaves de Araújo nº 34 Centro, Sapé. Com a participação de Francinete Costa Ferreira, residente no endereço Rua Aurora Soares Diniz nº 89, a mesma é usuária da unidade de saúde, tendo como critério assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Para o alcance dos objetivos a coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada e roteirizada com perguntas relacionadas à vida da pessoa com hanseníase em relação a sua interação com as pessoas, gravada e posteriormente transcrita.



Artigo

O tratamento dos dados será realizado após o término da coleta, o método da história oral de vida se preocupa com significados e sentidos das ações e relações entre pessoas ou grupos; parte de um assunto específico e preestabelecido e se compromete com o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum evento definido (MEIHY, 2005).

Para o desenvolvimento da pesquisa levar-se-á em consideração a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SES/PB, respeitando o que preceitua a resolução nº. 466/ 2012 do CNS, que baseia a ética da pesquisa em seres humanos. Ao público alvo será apresentado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garante-lhes o direito ao anonimato, privacidade da pessoa questionada. Existindo a liberdade para retirar o consentimento ou parar de participar a qualquer momento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para garantir o anonimato da colaboradora, optou-se em identifica-la pelo nome de uma flor. As flores são um órgão de reprodução das plantas, é a parte de onde sairá a semente ou o fruto, elas carregam perfumes e significados diferentes com características únicas. As hortênsias são lindíssimas e o seu significado é muito interessante: elas representam dignidade e honra, os mais sinceros e profundos sentimentos na realização de bons propósitos.

Hortênsia tem quarenta e oito anos, do sexo feminino, casada, tem dois filhos, professora, evangélica. A entrevista foi gravada no 26 de abril de 2018, as 9hs da manhã no bairro da Agrovila, Sapé/PB. A colaboradora relatou suas vivências com a hanseníase, a entrevista foi realizada em um ambiente calmo e tranquilo sem interferências de terceiros.

Ao iniciar a entrevista foi notável a tranquilidade sobre falar da hanseníase neste momento da sua vida após estar curada da mesma. Relatou histórias de suas vivências com coragem e segurança, lembrando passagens e emoções de momentos já vivenciados em uma linguagem clara.

É foi através da agente de saúde Deuza, ela veio na minha casa na visita e viu uma mancha no meu braço ai disse: vá lá no posto, mas não deixou eu ficar nervosa, ai quando chegou lá no postinho a



Artigo

enfermeira fez uns tipos de teste e apertou com um palitinho ai já deu o encaminhamento lá pro clementino, ai lá no clementino foi que eu fiz todos os exames e realmente deu a hanseníase.

A equipe da atenção básica é de grande importância para a descoberta de novos casos de hanseníase, como relatou a colaboradora, a sua agente comunitária de saúde percebeu a mancha e pediu que a mesma fosse à unidade para uma consulta de enfermagem para um melhor diagnóstico através de testes que são realizados em casos de suspeita de hanseníase.

Foi muito difícil, chorei muito, passava muita coisa na minha cabeça, mas assim o que mais me deixou feliz foi a minha própria família que me abraçou e me ajudou, eu fiquei muito nervosa, por que eu ficava com medo de falar, eu achava que só em falar já estava passando, mas lá no Clementino foi dada a orientação que o primeiro comprimido que você toma no tratamento ele já impede de ser transmitido para outras pessoas.

Há uma resistência de pessoas com hanseníase aceitarem o diagnóstico assim como Hortênsia, as mesmas sentem medo, preconceito e tem muitas dúvidas sobre a doença em si, isto pode ser evitado através de orientações e esclarecimentos sobre a hanseníase, estas situações podem prejudicar a interação da pessoa diagnosticadas com outras sadias.

Comuniquei quando cheguei do Clementino, porque eu fui sozinha achando que era um exame qualquer, eu procurava uma pessoa pra me apoiar e não tinha ninguém, porque quando você é detectado você faz todos os exames no mesmo dia, pelo menos no meu caso foi feito no mesmo dia, fiquei até uma hora da tarde, ela disse você só vai sair daqui quando se alimentar porque eu estava de jejum e depois volte que você vai tomar o primeiro comprimido já aqui, quando cheguei em casa fui contar, já contei em choro, e meu esposo também ficou apreensível, meus filhos disse mainha mas vai ter tratamento eu até me espantei por que eles sabiam mais do que eu que sou professora ai foi assim que eu passei a noticia pra eles.



Artigo

Mesmo com as campanhas de educação em saúde no combate a hanseníase ainda existe pessoas nos dias de hoje que tem um conhecimento deficiente sobre essa doença. Após o diagnóstico a pessoa com hanseníase se sente sozinha e existe a necessidade de ter alguém do seu lado, isso acontece através da insegurança do mesmo sobre pensar como será sua vida depois de ser diagnosticada e encontrar apoio na família é um impulso para a realização do tratamento.

Eu fiquei com medo de passar pra eles, mas como eu já disse anteriormente na pergunta que você me fez quando eu cheguei fui bem acolhida por ele, até meu filho estava trabalhando em Caaporã eu liguei, minha nora disse não se preocupe, eles se precaveram tomando vacina até no meu netinho deu.

Por tanto o medo da doença é inevitável, mas o apoio de profissionais e familiares é fundamental para sua autoestima, tratamento e cura.

Na minha vida pessoal eu fiquei com medo de ter até relação, eu ficava com medo de ter intimidade, de beijar, depois que toma os remédios vem os processos cada mês, cada mudança da caixa do comprimido vinha uma coisa na minha pele, teve mês que caiu muito meu cabelo, eu ficava agoniada, teve mês que a pele ficou aparecendo brotoeja, teve mês que o rosto ficou muito manchado, a cada mês mudava através do químico que tem nele, os lábios ficaram muitos roxos então assim eu evitava de ficar visível às pessoas, eu tenho uma vida exposta tanto como professora quanto na igreja, era difícil pra mim, então eu busquei me esconder no lado do trabalho, eu não falei no meu trabalho ninguém do meu trabalho soube a num ser depois já de curada, depois de dois anos houve uma reunião que tive que levar um tema que já tinha vivido muito difícil ai realmente eu levei essa vivência, já na igreja eu chamei os mais íntimos e o pastor, eu tive que falar pra todos e do mesmo jeito eu fiquei maravilhada porque eles me abraçaram de uma forma muito linda, pra mim parecia ser uma tempestade, mas pra eles parecia nada. No trabalho eu não consegui me abrir eu olhava pra um, eu olhava pra outro e não conseguia. Nessa época eu trabalhava a noite e isso me favoreceu porque só tinha eu lecionando na escola então eu só tinha contato



Artigo

com o vigia, as meninas que faziam a merenda e o apoio, quando a coordenadora ia lá era só pra dar uma olhada no trabalho da gente, eu tinha pouco contato por que eu já não queria principalmente quando as manchas estavam na minha pele, no lado do trabalho escondi porque eu não conseguia abrir de forma alguma, eu achava que ia ser afastada, existe caos que afastam até do emprego.

Hortênsia teve dificuldades de interagir com as pessoas e expor o seu diagnóstico pelo medo do que poderia acontecer depois que soubessem que estava com hanseníase, as pessoas as quais ela teve coragem de contar era porque tinha certo tipo de segurança e a mesma foi surpreendida pelo acolhimento obteve como relata acima. É visto que muitas pessoas tem este tipo de dificuldade com o diagnóstico de hanseníase pela mesma ter um estigma relacionado ao preconceito de ser conhecida como uma doença ligada à pobreza.

Não sofri como eu disse a você porque eu escondi do lado que eu tinha mais medo, o trabalho, mas em certa vez conversando e a gente falando sobre hanseníase e eu via que era muito difícil para as pessoas, não aceitavam, e eu lá no meio caladinha e bem quietinha, mas no lado que eu me abri eu não sofri, mas eu tive cautela pedi que na igreja pra não ser avisado diante de toda igreja, é eu fiz parte das reuniões lá no Clementino e eu ouvia muitos relatos de pessoas que sofreram coisas muito fortes por que se declararam, se abriram, se exporão, no meu eu acredito que foi uma preparação que eu não sei nem de onde veio, eu penso pelo meu lado religioso que veio de Deus por que eu fiz sem saber, eu me precavi antes, tem pessoas que vai logo dizendo ai quando você vai falando estou com hanseníase a outra pessoa recebe com um olhar diferente e ali passa pra outro e pra outro, passa muito preconceito, mas eu não passei preconceito forte por isso, por que eu não falei, então no que eu não falei foi como eu tentei evitar, mas só em você ficar presa guardando, dói de mais você esconder uma coisa, e eu pedia a Deus terminar o tratamento pra poder eu respirar bem aliviada.

Hortênsia relata que o lado que tinha mais medo de falar sobre a doença era no trabalho, pois via que em conversas que o título era hanseníase via os olhares das



Artigo

peessoas e tinha medo daqueles olhares para ela, mesmo dizendo a algumas pessoas da sua igreja não permitiu que dissessem a todas para evitar o preconceito que tanto temia e que ouviu em relatos de outras pessoas com hanseníase e teve certeza que esse foi o melhor caminho para ela esconder o seu diagnostico e assim evitar de receber preconceito das pessoas.

Quando eu soube da cura eu fiquei bem alegre, mas fiquei duvidando, eu dizia vocês não estão me enganado não, vocês não estão inventando mesmo, com o pessoal lá do Clementino e as meninas do postinho, recebia as cartelas todo mês pra saber se realmente você esta tomando e ao ir no posto eu descobri muita gente detectaram mais não terminaram o tratamento, ou seja, tem que concluir o tratamento pois se não concluir o tratamento fica difícil de ficar curada, tem pessoas que sabe que tem mas não vão porque acha que é besteira, é porque é difícil cumprir você não pode esquecer um comprimido, você não pode parar pois se parar eu tenho que voltar pra primeira cartela de novo ai tem que avisar no postinho vai ter que retificar lá e dizer que você parou e começar tudo de novo.

As dúvidas sobre a hanseníase são frequentes, assim como foi para Hortênsia são com outras pessoas, a atuação do profissional de enfermagem é muito importante neste processo pois, cabe ao mesmo esclarecer essas dúvidas quando os pacientes vão buscar as medicações mensalmente, as orientações são fundamentais e servem de apoio psicológico para os mesmos.

A fase do tratamento foi difícil, o meu tratamento foi de seis meses, todo dia é aquele comprimido, todo dia aquela medicação se parar uma tem que avisar no postinho, muitos não conseguem eu tinha que ficar na mente lembrando, eu tinha que colocar num papelzinho, meu esposo lembrava, eu tinha que olhar na cartela porque vêm os dias igual ao anticoncepcional se você esquecer o dia anterior você já sabe se errou e eu tinha muito medo de errar, tem pessoas que não aguentam o tratamento ai muitas vezes é criticado, dizem assim esse povo não vai se cuidar, mas só quem sabe é quem passa e pra tomar toda medicação tem que ter muita força de vontade porque ela dar enjoou, em mim tirou o paladar que até lá no Clementino as



Artigo

enfermeiras e medicas não entendiam por que eu era a única paciente que não sentia o gosto da comida, depois das reuniões recebe um lanchinho eu não conseguia comer a comida por que eu não sentia gosto de nada esse foi o processo mais difícil pra mim, quando eu perdi o paladar foi muito doloroso por que eu não sabia, eu tinha vindo da casa da minha mãe e ela me deu um pote de doce, me deu um pouquinho de doce na casa dela, eu comi lá, mas na minha mente eu não sabia o que estava acontecendo ai eu pensei: -poxa minha mãe dessa vez colocou pouco açúcar porque ela faz um doce bem açucarado, não disse nada a ela, quando cheguei em casa eu distribui pra meu marido e minha nora ai todo mundo comendo e dizendo assim: – ah Dona Iris faz o doce muito doce e ali eu senti um impacto ai eu disse assim me dar um pouquinho desse doce do teu ai eu peguei um pouquinho da minha nora e coloquei na boca, peguei um pouquinho do meu esposo e botei na boca, ali eu cai em desespero porque a língua procurava o doce e o paladar e eu não sentia, comecei colocar limão, sal na boca o que eu visse que era bem forte pra ver se sentia e eu não sentia, mas também lá não descobriram por que eu perdi o paladar, mas também no ultimo comprimido, digamos assim terminou hoje o tratamento foi o ultimo comprimido no dia seguinte que não tinha mais medicação o paladar voltou.

Toda doença necessita de atenção na ingestão das medicações com a hanseníase não é diferente assim como foi explicado por Hortênsia os cuidados que devem ter para não esquecer algum comprimido, a maioria das medicações tem reações adversas para o aparecimento delas dependem de organismo para organismo. No caso de Hortênsia ela sofreu algumas reações de acordo com o que foi relatado na entrevista mas a que teve mais impacto na vida dela foi a perda do paladar que refletiu significativamente na sua vida lhe impedindo de sentir o gosto dos alimentos.

Tem que ter força de vontade, perseverar e dizer eu vou ficar boa, eu vou tomar as medicações, eu ficava pensando e essas pessoas que tem o grau mais fortes, muitos tem que ficar internados e afastados mesmo, lá eu via relatos, eu chorava constantemente com as pessoas menosprezadas pela família, eu tinha ate vergonha de falar pra não



Artigo

magoar as outras, mas eu tinha que dizer alguma coisa, eu me sentisse bem e relatava que minha família estava me abraçando.

A autoestima e a força de vontade precisam caminhar juntos para a conclusão do tratamento da hanseníase é necessário também apoio extras, não são todos os casos que são como o de Hortênsia que encontrou apoio na família, muitas pessoas com hanseníase começam a sofrer exclusão dentro da sua própria casa.

Eu tive apoio dos que sabia dos que não sabia eu não posso falar por que eu mesmo escondi, então talvez o preconceito veio de mim, por falta do paladar eu perdi muito peso, olhe eu passei três dias mesmo de fome eu chorava pra comer e não sei dizer como sobrevivi a esses três dias, depois de três dias eu fiz um cuscuz e coloquei na boca, eu senti a massa do cuscuz, muito empolgada eu coloquei carne mas não desceu, aí voltei e botei outro pedaço sem nada e assim eu fiz isso varias vezes, eu posso dizer que a única alimentação que eu conseguia comer era cuscuz com agua, depois descobri o feijão verde com arroz branco também sem nada, comia rápido para terminar logo aquela alimentação e tomava agua e já esperava para outra alimentação assim eu ficava variando, perdi muito peso e fiquei no corpo bem legal, pra esconder eu cortei o cabelo, comecei me arrumar, todos que chegavam perto dizia estas tão bonita arrumada, estas magra e eu dizia que estava fazendo regime, mas só quem sabia era amigos da igreja e a minha família de casa, os meus vizinhos nenhum sabe da rua que eu moro, nenhum por que eu mesmo tive preconceito de contar, então quando o povo dizia estas magra eu dizia estou tentando fazer regime, levava na brincadeira, o maior preconceito veio de mim.

Nesses relatos Hortênsia esclarece as complicações com a perda temporária do paladar e as dificuldades que teve em encontrar alimentos que conseguisse ingerir, onde sofreu perda de peso devido o mesmo, ela usou o argumento da estética para esconder das pessoas o que estava passando onde a própria confirma do preconceito que havia dentro dela.



Artigo

Fiquei aliviada ao saber que estava curada, quando a gente passa fala bem aliviada, e feliz, eu tento orientar as pessoas, quando eu chego meu olha já fica detectando alguma coisa nas peles das pessoas, ai eu digo assim o que foi isso e procuro orientar vá ao postinho, conversando com uma senhora ela disse assim: - mulher o povo fica dizendo que isso é aquela doença da lepra a hanseníase ai eu disse e se for é melhor cuidar, eu vou até saber se ela foi, eu dei todas as dicas mas nunca dizendo que sou eu, já falei pra outras pessoas no meu trabalho mas foi depois de quase três anos, eu tenho orientado e tentado ajudar as pessoas.

Depois da experiência da doença, Hortência passou a observar a pele das pessoas e tentar orientá-las a se cuidar, mas sempre deixando claro que ainda sente dificuldades em dizer que já teve a doença e que está curada, este depoimento pode servir de estímulo e incentivo a outras pessoas que possam vir a ter a hanseníase.

Eu acho que fica sequelas, por exemplo, na época do tratamento era muita dor nas juntas eu ia para o clementino e via as pessoas que estavam amputadas, hoje eu tenho me policiado faço todos os exames por que eu não sei se renova, eu não sei se volta, então tem que ter cautela por que a cura é quando termina o tratamento e a medica diz você esta curada, mas você tem que está atenta, eu já fiz por duas vezes e não deu nada, hoje em dia tem doença de ossos, tem inflamação nas juntas e pode se misturar, as vezes qualquer coisa que eu sinto eu digo oxente meus ossos esta doendo mas eu não fico com pânico, mas é bom esta sempre renovando os exames.

É importante frisar sobre o que Hortência relata acima, mesmo depois de ouvir que a pessoa com hanseníase está curada da doença, é necessário que seja feito exames anualmente para o seu acompanhamento.

Se eu tivesse que passar por isso de novo eu escondia, eu falei dessa mulher que mandei se cuidar, mas eu não cheguei pra ela e disse que tive por que eu não achei segurança, eu não tenho intimidade com ela de amizade, já precisou na igreja de um testemunho e eu não tive vergonha, mas assim a mudança que tive foi coragem, eu hoje acho



Artigo

que tenho mais coragem do que antigamente, me tornei mais forte com tratamento, o apoio da minha família, eu vejo mais amor na minha família e dentro de mim também, nos seres humanos achamos que acontece qualquer coisa com o outro, eu perguntei a médica e chorei muito na hora que ela deu o diagnóstico eu dizia assim como foi que eu peguei e ela dizia não procure saber como você pegou, procure cuidar de você, mas como ela falou que a transmissão acontece pela respiração, na época eu vivi um trabalho com pessoas carentes e que realmente tinham problemas de saúde, uma vida social difícil, então possa ser que eu peguei justamente na época que eu trabalhava com esse público, é tanto que peguei a minha experiência e fiquei trabalhando isso com eles e eles diziam assim: -professora a senhora só quer esta falando dessa hanseníase, porque era dando aula e ensinando a eles como se cuidar, eles mesmos começaram a identificar manchas e direcionei eles procurarem o postinho, não é bom ter hanseníase mas toda experiência difícil vem para melhorar a própria pessoa, eu ainda preciso melhorar muito mais, mas eu digo que melhorei um pouquinho.

Hortência usou a sua vivência com a hanseníase para alertar outras pessoas que pudesse vir a ter a doença, embora tenha sido difícil pra ela aceitar o fato de ser diagnosticada com hanseníase ela transformou tudo o que viveu em experiência de aprendizado na sua vida.

Eu avalio essa fase da minha vida como difícil, como uma fase que fiquei amadurecida, como uma fase que você sofre, mas o maior sofrimento foi de ser sozinha por não querer contar, eu não tinha como esconder do meu próprio esposo, mas se eu pudesse teria escondido de todo mundo, é uma fase também que fiquei muito sensível, você tem um olhar diferenciado para as pessoas e para o mundo, foi uma fase que me acrescentou, não estou contando isso para o seu trabalho ficar bonito, é porque hoje eu vejo diferente muita coisas, vejo diferente o amor, vejo diferente o tratar com as pessoas, quando eu sei que a pessoa tem hanseníase eu sei chegar perto dela e abraçar, mas antes eu não sabia, antes com certeza eu seria aquela que se afastaria, lá no Clementino tem muitos pacientes na sala de



Artigo

espera, lá também trata de tuberculose que é parecida e que tem tratamento, então lá teve um momento que eu me alterei com um senhor que estava lá, por que o senhor não era paciente ele era acompanhante de uma paciente, então ele estava esperando sentado, ele ficou dizendo: - isso é uma besteira o povo vem se cuidar aqui todo mês, eu trago mas isso não tem cura, aí eu não sei o que deu em mim que comecei falar, as pessoas disseram muito bem, até um pessoa que trabalha lá viu e disse muito bem você defendeu, eu só fiz isso por que eu passei e estava passando no momento e ele perto de mim e eu toda bonita, limpinha e arrumada, o cabelo todo arrumado, bem vestida até parecia digamos que rica, uma doutora por exemplo e ele bem pertinho de mim e eu com hanseníase e ele falando das pessoas que estava ali sofrendo mais do que eu, mas com o mesmo problema, estávamos sofrendo iguais, ele viu o meu exterior, e ele perto de mim, eu disse a ele e o senhor tão pertinho de mim e eu com hanseníase ele ainda duvidou, a senhora não esta com hanseníase. Eu dizia a Deus assim muito obrigado por que foi em mim que o Senhor melhorou, não é fácil dizer isso, não é fácil viver isso e eu não vou dizer há eu quero outra doença pra melhorar, mas estar nas mãos de Deus as nossas vidas, eu melhorei o meu egoísmo, por que dentro do ser humano tem um pouquinho de tudo, de egoísmo e orgulho, aquele que disser que não tem estar mentindo em dizer que não, então o orgulho foi quebrado em mim, ele foi quebrado e tem que continuar a ser, eu digo a você é um processo continuo.

A história de Hortênsia deixa bem clara a luta que ela viveu contra o seu próprio preconceito em não querer aceitar que estava com a doença, em esconder o máximo possível o que estava passando por ter sido diagnosticada. A mesma relata em trechos da entrevista sobre o medo, o egoísmo de achar que aquilo nunca aconteceria com ela e do seu orgulho por saber que a hanseníase é considerada uma doença da pobreza e de pessoas que não tem conhecimentos de saúde.

Hortênsia não viveu em si o preconceito das pessoas por que guardou o seu diagnóstico, mas ouviu muitos relatos de pessoas que sofreram exclusão social por causa da doença, no entanto, no momento que ela presenciou um ato de julgamento ela sentiu, pois embora não parecesse fisicamente ter a doença mas, ela tinha e soube se



Artigo

defender e esclarecer a existência da cura da hanseníase que é o alvo mais desejado após ser diagnosticado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização da presente pesquisa foi possível identificar através da história oral de vida da colaboradora as suas vivências com a hanseníase. A história oral de vida permite ao pesquisador observar e analisar as experiências enfrentadas pela pessoa com hanseníase e assim destacar como sua interação social esta ligada a sua autoestima.

Mediante os relatos da história enfrentada pela colaboradora com a hanseníase foi visto o seu sofrimento em aceitar a doença e o esforço que teve para esconder das pessoas, onde a própria afirma que o maior preconceito foi o dela mesmo. Apesar de ter apoio da família e de alguns amigos a mesma preferiu não expor o seu diagnóstico no trabalho por medo do que poderia acontecer, apesar de estarmos no século XXI algumas pessoas ainda continuam com a mesma visão da hanseníase como doença da pobreza.

Desta forma este estudo revela que a interação social do diagnosticado com hanseníase pode ser prejudicado de várias formas, muitas vezes seguimos a direção que a pessoa com hanseníase irá sofrer preconceitos de outras pessoas que é algo que infelizmente ainda acontece, mas a vivência da colaboradora revela que a sua interação social foi prejudicada por preconceito próprio, onde preferiu guardar o seu diagnóstico e sentiu pela decisão de ficar calada.

No entanto esta pesquisa demonstra a importância da educação em saúde que é algo que fornece conhecimento e pode oferecer uma visão completa e holística da doença. Sendo visto que as criações de novas políticas públicas de saúde podem prevenir e evitar preconceito e ideias equivocadas sobre a hanseníase.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. História oral: a experiência do CPDOC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, n. 1, p. 85-85, 1991. Disponível em:



Artigo

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71671991000100018&script=sci_arttext>.
Acessado em: 15 nov. 2016.

ALVES, Elioenai Dornelles; FERREIRA, Telma Leonel; FERREIRA, Isaias Nery. Hanseníase avanços e desafios. In: **Hanseníase avanços e desafios**. 2014. Disponível em: <<http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniascavancoes.pdf>>. Acessado em: 10 mai. 2016.

BRASIL. **Brasil quer eliminar a hanseníase até 2015**, 2015. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/06/brasil-quer-eliminar-a-hanseniasc-ate-2015>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL, **Secretária de Saúde do Estado do Ceará**, 2015. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/15507-hanseniasc-diagnostico-precoce-ajuda-no-tratamento-e-evita-sequelas>>. Acessado em: 30 mai. 2016.

BRASIL, **Hanseníase: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção**, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hanseniasc>>. Acessado em: 20 de mai. 2016.

BRASIL, **Secretária de Saúde do Estado do Ceará**, 2015. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/15507-hanseniasc-diagnostico-precoce-ajuda-no-tratamento-e-evita-sequelas>>. Acessado em: 30 mai. 2016.

CHIORO, Arthur. **Ministério da Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/o-brasil-pode-eliminar-a-hanseniasc-afirma-arthur-chioro>>. Acessado em: 25 mai. 2016.

CAVALIERE, Irene. **FIOCRUZ**, 2010. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1182&sid=7>>. Acessado em: 03 mai. 2016.

CUNHA, Ana ZoéSchillingda. **Hanseníase: a história de um problema de saúde pública**. 1997. Disponível em:



Artigo

<<http://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/337/1/AnaZoe.pdf>>. Acessado em: 20 de mar. 2016

DAMASCO, Mariana Santos. História e memória da hanseníase no Brasil do século XX: o olhar e a voz do paciente. **Monografia PUC Rio**, 2005. Disponível em: <<http://historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/producao/monomdamasco.pdf>>. Acessado em 05 fev. 2016.

DA SILVA, Mônica Pereira. VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE, 2013. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I53981.E12.T10291.D8AP.pdf>>. Acessado em: 13 mai. 2016.

DUARTE, Marli Terezinha Cassamassimo et al. CONSULTA DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA DE CUIDADO AO PORTADOR DE HANSENÍASE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12>>. Acessado em: 20 mai. 2016.

FIOCRUZ. **Hanseníase**, 2013. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/hansen%C3%ADase>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

LIMA, Dandara Abreu Queiros de et al. **Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase**. 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/387/548>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Manual de história oral. 5a.ed. São Paulo: Loyola; 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/download/19041/21104>>. Acessado em: 15 nov. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), **Portaria nº 3.125, de 7 de Outubro de 2010**. Disponível em:



Artigo

<<http://antigo.saude.es.gov.br/download/portaria3125hanseníase2010.pdf>>. Acessado em: 14 abr. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria N° 149, de 3 de fevereiro de 2016**. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/Oficial_04.02-I.pdf>. Acessado em: 30 mai. 2016.

PINTO, Breno Vianey; CUNHA, Henrique. HANSENÍASE: REVISÃO DE LITERATURA. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Vol.9, n.1, p.49-53, 2015. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_215924.pdf>. Acessado em: 15 de mai. 2018.

SANTOS, Maria Divina Marques dos. **Incidência da Hanseníase no Brasil**. Valparaíso de Goiás, 2014. FACESA. Disponível em: <<http://www.senaaires.com.br/Biblioteca/tcfacesa/enf2014/INCID%C3%80NCIA%20DA%20HANSEN%C3%80DASE%20NO%20BRASIL.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2014. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/doencas/hanseníase/>>. Acessado em: 17 mai. 2016.

ZERBINATO, PHM et al, **Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família**. Enfermeria Global, n° 25, 2012. Disponível: < http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_docencia1.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2016.



Artigo

**O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENQUANTO
INSTRUMENTO DE SEGURANÇA PARA O ANESTESIOLOGISTA**

**THE TERM OF FREE AND INFORMED CONSENT AS AN
ANESTHESIOLOGIST SAFETY INSTRUMENT**

Victor de Sá Gadelha¹
Mônica Leite Médica²
André Luis Lopes Gomes de Siqueira³
Rodrigo Vital de Miranda⁴
Ana Claudia de Queiroz Vanderlei⁵

RESUMO - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um instrumento cujo propósito preserva a autonomia do paciente e segurança ao ato anestésico, obtido durante a avaliação pré-anestésica suscitando a probabilidade das possíveis complicações. Este estudo retrospectivo quanti qualitativo e inferencial visa averiguar a obtenção do TCLE enquanto instrumento de segurança para o paciente e anestesiolegista, com respeito a autonomia do paciente. A pesquisa foi realizada no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, a coleta de dados foi obtida a partir de prontuários referentes aos anos de 2016/2017 os resultados encontrados foram que a maioria dos prontuários apresentaram TCLE, devidamente assinados pelo paciente e anestesiolegista, corroborando o compromisso com a autonomia e segurança do profissional e do paciente. O TCLE é um instrumento utilizado para preservar a autonomia do paciente e a segurança do profissional e sua utilização deverá ser utilizada pelos hospitais

¹ Médico Anestesiolegista pelo Hospital do Trauma. E-mail: Victor_gadelha2@hotmail.com

² Doutora pela USP. Anestesiolegista do Hospital do Trauma. E-mail: Victor_gadelha2@hotmail.com

³ Médico mestrando pela faculdade de medicina ABC. E-mail: andremalabim@gmail.com

⁴ Médico Anestesiolegista e Mestrando pela USP-RP. E-mail: rodrigomiranda@hotmail.com

⁵ Mestre em Clínica Odontológica pela UNIFOR . Coordenadora e Professora da disciplina de Periodontia I Laboratorial do IESP. E-mail: anaqvanderlei@yahoo.com.br



Artigo

Palavras-chave: Anestesiologia. Segurança. Termo de consentimento.

ABSTRACT - The Informed Consent Term (ICT) is an instrument whose purpose preserves the patient's autonomy and safety to the anesthetic act, obtained during the preanesthetic evaluation, raising the probability of possible complications. This retrospective qualitative and inferential quantitative study aims to investigate the obtaining of the ICF as a safety instrument for the patient and anesthesiologist, with respect to the autonomy of the patient. The research was carried out at the Hospital of Emergency and Trauma Senator Humberto Lucena, the data collection was obtained from medical records referring to the years 2016/2017. The results found were that most of the medical records had an IC, duly signed by the patient and anesthesiologist, corroborating the commitment to the autonomy and safety of the professional and the patient. The ICT is an instrument used to preserve the autonomy of the patient and the safety of the professional and its use should be used by the hospitals

Keywords: Anesthesiology. Safety. Term of Consent.

INTRODUÇÃO

O termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) consiste em um documento de natureza ética e cível (código do consumidor) que registra o consentimento do paciente a participar de um procedimento diagnóstico ou terapêutico, após explanação das alternativas disponíveis, adequadas a proposta cirúrgica e condições clínicas do paciente, no momento clínico do exame com o anesthesiologista. Este documento, tornou-se parte obrigatória do prontuário desde a regulamentação para tal, desde 2006 com a resolução 1802/2006 do CFM e sua utilização é alvo de diversas discussões, principalmente na área de anestesia. (CALLEGARI et al., 2010)

Devido ao número de processos registrados, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, incentivou a utilização do TCLE em anestesia, visto que nesta área a sua utilização era restrita a alguns profissionais. (CFM, 2006) O mesmo autor afirma que após a sua maior utilização, o número de complicações decorrentes de cirurgias reduziu consideravelmente a quantidade de complicações e resultados indesejáveis.



Artigo

Apesar da educação e da obrigatoriedade do uso do TCLE, muitos são os profissionais que respondem processos por queixas de pacientes em relação aos procedimentos anestésicos. Considerando esta quantidade de processos questiona-se:

A utilização do TCLE representa um instrumento de segurança jurídica para o anesthesiologista e para o paciente? Baseados nesta, propomos um trabalho reflexivo em cima dos prontuários cirúrgicos de 2016-2017 na averiguação deste importante e legítimo instrumento de segurança ao ato anestésico que poderá reduzir os resultados indesejáveis e problemas de natureza jurídica que poderão afetar tanto o médico quanto o paciente.

O presente estudo tem como objetivo quantificar a utilização do TCLE em prontuários cirúrgicos do HETSHL no período de 01/2016 a 12/2017.

REFERENCIAL TEÓRICO

Aspectos históricos do TCLE

O primeiro termo de consentimento livre e esclarecido foi o código de Nuremberg, escrito na Alemanha, em 1947. As preocupações e discussões acerca da importância do TCLE foram motivadas pelas atrocidades cometidas durante as práticas de pesquisas científicas na época do regime nazista, no qual diversos seres humanos foram mortos e sacrificados em prol da pesquisa científica (FILHO et al., 2014).

No ano subsequente, foi divulgada a Declaração Mundial dos Direitos Humanos, na Assembleia Geral das Nações Unidas, que corroborou a ideia da dignidade do ser humano, reafirmando o compromisso de igualdade dos direitos, da dignidade e da fidedignidade da pessoa humana. Em 1964, surgiu a Declaração de Helsink, da Associação Médica Mundial, que reafirmava a importância de atitudes éticas, em pesquisas em seres humanos, bem como a importância da autonomia e da escolha da participação em pesquisas.

Vale ressaltar que há dois tipos de TCLE: um utilizado em procedimentos terapêuticos em saúde e outro utilizado em pesquisas envolvendo seres humanos. A utilização do primeiro no Brasil foi intensificada a partir da política de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que tem como propósito reduzir o número de iatrogenias, ampliar a segurança tanto do paciente quanto do profissional e minimizar o



Artigo

número de procedimentos sem o respeito a autonomia do paciente e seus representantes, já a segunda busca respaldar o médico e paciente em situações de procedimentos específicos (FILHO et al., 2014).

A implantação desta política busca a segurança médica, uma vez que as consequências de um tratamento ou procedimento realizado, sem o consentimento do paciente, poderá levar o médico a indenizá-lo judicialmente (CALLEGARI & OLIVEIRA , 2010)

Aspectos éticos em anestesiologia

Após a evolução da medicina, muitos assuntos de cunho ético foram abordados nas mais diversas especialidades. Muitas foram as experiências desumanas praticadas em pacientes, fato que despertou o interesse de diversos pesquisadores. Neste sentido, a bioética se faz presente mediando a Medicina e o Direito, uma vez que esta ciência é detentora de uma característica filosófica abordando princípios da não maleficência e da justiça ao ser humano (FILHO et al., 2014)

Em anestesiologia, tais abordagens são fundamentais para a manutenção da integridade do ser humano. Os cuidados pré-anestésicos associados a tais preocupações colaboram com a redução de riscos e danos associados a esta prática, situações estas que beneficiam tanto o profissional, quanto o paciente. (CALLEGARI & OLIVEIRA , 2010)

O código de ética determina um conjunto de regras que partem do princípio da beneficência e não-maleficência. O anestesista por sua vez deverá seguir os respectivos princípios, evitando a nocicepção durante a anestesia e evitando efeitos colaterais e indesejáveis. Neste contexto, o paciente deverá ser informado acerca do procedimento e os possíveis riscos. Vale ressaltar é um direito que assiste ao usuário uma anestesia segura e de boa qualidade (CFM, 2006).

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Tipologia do Estudo

Retrospectivo, descritivo e inferencial com abordagem quantitativa e qualitativa.



Artigo

A pesquisa é do tipo exploratório, observacional, descritiva e inferencial com abordagem quantitativa e qualitativa.

A Investigação do tipo EXPLORATÓRIA ampara a comunidade científica e geral acerca do conhecimento de determinado problema posto, em geral, envolve abordagens acerca do conhecimento científico público e contato direto com a realidade avaliada (GIL, 2002).

Para Marconi e Lakatos (2009), o estudo do tipo OBSERVACIONAL envolve a observação direta do objeto estudado, além de procedimentos análogos e verificações estatísticas através dos dados disponíveis. Em suma, a unidade de estudo compreende-se por um determinado grupo de pessoas com a finalidade da obtenção de respostas para determinado problema através das informações coletadas.

As abordagens DESCRITIVAS buscam detalhar as características identificadas em determinados fenômenos inseridos em populações específicas, além disso, ofertam a possibilidade de contagem com elementos processuais para coletar dados e gerar informações (GIL, 2002).

Segundo Pagano e Gauvreau (2008), o aspecto INFERENCIAL das investigações trata de avaliar, a partir da análise dos dados, a identificação de considerações específicas de determinada população acerca de um problema estudado.

No tocante as abordagens QUANTITATIVAS e QUALITATIVAS alguns autores afirmam que apesar destas análises parecerem distintas e/ou excludentes, na verdade apresentam-se como análises complementares que caracterizam além dos dados e informações observadas o conhecimento do contexto social ao qual o problema está inserido, não sendo possível detectar essas considerações a partir de dados numéricos ou informações matemáticas (MARCONI e LAKATOS, 2009; MINAYO, 1994)

Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena da cidade de João Pessoa-PB, este hospital sede da residência médica em anesthesiologia MEC/SBA – CET João Pessoa onde é um local de grande demanda de cirurgia eletiva e se observa a necessidade de utilização do TCLE segundo a resolução 1802/2006 exigisse a avaliação e o TCLE. Amostra será constituída de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.



Artigo

Coleta de Dados

A coleta de dados se foi a partir de averiguação de prontuários de pacientes cirúrgicos **eletivos** que apresentaram anotações legíveis utilizados no ano de 01/2016 a 12/2017, foram excluídos das pesquisas aqueles que estiveram ilegíveis e incompletos.

Análise de dados

A análise dos dados quantitativos foi realizada com o uso de métodos estatísticos de estudo de Proporção e estatística descritiva executadas no SPSS . Utiliza-se a proporção para avaliar a adesão ao TCLE em relação a quantidade de prontuários. Baseando-se como hipótese nula, H_0 = Nenhum prontuário apresenta o TCLE e a Hipótese alternativa H_1 = Pelo menos um prontuário apresenta o devido TCLE.

A análise dos resultados qualitativa será realizada a partir da análise de conteúdo (FIORIN, 1990).

Aspectos éticos

A pesquisa foi pautada pela Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e será submetido à Plataforma Brasil no período apropriado (CNS, 2012).



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1- número de prontuários

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pront/tcle	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
pcte/ass	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
resp/ass	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
anest/ass	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
Visita	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Tabela 2- estatística descritiva

			Statistic	Std. Error
pront/tcle	Mean		1,33	,047
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,24	
		Upper Bound	1,42	
	5% Trimmed Mean		1,31	
	Median		1,00	
	Variance		,223	
	Std. Deviation		,473	
	Minimum		1	
	Maximum		2	
	Range		1	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		,734	,241
	Kurtosis		-1,491	,478
	pcte/ass	Mean		,04



Artigo

		Lower Bound	,00	
	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	,08	
	5% Trimmed Mean		,00	
	Median		,00	
	Variance		,039	
	Std. Deviation		,197	
	Minimum		0	
	Maximum		1	
	Range		1	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		4,767	,241
	Kurtosis		21,144	,478
	Mean		,98	,014
		Lower Bound	,95	
	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	1,01	
	5% Trimmed Mean		1,00	
	Median		1,00	
resp/ass	Variance		,020	
	Std. Deviation		,141	
	Minimum		0	
	Maximum		1	
	Range		1	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		-6,962	,241
	Kurtosis		47,418	,478
	Mean		,04	,020
anest/ass		Lower Bound	,00	
	95% Confidence Interval for Mean	Upper Bound	,08	



Artigo

	5% Trimmed Mean		,00	
	Median		,00	
	Variance		,039	
	Std. Deviation		,197	
	Minimum		0	
	Maximum		1	
	Range		1	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		4,767	,241
	Kurtosis		21,144	,478
	Mean		,96	,020
		Lower		
	95% Confidence	Bound	,92	
	Interval for Mean	Upper		
		Bound	1,00	
	5% Trimmed Mean		1,00	
	Median		1,00	
Visita	Variance		,039	
	Std. Deviation		,197	
	Minimum		0	
	Maximum		1	
	Range		1	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		-4,767	,241
	Kurtosis		21,144	,478



Artigo

Tabela 3- prontuários e TCLE

	Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
prontuário com TCLE	67	67,0	67,0	67,0
Valid prontuário sem TCLE	33	33,0	33,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 4 – quantidade de assinaturas de pacientes

	Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
paciente assinou	96	96,0	96,0	96,0
Valid paciente não assinou	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 5- quantidade de responsáveis que assinaram

	Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
responsável assinou	2	2,0	2,0	2,0
Valid responsável não assinou	98	98,0	98,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Artigo

Tabela 6- quantidade de anestesistas que assinaram

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid anestesista assinou	96	96,0	96,0	96,0
Valid anestesista não assinou	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Tabela 7- quantidade de visitas

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid paciente consentiu visita	4	4,0	4,0	4,0
Valid paciente não consentiu visita	96	96,0	96,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Após a análise de 100 prontuários que apresentaram procedimentos anestésicos entre os anos de 2016 e 2017 (ver tabela 1, 2 e 3) , pode-se identificar uma grande adesão a quantidade deles que apresentaram prontuário. O resultado encontrado poderá estar relacionado ao aumento da adesão a política de acreditação hospitalar da instituição que motiva os profissionais a aderirem a utilização do TCLE e a conscientização dos anesthesiologistas sobre a importância deste instrumento, isto minimiza os resultados indesejáveis decorrentes dos procedimentos anestésicos e intensifica a segurança dos profissionais desta área.

Corroborando com o CFM 2009, a utilização do TCLE intensifica uma prática segura em anesthesiologia e por ser uma especialidade que assiste ao paciente em um período transitório, esta adesão é de suma importância no que se refere a redução de danos e a segurança do paciente. Segundo a política do HumanizaSUS,2002, o paciente tem o direito de aceitar ou rejeitar os procedimentos, bem como participar das decisões



Artigo

terapêuticas, a adesão ao TCLE, representa uma importante estratégia no que se refere a segurança e respeito ao paciente, bem como na relação médico-paciente.

A grande parte dos participantes do procedimento anestésico na instituição ver tabelas 4, 5 e 6 participaram do procedimento e observa-se que tanto os anestesistas assinaram, quanto os pacientes, fato que mostra uma boa comunicação entre o profissional anesthesiologista e o paciente e quase todos os pacientes receberam a visita pré-anestésica.

Segundo Callegari e Oliveira (2010) , a assinatura do TCLE, representa a vontade tácita do paciente acerca da realização do procedimento da anestesiologia, este instrumento representa de uma maneira formal sua total concordância acerca do procedimento realizado, permite ao anestesista uma maior segurança e respaldo sobre a realização da anestesia, facilita ainda a relação médico-paciente, o mesmo autor afirma que a utilização do TCLE, consiste numa estratégia de manutenção da fidedignidade e respeito ao paciente, respeitando sua autonomia e mantendo sua fidedignidade.

Em um estudo realizado no Maranhão por Neto et al (2013), observou-se que 68% dos profissionais médicos desconheciam o TCLE e sua importância, há necessidade de uma intensificação da política de adesão ao TCLE por parte dos médicos, sobretudo da anestesiologia.

O CFM 2016, recomenda que a maioria dos procedimentos realizados pelo médico tem a autorização verbal e autorizada no prontuário, no entanto, a Política Nacional de TCLE do Hospital Escola de Itajubá recomenda a utilização do TCLE como instrumento formal de autorização do paciente para a realização dos procedimentos.

A visita pré-anestésica foi realizada na maior parte dos prontuários de 2016/2017, atendendo ao que normatiza a resolução 1802/2006 que discorre sobre a necessidade da visita pré-anestésica como artifício na redução de complicações durante a anestesia, esta deverá ser realizada dias antes do procedimento, esta visita consiste na prevenção e redução de danos durante o procedimento anestésico. (CFM ,2006)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o estudo realizado observou-se que o TCLE representa um instrumento de segurança tanto para o paciente quanto para o anestesista e que a maioria



Artigo

dos médicos utilizam o TCLE durante as visitas em cumprimento com as normas vigentes do CRM.

Pode-se afirmar que o instrumento formaliza a capacitação dos pacientes e que o anestesiologista tem o compromisso de por em prática de sua utilização durante a visita pré-anestésica e sua prática reduziu resultados indesejáveis relacionados ao procedimento.

Outros estudos deverão ser realizados no sentido de observar a adesão ao uso do TCLE nas mais diversas instituições visto que o mesmo, tanto facilita a relação profissional-paciente, como contribui para um procedimento anestésico seguro e de qualidade.

REFERÊNCIAS

CALLEGARI, D. C.; OLIVEIRA, R. A. Revista Bioética, 2010; 18(2): 363-72.
FILHO, E. R; PRADO, M.M.; PRUDENTE, C. O. M. Compreensão e Legibilidade do Termo de Consentimento Livre e esclarecido em Pesquisas Clínicas. **Revista Bioética.** (imp.) 2014; 22(2): 325-36.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA- **Política do Serviço de Anestesiologia para Aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Específicos para Procedimentos Anestésicos.** Resolução n. 1802 de 1 de novembro de 2006 do CFM.

SILVA, M.C.O. **Consentimento Informado na Assistência Médica à Saúde no Brasil: Uma Reflexão sob a Perspectiva das Publicações em Bioética e Ética Médica.** Monografia apresentada a UFBA.Ba, 2012.

SOUZA, M.K; JACOB, C. E; GAMA-RODRIGUES, J; ZILBERSTEIN, B;
CECCONELLO, I;HABR-GAMA; Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Fatores que Interferem na Adesão. ABCD. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva** 2013. 26 (3) : 200-205.

NETO, A. J. M; FERREIRA, E. C. M. F; CUTRIM, C. H. B. R; OLIVEIRA, A. B;
PESTANA, R. H. O; PIRES, C. D; BRITO, L. M. O. Termo de Consentimento Livre e



Artigo

esclarecido: Análise do Nível de Conhecimento dos Profissionais Médicos do Maranhão. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2015; 48(6): 598-609.

ARAÚJO, V.R.; SOARES, R.A.S.; SILVA, C.C.; NASCIMENTO, J.A. O ensino da estatística e a escolha de testes estatísticos na análise de dados: utilização de uma abordagem pedagógica não tradicional. **Anais I Simpósio Sobre formação Docente e Tecnologias do conhecimento- Desafios da Educação a Distância**. João Pessoa, 2010.

ARANGO, H. G. **Bioestatística – teórica e computacional**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ARA, A. B. O ensino de estatística e a busca do equilíbrio entre os aspectos determinísticos e aleatórios da realidade. 114 f. Tese (Doutorado em Educação) São Paulo(SP): **Faculdade de Educação da Universidade Federal de São Paulo**; 2006.

BATANERO, C. Los retos de la cultura estadística. **Anais... JORNADAS INTERAMERICANAS DE ENSEÑANZA DE LA ESTADÍSTICA**, 1., 2002, Buenos Aires. Conferência inaugural. Buenos Aires: IASI, 2002. p.1-11. Disponível em: <http://www.ugr.es/~batanero/ARTICULOS/CULTURA.pdf>.

BONAFÉ, F. S. S.; LOFFREDO, L. C. M.; CAMPOS, J. A. D. B. Atitudes em relação à Bioestatística de discentes e docentes da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara-UNESP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 2, 143-147, 2010.

CALLEGARI-JACQUES, S. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

CAMPOS, C. R.; WODEWOTZKI, M. L. L.; JACOBINI, O. R. **Educação Estatística: teoria e prática em ambientes de modelagem matemática**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.



Artigo

CORREIA, A.A **Tomada de decisão no processo de trabalho de enfermeiros: conhecendo a realidade nas unidades de saúde da família.** [Dissertação] João Pessoa, 2012

DAHER, A.M.; AMIN, F. Assessing the perceptions of a biostatistics and epidemiology module: Views of Year 2 medical students from a Malaysian university. A cross-sectional survey. **Medical Education**, v. 10, n. 34, 2010.

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

IGNÁCIO, S. A. Importância da Estatística para o Processo de Conhecimento e Tomada de Decisão. **Nota Técnica nº6. Governo do Estado do Paraná.** Curitiba, 2010.

JACOBINI, O. R.; WODEWOTZKI, M. L. L. A modelagem matemática aplicada no ensino de estatística em cursos de graduação. **Bolema – Boletim de Educação Matemática**, UNESP, Rio Claro, ano 14, n. 15, p. 47 a 68, 2001.

LIMA, E.P. Epidemiologia e Estatística: Integrando Ensino, Pesquisa, Serviço e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 34 (2) : 324–328; 2010.

LOPES, C. E. Reflexões teórico-metodológicas para a educação estatística. In: Lopes, C. A. E.; Curi, E. (Orgs.). **Pesquisas em educação matemática: um encontro entre a teoria e a prática.** São Carlos: Pedro & João, 2008a.

LOPES, C. E. O ensino da estatística e da probabilidade na educação básica e a formação dos Professores. **Cad. Cedes**, Campinas, vol. 28, n. 74, p. 57-73, jan./abr. 2008b.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.



Artigo

**PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM IDOSOS: O CUIDAR DO
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

**PREVENTION OF PRESSURE INJURIES IN THE ELDERLY: THE CARE OF
THE NURSING PROFESSIONAL**

Silvana Dos Santos Araújo¹
Emmanoela de Almeida Paulino Lima²
Emmanuella Costa de Azevedo Mello³
José Nildo de Barros Silva Júnior⁴
Haline Costa dos Santos Guedes⁵

RESUMO - A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e ou tecidos subjacentes que ocorre como resultado da pressão intensa e prolongada em combinação com cisalhamento, e a tolerância do tecido mole à pressão, as ações de prevenção dos profissionais de enfermagem visam impedir que o estímulo desencadeante de lesão por pressão venha acontecer. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura através de uma pesquisa exploratória realizada a partir de publicações em revistas eletrônicas a busca pelos estudos foi no portal da Biblioteca Virtual em saúde (BVS), nas bases de dados LILACS e BDENF, com o cruzamento dos seguintes descritores: Lesão por pressão; Prevalência; Cuidados de Enfermagem. Que foram separados entre si pelo operador Booleano “AND”. Os critérios para a seleção da amostra foram: Artigos publicados no período de 2006 a 2016, com texto completo, publicados em português diretamente ligado à temática proposta, e serão excluídos da amostra os artigos repetidos na base de dados. Amostra foi composta por 12 estudos. O diagnóstico com maior prevalência em clientes apresentando Lesões por pressão são doenças

¹ Discente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP), curso de Pós Graduação em Urgência e UTI.

² Docente da FESVIP; Especialista em Saúde da Família .

³ Docente da FESVIP; Especialista em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado pela Universidade Federal da Paraíba.

⁴ Docente da FESVIP; Pós graduando em Enfermagem em Saúde da Mulher.

⁵ Discente da FESVIP, curso de Pós Graduação em Urgência e UTI.



Artigo

cerebrovasculares. Foram encontrados sete estudos que possuíam como amostra pacientes de todas as idades, a média de idade obtida foi de 57,69 anos para risco moderado, elevado, ou muito elevado. A utilização da Escala de Braden é de extrema importância, e precisa ser compartilhada pelos enfermeiros nos diversos turnos de trabalho aponta-se que são necessárias medidas preventivas e atenção integral humanizada, pensando e analisando a prática de enfermagem nos cuidados da lesão.

Palavras-chave: Lesão por pressão; Prevalência; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT - Pressure injury is a localized damage to the skin and / or underlying tissues that occurs as a result of the intense and prolonged pressure in combination with shear, and soft tissue tolerance to pressure, the prevention actions of nursing professionals aim to prevent the triggering stimulus of pressure injury will happen. It treats about an integrative review of the literature through an exploratory research carried out from publications in electronic journals. The search for the studies was in the Virtual Health Library (VHL) portal, in the LILACS and BDENF databases, with the cross-over of the following descriptors: Pressure injury; Prevalence; Nursing Care ", which were separated from each other by the Boolean operator" AND ". The criteria for selecting the sample were: Articles published in the period 2006 to 2016, with full text, published in Portuguese directly linked to the proposed theme, and the articles repeated in the database will be excluded from the sample. Sample was composed by 12 studies. The diagnosis with a higher prevalence in clients presenting pressure lesions are cerebrovascular diseases. We found seven studies that sampled patients of all ages, the mean age obtained was 57.69 years for moderate, high, or very high risk. The use of the Braden Scale is extremely important, and needs to be shared by the nurses in the various work shifts. It is pointed out that preventive measures and comprehensive humanized care are necessary, thinking and analyzing nursing practice in the care of the injury.

Keywords: Pressure injury; Prevalence; Nursing care



Artigo

INTRODUÇÃO

A definição internacional da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) para lesão por pressão (LPP) é um dano localizado na pele e ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea também relacionada ao uso de dispositivo médico e outro artefato. E pode se apresentar em pele íntegra ou como lesão aberta podendo ser muito dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e prolongada em combinação com cisalhamento, e a tolerância ao tecido mole à pressão e ao cisalhamento, e pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão e morbidades (SOBEST, 2016).

De acordo com a SOBEST (2016), Lesão por pressão estágio 1, é Pele íntegra com eritema que não embranquece, Lesão estágio 2, perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme, Estágio 3, perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível, Estágio 4, perda da pele em espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fâscia, músculo, tendão, ligamento ou osso e Lesão não classificável que é a perda de pele em sua espessura total e perda tissular não visível na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara.

As lesões por pressão podem desenvolver-se em 24 horas ou levar 5 dias para se manifestar, por esse motivo os profissionais de saúde responsáveis por essa prevenção devem estar familiarizados com os principais fatores de risco. Principalmente nos indivíduos que estão impossibilitados de se movimentar o fluxo de sangue fica interrompido podendo acarretar a isquemia no local e, eventualmente à necrose celular, surgindo a formação da lesão por pressão (DOMANSKY; BORGES, 2014).

Alguns fatores de risco vêm sendo confirmados para o desenvolvimento de lesão por pressão (LPP), condições que impõe sobrecarga física, emocional e social para pacientes e familiares devido a piora da qualidade de vida e o aumento dos custos para os serviços de saúde, resultando em maior tempo de hospitalização e índice de morbidade e mortalidade (SOUZA; SANTOS, 2007).

As lesões por pressão ocorrem com mais frequência em pessoas que se encontram em situação de fragilidade, principalmente com restrição de mobilidade e idade avançada. Esse fator acarreta preocupação entre os profissionais de saúde no contexto hospitalar em virtude da necessidade da prevenção desse tipo de lesão e suas complicações. Este problema pode ser de difícil solução, entretanto uma assistência



Artigo

efetiva e individualizada pode minimizar seus efeitos, contribuindo para o bem-estar dos pacientes. Frequentemente o idoso é predisponente para o desenvolvimento das lesões por pressão por está associado as fragilidades decorrentes do envelhecimento da pele, ocasionando alterações na qualidade de vida (FREITAS et al., 2011).

Locais prevalentes para o desenvolvimento de lesão por pressão é na região sacra, calcâneo, nádegas, trocânteres, e tronco, outros fatores relacionados para o desenvolvimento da lesão por pressão temos a imobilidade de pontos de pressão prolongados, fricção, traumatismos, desnutrição, incontinência urinária e fecal, infecção, deficiência de vitaminas, pressão arterial, umidade excessiva e edema (MATOZINHOS, 2017).

As ações de prevenção dos profissionais de enfermagem visam impedir que o estímulo desencadeante de lesão por pressão venha acontecer. O valor da prevenção, como meio de diminuir morbidades e baixar a mortalidade, é impossível ser medido. Nessa situação a escala de Braden, como referencial teórico, proporciona evidências para fundamentar as ações de enfermagem, justifica a seleção de problemas e sinaliza as atividades desses profissionais. Até então permite registrar os cuidados com as lesões, colaborando para o seguimento e nitidez da atuação da enfermagem de forma prática e científica (ARAÚJO et al., 2010).

De acordo com o autor supracitado a escala de Braden é um instrumento disponível na literatura que auxilia os profissionais de enfermagem na determinação do prognóstico dessas feridas. A pontuação na escala de Braden varia de 4 a 23, pacientes hospitalizados com uma contagem igual ou maior que 16 pontos são considerados baixo risco, escores de 11 a 16 são considerados risco moderado para desenvolver lesão por pressão e abaixo de 11 indicam alto risco, por isso a importância do uso de uma escala de risco para prever a possibilidade de desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes hospitalizados.

A maioria dos casos de lesão por pressão (LPP) tem como ser evitadas por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como grupo de risco onde é seguido seis etapas de prevenção de lesão por pressão que são elas: Avaliação de LPP na admissão de todos os pacientes, Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internos, Inspeção diária da pele, Manejo da umidade, Manutenção do paciente seco e com pele hidratada, Otimização da nutrição e da hidratação e minimizar a pressão (BRASIL, 2013).



Artigo

A justificativa para a escolha dessa temática ocorreu pela necessidade de obter mais conhecimento a cerca do assunto, para assim poder aplicar no cotidiano, visando contribuir com a enfermagem para um atendimento integral e eficaz nas instituições de saúde.

Desta forma a questão que norteia o estudo é: Porque a incidência de lesão por pressão (LPP) é maior em idosos, como identificar os fatores de risco, e o que a enfermagem pode fazer para contribuir na prevenção das lesões por pressão.

Assim o estudo tem como objetivo analisar por meio da literatura científica o cuidado de enfermagem na prevenção de lesão por pressão no ambiente hospitalar.

MÉTODO

Este estudo utilizou a metodologia da revisão integrativa da literatura através de uma pesquisa exploratória. Foram obedecidas as seis etapas de Mendes; Silveira e Galvão (2008) são elas: identificação do tema e definição da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação de estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pesquisa foi iniciada a partir do delineamento da escolha do tema, cujo objeto do estudo é analisar por meio da literatura científica o cuidado de enfermagem na prevenção de lesão por pressão no ambiente hospitalar. Considerando o objeto de estudo, logo após foi definida a seguinte questão norteadora: Porque a incidência de lesão por pressão (LPP) é maior em idosos, como identificar os fatores de risco, e o que a enfermagem pode fazer para contribuir na prevenção das lesões por pressão.

Dentre os critérios de escolha dos estudos, foi selecionado o idioma português, que estivessem no ano de 2006 a 2016, disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas e que estiverem relacionadas no tema proposto, o critério de exclusão foi artigo que não obedeciam ao critério de inclusão.

Para o levantamento eletrônico dos artigos, foram utilizados os descritores Lesão por pressão, Prevalência e Cuidados de Enfermagem. Cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME), separados durante a busca pelo operador booleano “AND” com o objetivo de facilitar a busca aos trabalhos.



Artigo

A coleta bibliográfica foi realizada no período entre outubro e Novembro de 2017 pelo acesso on-line à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) filtrando às seguintes bases de dados: (Literatura Latino-Americana e do Caribe – LILACS, Bases de Dados de Enfermagem –BDENF e Sistema Online de Busca e Análise Médica –MEDLINE).

Com a busca, após avaliação dos critérios de elegibilidade e a leitura integral dos artigos foram obtidos 39 artigos, porém 07 estavam em outro idioma, 09 não estavam disponíveis eletronicamente e 11 estavam repetidos sobrando assim 06 artigos na LILACS, 03 na BDENF e 03 na MEDLINE somando um total de 12 artigos que é a amostra final.

Os artigos encontrados foram sumarizados e categorizados para organização dos estudos, por meio de um instrumento de pesquisa disposto conforme as seguintes variáveis: Ano, nome dos autores, título do artigo, periódico, objetivos, métodos, bases de dados e principais resultados encontrados.

A discussão dos resultados e conclusões obtidas foi feita de forma descritiva, permitindo a aplicabilidade da avaliação da presente revisão integrativa elaborada, para atingir o objetivo do presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

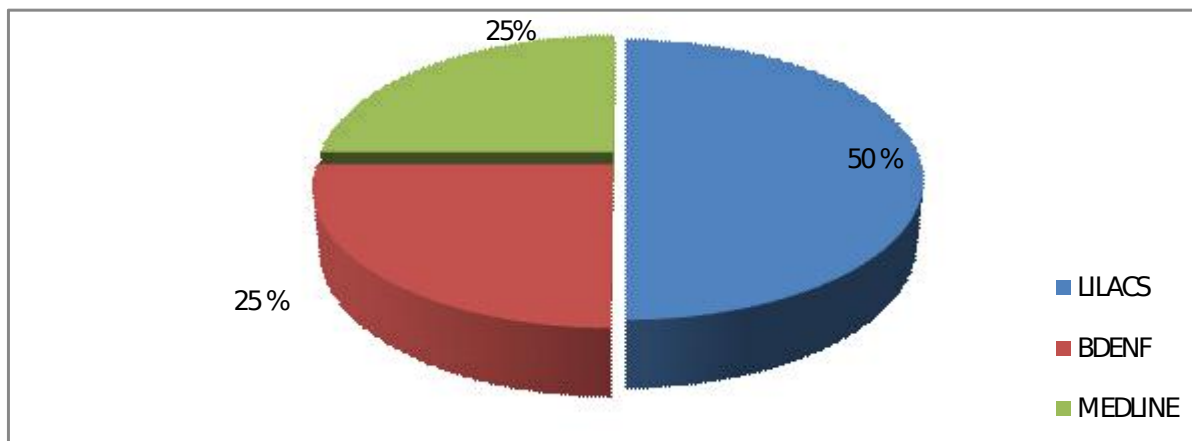
Com a busca usando os descritores nas bases de dados foram encontrados no universo 770 artigos, após aplicação do filtro com base nos critérios de inclusão obteve-se 44 estudos, destes foi utilizado como filtro o assunto principal lesão por pressão e foi obtido 39 artigos destes, 07 estavam em outro idioma, 09 não estavam disponíveis eletronicamente e 11 encontravam-se repetidos.

Após a utilização dos critérios de exclusão, a revisão integrativa continha uma amostra de 12 artigos científicos originais completos, publicados no idioma português, 06 no LILACS, 03 na BDENF e 03 na MEDLINE, no período entre 2006 a 2016, onde os mesmos contemplavam os cuidados de enfermagem na prevenção de Lesão por pressão.



Artigo

Gráfico 1: Distribuição dos artigos por Bases de Dados.



Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2017.

Conforme pode ser analisado no Gráfico 1, em relação ao número de artigos científicos de acordo com a base de dados nacionais e internacionais, temos os seguintes resultados, na LILACS temos 06 artigos e na BDENF e MEDLINE 03 artigos em cada.



Artigo

Tabela 1: Características dos estudos incluídos na amostra da revisão integrativa.

Nº	AN O	AUTORE S	TÍTULO	OBJETIVOS	MÉTOD OS
1	2013	SANTOS, C. T. ET AL.	Indicador de qualidade assistencial úlceras por pressão: Análise de prontuário e de notificação de incidente	Comparar os dados notificados em sistema de indicador de qualidade assistencial de úlcera por pressão (UP), descrever o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem dos pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais.	Estudo transversal
2	2016	MORO, J. V.; CALIRI, M. H. L.	Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio	Identificar o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes que necessitavam de cuidados domiciliares após a alta, o nível de risco para úlcera por pressão por meio da Escala de Braden, e a prevalência de úlceras e o contexto do cuidado domiciliar.	Estudo transversal , descritivo e com abordagem quantitativa
3	2016	VIEIRA, L. A.; GUEDES, M. V. C.; BARROS, A. A.	Aplicação das escalas de Glasgow, Braden e Rankin em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico	Averiguar nível de consciência, risco de úlceras por pressão e dependência funcional de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico utilizando as escalas de Glasgow, Braden e Rankin modificada.	Estudo transversal e analítico, de abordagem quantitativa
4	2006	SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA,	Aplicando recomendações da Escala de Braden e	Questionar se o risco de acometimento de úlcera de pressão (UP) no cliente, e a validade do cuidado de	Quantitati vo, prospectiv a e



Artigo

		L. D.	prevenindo úlceras por pressão - Evidências do cuidar em enfermagem	enfermagem aplicando a escala de Braden para verificar as evidências desse cuidado na incidência da UP.	longitudinal através do método medidas biofisiológicas
5	2015	SANTOS, C. T. ET AL.	Desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão	Desenvolver a definição e os fatores de risco de um novo diagnóstico de enfermagem denominado risco de úlcera por pressão.	Revisão integrativa
6	2011	LIMA, A. C. B.; GUERRA, D. M.	Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados	Identificar o fator crítico que aumenta a demanda e custos com curativos industrializados	Observacional, descritivo, longitudinal.
7	2011	ARAÚJO, T. M. ET AL.	Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos	Conhecer a acurácia das escalas de risco para úlcera por pressão de Braden e Waterlow em pacientes críticos.	Estudo quantitativo do tipo longitudinal
8	2012	SANDER S, L. S. C.; PINTO, F. J. M.	Ocorrência de ulcera por pressão em pacientes internados em	Investigar a ocorrência de ulcera por pressão (UP) em pacientes internados em um hospital público, referência em trauma de Fortaleza-CE	Transversal, documental e analítico



Artigo

			um hospital público de Fortaleza-CE		de natureza quantitativa
9	2013	FERREIRA, A. M. ET AL.	Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas	Identificar o conhecimento, a prática e fontes de informações de graduandos de enfermagem sobre o cuidado a portadores de feridas.	Quantitativo
10	2011	ARAÚJO, T. M.; MOREIRA, A. M. P.; CAETANO, J. Á.	Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos	Classificar o risco para úlcera por pressão (UP) em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva e identificar os fatores de risco UP.	Estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa
11	2014	BARBOSA, T. P.; BECCARI, A. L. M.; POLETTI, N. A. A.	Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem	Identificar os pacientes com risco de desenvolver úlcera por pressão (UPP) em unidade de terapia intensiva (UTI) por meio da Escala de Braden e relacionar esses escores com a assistência de enfermagem na sua prevenção.	Pesquisa transversal
12	2013	ZAMBONATO, B. P.; ASSIS, M. C. S.; BEGHETTO, M. G.	Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por	Identificar quais alterações, na pontuação das subescalas de Braden, estão associadas com o risco do desenvolvimento de UP.	Estudo de corte retrospectivo



Artigo

			pressão		
--	--	--	---------	--	--

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os anos de 2011 e 2013 apresentaram mais estudos, 3 em cada ano, em 2016 foram 02 estudos e 2006, 2012, 2014 e 2015 encontrou-se apenas 01 artigo. Pode-se constatar que de 2007 a 2010 não houve estudos publicados sobre o tema.

Após leitura na íntegra de toda amostra incluída na pesquisa foi possível elencar dois eixos temáticos: Lesão por pressão no ambiente hospitalar e cuidados de enfermagem na lesão por pressão; que serão discutidos a seguir.

Lesão por pressão no ambiente hospitalar

Dentre os artigos encontrados para os resultados desta pesquisa, 8 utilizaram a escala de Braden como método de avaliação para o risco de lesões por pressão. De acordo com Araújo (2010) a Escala de Braden é a mais utilizada, entre os vários métodos de avaliação para o risco de lesões por pressão, devido aos diversos estudos e testes de confiabilidade e validade em diferentes populações, pelo qual foi submetido.

Santos (2013), no seu estudo elaborado, presente no resultado desta revisão, evidenciou que o diagnóstico com maior prevalência em clientes apresentando lesão por pressão (LPP) são doenças cerebrovasculares. Confirmando isto, o autor Barbosa e colaboradores (2014), identificou que a maioria dos pacientes com LPP apresentou problemas neurológicos.

Luz (2010, p. 38) explica as doenças neurológicas e LPP, estão associadas pois:

[...] os fatores de risco intrínsecos são inerentes ao indivíduo, ou seja, relacionam-se ao estado físico do paciente. Os principais integrantes desse grupo são imobilidade, presença de incontinência urinária e/ou fecal, alterações na perfusão sanguínea da pele e presença de doenças neurológicas.



Artigo

Foram encontrados sete estudos que possuíam como amostra pacientes de todas as idades, a média de idade obtida foi de 57,69 anos para risco moderado, elevado, ou muito elevado. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para uma pessoa ser considerada idosa se leva em conta o nível socioeconômico do país. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos. Este dado é preocupante, mostrando que não acarreta apenas idosos e evidencia a necessidade de medidas preventivas por meio da equipe multiprofissional.

Cuidados de enfermagem na lesão por pressão

Os cuidados de enfermagem nas lesões por pressão (LPP) abrangem intervenções associadas ao acompanhamento integral do cliente em risco, por meio de utilização de escalas de predição de risco, conhecimento dos fatores de risco e da realidade das unidades de saúde (MEDEIROS, 2009).

Para Santos (2013) a incidência de LPP é um importante indicador de qualidade assistencial em enfermagem, que possibilita analisar os casos quanto à sua distribuição, os pacientes mais vulneráveis e o local em que são mais frequentes.

No estudo do autor supracitado o diagnóstico de enfermagem que mais consta na Sistematização da assistência de enfermagem é o diagnóstico de risco de infecção, Araújo (2011) traz no seu estudo os diagnósticos de maior prevalência é a integridade da pele prejudicada e o déficit no autocuidado para banho/higiene.

Wada (2010) cita que um aspecto importante no tratamento das Lesões por pressão é a característica evolutiva das mesmas; uma lesão em estágio inicial, se mantidos os fatores que a originaram, (essencialmente a pressão sobre a superfície de contato), muito provavelmente apresentará progressão para os estágios mais avançados.

Nos resultados desta pesquisa apareceu a lesão por pressão Grau II como destaque nos níveis de lesão, o cuidado de enfermagem na prescrição de ausência de informação na prescrição de enfermagem em relação à necessidade da mudança de decúbito ou proibição da mudança de decúbito em alguns pacientes em situações específicas, entre outros cuidados é fundamental para que não haja a evolução desta LPP.

Para ser realizado um cuidado de enfermagem adequado à um cliente em estado crítico é preciso uma estrutura específica, tanto em relação aos recursos humanos,



Artigo

quanto aos recursos físicos e materiais, inclusive com a criação de instrumentos de coleta de dados que permita a identificação das necessidades humanas básicas do paciente e que também estabeleça uma comunicação multiprofissional, garantindo a continuidade da assistência de enfermagem (ARAÚJO, 2011).

Considerando que a Escala de Braden é amplamente valorizada por diversos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensivas, é importante considerar que cada profissional interpreta os itens e pontuam os escores de acordo com seus conhecimentos e a rotina da sua unidade de trabalho, pode-se considerar a utilização da Escala de Waterlow como método mais completo visto que ela considera também a integridade da pele (ARAÚJO, 2011).

Ferreira (2013) em seu estudo demonstrou que o nível de conhecimento sobre o cuidado de portadores de feridas, dentre elas lesões por pressão (LPPs) é baixa nos cursos de enfermagem, comprovando a necessidades de estudos sobre o tema nas graduações deste curso e um melhor preparo técnico-científico para o adequado atendimento desses clientes.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os artigos utilizados neste estudo de revisão integrativa, pode-se chegar à conclusão que a utilização da Escala de Braden é de extrema importância, e precisam ser compartilhadas pelos enfermeiros nos diversos turnos de trabalho e indispensável no auxílio da prescrição de enfermagem na prevenção de LPP em asilos, enfermarias clínicas, atendimentos domiciliares e hospitalares.

Outro ponto observado neste estudo e que vale ressaltar é a deficiência do conhecimento nos cuidados de pacientes com feridas dos estudantes de enfermagem. Uma vez que um dos encargos do enfermeiro no Brasil é supervisionar e orientar as ações do pessoal de nível técnico de enfermagem, podendo assim, influenciar a prática, além de induzir a outros membros da equipe.

Compreende-se como limitações do estudo o fato das publicações selecionadas serem entre o período de dez anos, o que possibilita haver outros estudos sobre a temática que não foram analisados. Apesar disto, é perceptível que sua principal contribuição está no fato de que os artigos analisados responderam à questão do estudo, sendo assim alcançando o objetivo do trabalho.



Artigo

Os resultados discutidos neste estudo podem intervir na qualidade da atenção à saúde, podendo levar os profissionais a entender a necessidade de medidas preventivas, a atenção integral humanizada, pensando e analisando a prática e os aspectos do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. R. D. et al. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. **Rev. enferm. UERJ**, p. 359-364, 2010.
- ARAÚJO, T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, 2011.
- FREITAS, M. C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 143, 2011.
- DOMANSKY R. C.; BORGES E. L. **Manual para prevenções de lesão de pele**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.
- LUZ, S. R. et al. Úlceras de pressão. **Geriatrics & gerontologia**, v. 4, n. 1, p. 36-43, 2010.
- MEDEIROS, A. Bessa Fernandes; LOPES, Consuelo H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 223-228, 2009.
- SANTOS, C. T. et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 34, n. 1 (2013), p. 111-118, 2013.**



Artigo

MATOZINHOS, F. P. et al. Fatores associados à incidência de úlcera por pressão durante a internação hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03223, 2017.

SOBEST. **Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP 2016** - Adaptada Culturalmente para o Brasil, 2016.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007.

WADA, A.; NETO, N. T.; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 3-4, p. 170-177, 2010.

WHO. Active Ageing – **A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging**. Madrid, Spain, April, 2002.



Artigo

PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA ATUAÇÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA

SCIENTIFIC PRODUCTION ABOUT THE NURSING MANAGER'S EMERGENCY MANAGEMENT

Laziana Fernanda da Silva¹
Emmanoela de Almeida Paulino Lima²
Emmanuella Costa de Azevedo Mello³
Haline Costa dos Santos Guedes⁴
José Nildo da Silva Barros Júnior⁵

RESUMO: A emergência é constituída por situações de atendimento a pacientes acometidos por agravos de urgência e emergência que ameacem a vida, configura-se como serviço de política, comunicação, interação e cuidados específicos, pautados por embasamento científico, e visa recuperar ou diminuir agravos de saúde. Este estudo objetivou descrever o que a produção científica retrata acerca da atuação gerencial do enfermeiro na emergência. O método de pesquisa utilizado para o desenvolvimento deste trabalho científico, foi a revisão integrativa da literatura. A busca do estudo se deu na Biblioteca virtual em saúde (BVS) nas bases de dados LILACS e BDNF-enfermagem, nos meses de agosto e setembro de 2018. Para esta pesquisa foram definidos os seguintes critérios de inclusão: estudos escritos em língua portuguesa, publicados na íntegra entre o período de 2008 a 2018 em periódicos indexados nas bases eletrônicas citadas acima e que correspondam à problemática do estudo. Os

¹ Discente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula, curso de Pós Graduação em Urgência e UTI.

² Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; Especialista em Saúde da Família.

³ Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; Especialista em Saúde da Família com ênfase na implantação das linhas de cuidado pela Universidade Federal da Paraíba.

⁴ Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula; Pós graduando em Enfermagem em Saúde da Mulher.

⁵ Discente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula, curso de Pós Graduação em Urgência e UTI.



Artigo

critérios de exclusão foram: artigos repetidos na base de dados, que não atendam ao tema e nem a questão norteadora da pesquisa. Através seguinte questão norteadora: O que a produção científica retrata acerca da atuação gerencial do enfermeiro na emergência? Foi visto que a demanda nas emergências hospitalares é uma situação constante, pois a cada dia só aumenta, independentemente de ser no setor público ou privado, pois ocorre devido a sobrelotação, que aumenta os procedimentos e com isso sobrecarrega a equipe e as finanças hospitalar. Também emergiu que um dos fatores que mais causam problemas na emergência é a falta recursos materiais e humanos, pois não é respeitado o dimensionamento dos profissionais, fora a falta de leitos, fragilizando a missão do enfermeiro em organizar os pacientes que estão em aguardo necessitando ser acomodados, principalmente os debilitados e os mais graves. O estudo identificou que a gerência de enfermagem é fundamental em para a emergência, pois é o responsável por planejar monitorar, avaliar, organizar e capacitar a sua equipe, pois sem planejamento e organização o serviço não caminha, e por isso todo enfermeiro necessita compreender o seu papel e a sua importância de gerenciar na emergência.

Palavras-chave: Gerenciamento, Enfermagem, Emergencia.

ABSTRACT - The emergency is constituted by situations of care for patients affected by urgent and life-threatening emergency situations, it is configured as a policy service, communication, interaction and specific care, based on scientific basis, and aims to recover or reduce health problems . This study aimed to describe what the scientific production portrays about the managerial performance of nurses in the emergency room. The research method used for the development of this scientific work was the integrative review of the literature. The study was carried out in the Virtual Health Library (VHL) in the LILACS and BDENF- nursing databases, in August and September 2018. The following inclusion criteria were defined for this study: studies written in Portuguese, published in full between the period from 2008 to 2018 in journals indexed in the electronic bases mentioned above and that correspond to the problematic of the study. The exclusion criteria were: articles that were repeated in the database, that did not attend to the topic or the guiding question of the research. Through the following guiding question: What does the scientific production portray about the managerial performance of the nurse in the emergency? It has been seen that



Artigo

the demand in hospital emergencies is a constant situation, because every day only increases, regardless of whether it is in the public or private sector, because it occurs due to overcrowding, which increases procedures and thereby overload hospital staff and finances. It also emerged that one of the factors that cause the most problems in the emergency is the lack of material and human resources, because the professional dimension is not respected, apart from the lack of beds, weakening the nurse's mission to organize patients who are waiting, needing to be the weak and the most serious. The study identified that nursing management is fundamental in the emergency because it is responsible for planning to monitor, evaluate, organize and train its staff, because without planning and organization the service does not walk, and therefore every nurse needs to understand the its role and its importance of managing in the emergency.

Keywords: Management, Nursing, Emergency.

INTRODUÇÃO

A emergência passou por transformações a partir das décadas de 70, onde deu início no Estados Unidos a busca da qualidade nos atendimentos no qual foi primeiro ATLS – Advanced Trauma Life Support, com objetivo de qualificar os atendimentos de emergência, sendo os médicos os primeiros impulsionadores do atendimento com qualidade e organização na emergência. No Brasil em meados da década de 80 onde os profissionais começaram a se especializar. A primeira associação de enfermagem especializado em trauma surgiu em 1985 SOBET Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Trauma, que veio com objetivo de melhorara o atendimento (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Devido a insatisfação dos atendimentos em emergência hospitalar, em 2003, com intuito de melhorar o serviço prestado foi instituído o PNAU – Política Nacional de Atenção as Urgências, que surgiu após análise de atendimento insatisfatório no decorrer dos anos entre 2004 - 2008, então iniciou - se um período de desenvolvimento que foi a chegada do Serviço de Atendimento Móvel de urgência (SAMU) e assim inicia a baixa da sobrecarga no atendimento de emergência, pois o SAMU faz os primeiros atendimento (MACHADO et al, 2011).



Artigo

O SAMU veio com o programa de molhara o pré atendimento, e assim traz facilidade de que qualquer usuário através do telefone gratuitamente liga para 192, a ligação vai diretamente para regulação, a equipe especializada em emergência e urgência escuta o relato e se necessário encaminha uma equipe de suporte básico ou de suporte avançado ao local, se caso não for necessário a ida da equipe a regulação ira orientar o que deve proceder (ODWYER,2010).

Após a melhora no atendimento pré-hospitalar o Ministério da Saúde através da portaria N°1601 de 01 de julho de2011 estabelece a implantação da UPA 24he assim o conjunto de serviço de urgência 24h de rede a atenzão a urgência entra de acordo com a conformidade com a Política Nacional de Atenção a urgências. Com a implantação das UPAS 24 h a sobrecarga começa a diminuir, e assim começa a dividir os atendimentos de forma que todos serviços caminhem de forma evolutiva sempre.

As unidades de emergência constituem os meios para o atendimento de pacientes acometidos por agravos de urgência e emergência que ameacem a vida, dispondo de pronta avaliação e mecanismos que propiciam a terapêutica por meio de equipe multiprofissional capacitada. Nesse cenário, podemos definir que emergência é a imediata ação terapêutica visando sanar necessidades humanas básicas que acometem funções vitais da vida, enquanto a urgência se caracteriza por imediata ação terapêutica que visa à recuperação do paciente que com um comprometimento agudo de suas necessidades humanas básicas, mas que não proporcionem risco de morte iminente. (BRASIL, 2001)

Na enfermagem, assim como em outros setores, a emergência configura-se como serviço de política, comunicação, interação e cuidados específicos, pautados por embasamento científico, e possui também como objetivo coletivo recuperar ou diminuir agravos de saúde. (THOMAS, 2006).

Sabe-se que o desenvolvimento dos serviços de enfermagem em unidades de emergência sejam eles públicos ou privados, culminam com a necessidade de profissionais qualificados e treinados que atendam às especificidades dos cuidados de enfermagem durante o atendimento pré-hospitalar, com vista à prevenção, proteção e recuperação à saúde. Dentre as competências importantes para o exercício da prática de enfermagem, está o raciocínio clínico para a tomada de decisão, capacidade física e psíquica para lidar com situações de estresse, capacidade de trabalhar em equipe e habilidade para executar as intervenções prontamente. (ADAO; SANTOS, 2012)



Artigo

O acompanhamento do trabalho da enfermagem engloba o cuidar, assistir, administra, gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentro do processo de trabalho gerencial, o objeto é a organização para que ocorra uma qualificação é necessário o planejamento, a educação em saúde, a supervisão e a avaliação (KURCGANT, 2010).

A gerência de qualidade só acontece quando se tem todas as transformações em seu controle com isso se organiza e as mudanças vai acontecendo. É notável que organização e planejamento deve caminhar juntos na produção de uma gerência, ambos têm a necessidade se se adaptar um ao outro (AGUIAR et al., 2005).

Na gerência temos a necessidade de profissionais comprometido com a sua função, pois é necessário trabalhar em equipe, ter criatividade, inovação e pensar na sua comunidade, com isso a sua função de gerente se torna satisfatória pois tem suas qualidades com a equipe e a comunidade (SILVA, 2012).

O enfermeiro gestor-gerente necessita realizar uma assistência integral de promoção, proteção e prevenção a saúde, diagnóstico, tratamento e a reabilitação do paciente mediante a sociedade. Onde inclui um planejamento de todas as suas atribuições de gerenciamento mediante a organização de sua equipe multidisciplinar, concluindo com essas atribuições um excelente serviço de qualidade para a comunidade de sua unidade (SANTOS et al., 2011).

Sendo assim o gerenciamento de enfermagem tem como guia a sustentabilidade para assistência de qualidade necessária pelos usuários. A gestão ela inicia pelo cuidado, assim consegue supervisionar e desenvolver ações necessárias para uma boa administração. E assim o enfermeiro coloca em vigor a atenção a saúde, a comunicação, a educação permanente e ao ensino administrativo. Deve conhecer administração e organizações. Sendo assim os gerentes devem ter a mente para avaliação e para dar diagnóstico de situações (ZAMBLAZI; COSTA, 2013).

A enfermagem é fundamental porque se destaca pelo diferencial de suas práticas de cuidados, pela facilidade de atender as situações como um todo, ele é quem está à frente para receber, acolher, cuidar e orientar o paciente e a sua família. (BOCKES et al., 2012). Observa-se então que o papel gerencial do enfermeiro em unidades de emergência está inserido dentro de uma problemática relevante, obrigando este profissional a compreender sua posição de gestor nas diversas interfaces do cuidado e, portanto, questiona-se: O que a produção científica retrata acerca da atuação gerencial do enfermeiro na emergência



Artigo

Este estudo se justifica dada a importância da área de urgência e emergência no contexto de redução de morbimortalidade, mediante atendimento primário no local de ocorrência por equipe multiprofissional, com enfoque na qualidade de assistência prestada pela equipe de enfermagem.

Na emergência é necessário conhecer e analisar os direitos e deveres do enfermeiro para que ocorra uma gerencia de funcionamento de qualidade para as comunidades, de forma onde seja adquirido, os resultados desta revisão de literatura contribuem com evidências sobre a atuação do enfermeiro em unidades de emergência, possibilitando o conhecimento e/ou entendimento dos serviços prestados pelos enfermeiros que atuam neste setor.

Este estudo objetivou descrever o que a produção científica retrata acerca da atuação gerencial do enfermeiro na emergência.

MÉTODO

O método de pesquisa utilizado para o desenvolvimento deste trabalho científico, foi a revisão integrativa da literatura, sabemos que é um meio de pesquisa também utilizado na PBE (Prática Baseada em Evidências), que tem como objetivo de viabilizar a sistematização do conhecimento científico, de forma que o pesquisador se aproxime de sua problemática desejada onde a pesquisa tenha a evolução necessária ao longo do tempo (BOLHETO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Na construção desta revisão seguiremos as seguintes fases propostas por Souza; Silva e Carvalho. (2010): A Primeira etapa: realizou-se a elaboração da pergunta norteadora, que determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado.

A questão norteadora da presente revisão integrativa constituirá em argumentar o seguinte questionamento: O que a produção científica retrata acerca da atuação gerencial do enfermeiro na emergência?

A segunda etapa: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura.

A busca do estudo se deu na Biblioteca virtual em saúde (BVS) nas bases de dados LILACS e BDENF- enfermagem, nos meses de agosto e setembro de 2018 com os



Artigo

seguintes descritores: emergência, gerência de enfermagem e enfermagem que foram separados entre si pelo operador Booleano AND.

Para esta pesquisa foram definidos os seguintes critérios de inclusão: estudos escritos em língua portuguesa, publicados na íntegra entre o período de 2008 a 2018 em periódicos indexados nas bases eletrônicas citadas acima e que correspondam à problemática do estudo.

Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos na base de dados, que não atendam ao tema e nem a questão norteadora da pesquisa.

A terceira etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos. Para a etapa coleta de dados fez-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado (APÊNDICE A), utilizando-se das informações: título do artigo, ano da publicação, autores, periódico, modalidade, método, metodologia, base de dados, objetivo e contribuição do estudo

A quarta etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Através da leitura intensiva dos artigos e ao mesmo tempo o preenchimento do quadro informativo, condicionando a análise de forma crítica dos dados obtidos durante a pesquisa e a busca de descrições para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos.

A quinta etapa: Interpretação dos resultados. Baseada nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos se realizou por meio da comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

A sexta etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento, constitui na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Este trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada.

A importância desses resultados da investigação é incondicionalmente reconhecida, com vista a esclarecer aos enfermeiros o que a produção científica retrata acerca da atuação gerencial do enfermeiro na emergência

RESULTADOS

Nesta revisão integrativa da literatura, após busca no Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) resultou através dos descritores separados pelo boleando AND no universo de



Artigo

126 artigos onde aplicou os filtros e apresentou população de 41. Aplicando os critérios de exclusão, resultou na amostra de 10 artigos para nortear os resultados e discussão dessa pesquisa.

A seguir será apresentado uma tabela de artigos analisado antes de enumerar as categorias da temática.

A tabela 1 traz artigos que fizeram parte da amostra, após ser avaliado critérios de inclusão e exclusão, no qual refere-se aos títulos dos artigos, ano de publicação, origem, base de dados.



Artigo

Tabela 1- Categorização dos artigos, ano de publicação, origem e base de dados.

Código	Título	Ano de publicação	Origem	Periódico
E1	Política de saúde em emergência e a enfermagem	2009	Rio de Janeiro - RJ	Revista Enfermagem UERJ
E2	O enfermeiro no gerenciamento á qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura	2011	Porto Alegre – RS	Revista Gaúcha de Enfermagem
E3	Demandas institucionais e demanda do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro	2011	Brasília - DF	Revista Brasileira de Enfermagem
E4	Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência	2011	Porto Alegre – RS	Revista Gaúcha de Enfermagem
E5	Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios	2013		Revista Administração Saúde
E6	Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros	2013	São Paulo –SP	Acta Paulista de Enfermagem
E7	A visão do enfermeiro gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência	2014	Minas Gerais – MG	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro
E8	Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto socorro de um hospital público	2015	Santa Maria – RS	Revista de Enfermagem Universidade Federal Santa Maria
E9	O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um hospital público	2016	Belo Horizonte –MG	Revista de Enfermagem UFMG
E10	Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência	2017	Fortaleza – CE	Revista Rede de Enfermagem do Nordeste

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018. João Pessoa, Paraíba, Brasil.



Artigo

Observa-se que os artigos selecionados foram dos anos de 2009, 2011, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017, estes, atenderam a proposta da questão norteadora e do objetivo da pesquisa.

Os referidos artigos são citados pelas Revista de Enfermagem UERJ (01 artigo), Revista Gaúcha de Enfermagem (02 artigo), Revista Brasileira de Enfermagem (01 artigo), Revista de Administração em Saúde (01 artigo), Acta Paulista de Enfermagem (01 artigo), Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (01 artigo), Revista de Enfermagem UFSM (01 artigo), Revista de Enfermagem UFMG (01 artigo) e Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (01 artigo).

DISCUSSÃO

No decorrer dessa pesquisa vimos as dificuldades e a importância do conhecimento do papel do enfermeiro na saúde da família, onde os resultados foi classificado em três categorias temáticas a serem discutidas.

Categoria 1. Políticas de saúde, dimensionamento de pessoal e previsão e provisão de recursos.

A partir dos artigos supracitados e categorizados foram elencados os artigos E1, E2 e E8 para dar seguimento a presente discussão, sendo assim foi visto que a demanda nas emergências hospitalares é uma situação constante, pois a cada dia só aumenta, independentemente de ser no setor público ou privado; esse problema vem sendo estudado para uma melhora, por quem se prejudica é o cliente, que espera por um serviço que deveria ser imediato. Isso ocorre devido a sobrelotação, que aumenta os procedimentos e com isso sobrecarrega a equipe e as finanças hospitalar (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Devido à crescente demanda muitos profissionais acabam correndo tanto e esquecendo de focar no cuidado que caminha em união com a organização, previsão e a provisão no serviço de qualidade. E as práticas administrativas a cada dia se distanciam da verdadeira finalidade do cuidado de enfermagem (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).



Artigo

Segundo Montezelli et al. (2011), a prática de saúde vigente é a do agir saber e poder, ocorre entre os profissionais que assim tentam gerenciar com qualidade a emergência e desta forma o objetivo de qualificação é alcançado através do processo de trabalho.

Deste modo para que ocorra uma assistência de qualidade é necessário que a provisão da gerência seja adequada, sendo assim é utilizado a classificação afim de qualificar o tempo de espera do paciente, onde é classificado de acordo com a necessidade de tempo para o cuidado.

A resolução COFEN nº 293 de 2004 vem aplicar o dimensionamento do pessoal de enfermagem, por que vem ajudar a minimizar os problemas encontrados pelos enfermeiros no gerenciamento da assistência de qualidade e com segurança (CASAROLLI et al, 2015).

Categoria 2. Liderança, supervisão, articulação/ gerenciamento de conflitos e tomada de decisões.

Através dos artigos E2, E4, E5 e E6 foi visto que o enfermeiro no processo de trabalho depende da coletividade e tem como guia assistir o setor e gerenciar. Uma das frases iniciais do gerenciamento está no planejamento, que assim ocorre as intervenções no cuidado na previsão e provisão. O gerenciamento envolve a educação permanente, a supervisão e a análise de atividades que acontecem no decorrer do processo de trabalho. A equipe é supervisionada, liderada e capacitada pelo enfermeiro gerente gestor (SANTOS; LIMA, 2011).

Um dos fatores que mais causam problemas na emergência é a falta recursos, como por exemplo a falta de leitos, e a missão de organizar os pacientes que estão em aguardo é competência do enfermeiro com sua equipe, pois os pacientes necessitam ser acomodados, principalmente os debilitados e os mais graves. Para ajudar a reduzir essa situação de sobre lotação e a falta de recursos se faz necessário um planejamento para que haja uma organização estrutural no serviço (SANTOS; LIMA, 2011).

A luta pela qualificação nas emergências, nos serviços de saúde é luta mundial, onde tenta normalizar o fluxo através do trabalho em equipe exercido pelo planejamento e a organização, onde os obstáculos estão sendo, estudados e monitorados todos os dias (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2011).



Artigo

Categoria 3. Planejamento do cuidado, pensamento crítico e gerência do cuidado.

Nos artigos E7, E9 e E10 emergiu que o serviço de enfermagem é ilustrado pelas práticas profissionais; que se destacam pela organização, políticas de conduta e condições de infraestrutura. De acordo com essas particularidades o trabalho caminha e assim consegue ser exercido a gerencia com autonomia e liderança de acordo com o seu planejamento (THOMAZ; LIMA, 2000).

As dificuldades devem ser mantidas sob controle pois ocorre uma implantação de monitoramento da superlotação, para assim aliviar o estresse ocupacional, uma vez que a alteração na infraestrutura causa situações que fogem do controle da equipe, portanto é necessário um planejamento para que não se perca o controle (SANTOS et al., 20113).

De acordo com o MS (2001) a melhor forma de supervisionar é através do planejamento multidisciplinar onde o prever e o prover esteja focada na organização estrutural e na eficácia da qualidade para os pacientes e toda equipe como um todo.

CONCLUSÃO

A gerência de enfermagem é fundamental em todas as áreas de saúde, mais em especial na emergência, podemos chamar de complexo, pois é o responsável por planejar monitorar, avaliar, organizar e capacitar a sua equipe.

Através da gerencia ocorre as transformações necessárias para a emergência, como a necessidade de saber trabalhar em equipe, de ser criativo e inovador na forma de pensar para organizar estratégias de caminho.

Podemos avaliar na pesquisa que a necessidade de gerencial é fundamental pois sem planejamento e organização o serviço não caminha, e por isso todo enfermeiro necessita compreender o seu papel e a sua importância de gerenciar na emergência.

Dessa forma, o estudo contribuiu para fortalecer a importância da classe de enfermagem e que o seu papel é fundamental, visto que a emergência, mesmo com a falta de recursos, estrutura e organização as dificuldades estão sendo estudadas para que a emergência possa ser um local acolhedor e satisfatório para o paciente e a equipe.



Artigo

REFERÊNCIAS

AGUIAR AB et al., Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. 2005. [Acessado em 20 maio 2017]; 7(3), p.319-27. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_09.htm.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Jan 2012, vol.17, no.1, p.223-230.

BENITO, G.A. V. et al . Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. bras. Enfermagem**. Brasília , v. 58, n. 6, p. 635-640, Dec. 2005. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 26 Maio 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. Lei 8.080/1990 e a Lei 8.142/1990.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011. Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 12 maio 2014



Artigo

BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L.M.O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 32, n. 4, p. 797-806, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 10 Jan. 2019.

FEITOSA, R. M.M.; ALMEIDA, A. N. S. de; SILVA, W. F. da; XAVIER, M. S.M. de; RAMALHO, A. K. L.; ROCHA, D. J. F. da. Enfermagem e gerenciamento da situação de saúde na estratégia de saúde da família. **Revista baiana de enfermagem**. Salvador, v.27, n.2, p.154-163,2013.

GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L.de A.; SILVA, C. S. O.; LOPES, J. R.; LEITE, M.T. de S. Prática gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista trabalho educação e saúde**. Rio de Janeiro, v.13 n.3 p.695-707, 2015.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 2, p. 348-354, Apr. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 10 Jan. 2019.

MEDEIROS, F. P. de; AZEVEDO, I. de M.; VALENÇA, C. N..A teoria clássica da administração no âmbito da enfermagem e da atenção básica. **Revista associação portuguesa de sociologia**. Juiz de Fora- MG, 2013.

OLIVEIRA, F. E. L. de; FERNANDES, S. C. de A.; OLIVEIRA, L. L.de; QUEIROZ, J. C. de; AZEVEDO, V. R. C. de. A gerência do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**. Itaiçaca, 2012.



Artigo

PAULA, de M.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E.; EDUARDO, E. A.; SEDE, P. M. C.; LORACCA, L.M. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista mineral de enfermagem**. Belo Horizonte, 2014.

SANTOS, S. R. dos. **Enfermagem em administração e gestão na atenção à saúde** / Sérgio Ribeiro dos Santos, César Cavalcante da Silva, Maria Bernadete de Sousa Costa. – João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.

SILVA, F H. C.da. A atuação dos enfermeiros como gestores em unidades básicas de saúde / **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde** – RGSS, São Paulo, 2012.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R.de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010 . Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 26 Maio 2017.

SANTOS, J.L. G. dos; LIMA, M. A. D. da S.. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 32, n. 4, p. 695-702, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400009&lng=en&nrm=iso>. acesso on 10 Jan. 2019

SANTOS, J. L. G. dos et al . Challenges for the management of emergency care from the perspective of nurses. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200006&lng=en&nrm=iso>. acesso on 10 Jan. 2019.



Artigo

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DOS FATORES QUE INTERFEREM A
BUSCA DOS HOMENS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**SCIENTIFIC PRODUCTION ABOUT THE FACTORS INTERFERING THE
SEARCH OF MEN FOR HEALTH SERVICES**

Emmanuella Costa de Azevedo Mello¹
Emmanoela de Almeida Paulino Lima²
Rafaela Prima de Lucena³
Camila Abrantes Cordeiro Morais⁴
Rayane Silvestre dos Santos⁵

RESUMO - O sistema de saúde no Brasil tem demonstrado que existe um grupo dentro do atendimento da atenção básica que vem se destacando de forma privilegiada que são os considerados os mais vulneráveis tais como as crianças, mulheres, idosos, onde toda a programação estar vinculado para esse perfil isso ocorre em uma constância maior, diferentemente ao que acontece com a saúde dos homens. O objetivo do estudo foi identificar a produção científica frente aos fatores que interferem a busca dos homens pelos serviços de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura a qual foi desenvolvida na biblioteca virtual em saúde, com cruzamento dos descritores: Saúde do homem, Serviços de saúde, comportamento e masculino, que foram separados entre si pelo operado Booleano “AND”. Os critérios para a seleção da amostra foram: Artigos publicados no período de 2008 a 2015, com texto completo, em português diretamente ligado à temática proposta, uma vez que foram excluídos da amostra os que não atendiam os critérios anteriores. Com o cruzamento dos descritores da referida base de dados obtivemos um numero inicial de 25.761 publicações, as quais foram filtradas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Esse número reduziu-se para

¹ Enfermeira, Especialista Em Saúde da Família com Ênfase Na Implantação das Linhas De Cuidado - UFPB.

² Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Coordenadora de Estágios da FESVIP.

³ Enfermeira, Mestre em Modelos de Decisão em Saúde UFPB.

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem – UFPB.

⁵ Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula FESVIP.



Artigo

200 artigos os quais foram analisados de modo que apenas 05 serviram para compor a amostra deste estudo. A saúde do homem é uma temática que merece destaque frente aos tabus relacionados a figura masculina na busca dos serviços de saúde, contudo denota-se a pouca preocupação dos estudiosos estar direcionando seus estudos para o tema, estando isso refletido com o pequeno número de artigos representados nesta amostra. A revisão integrativa, que mostrou que os fatores que interferem a busca dos homens pelos serviços de saúde, sendo eles: Preocupação relacionada às suas atividades remuneradas, Sentimento de vergonha, Machismo e Representações culturais, os quais de fato podem ser os percussores deste distanciamento, desfavorecendo a integralidade da saúde masculina. Desta forma novas pesquisas são necessárias para que se possa avaliar de fato como os profissionais de saúde bem como a enfermagem vem atuando na promoção a saúde do homem, para o alcance de novas estratégias para que cada vez mais os mesmos venham a procurar o serviço.

Palavras-chave: Saúde do homem. Serviços de saúde. Comportamento. Masculino.

ABSTRACT - The health system in Brazil has shown that there is a group within the primary care service that has been highlighted in a privileged way that are considered the most vulnerable such as children, women, elderly, where all programming is linked to this profile this occurs in a greater constancy, unlike what happens with men's health. The objective of the study was to identify the scientific production against the factors that interfere the search of the men by the health services. It is an integrative review of the literature that was developed in the virtual health library, with a cross-section of the descriptors: Men's Health, Health Services, Behavior and Men, which were separated from each other by the Boolean operand "AND". The criteria for selecting the sample were: Articles published in the period from 2008 to 2015, with full text, in Portuguese directly linked to the proposed theme, since those that did not meet the previous criteria were excluded from the sample. By crossing the descriptors of this database we obtained an initial number of 25,761 publications, which were filtered according to the inclusion and exclusion criteria of the study. This number was reduced to 200 articles which were analyzed so that only 05 were used to compose the sample of this study. The health of the man is a theme that deserves to be highlighted in front of the taboos related to the masculine figure in the search of the health services, however it is



Artigo

indicated the little concern of the students to be directing their studies to the subject, being reflected with the small number of articles represented in this sample. The integrative review, which showed that the factors that interfere with the search of men for health services, are: Concern related to their paid activities, Feeling of shame, Machismo and Cultural representations, which in fact can be the percussors of this distance, disfavoring the integrality of male health. In this way new research is necessary so that it is possible to evaluate in fact how health professionals as well as nursing has been acting in the promotion of the health of the man, in order to reach new strategies so that more and more they come to look for the service.

Keywords: Man's health. Health services. Behavior. Male.

INTRODUÇÃO

O modelo pelo qual estar se apresentado o sistema de saúde no Brasil tem demonstrado que existe um grupo dentro do atendimento da atenção básica que vem se destacando de forma privilegiada que são os considerados os mais vulneráveis tais como as crianças, mulheres, idosos, onde toda a programação estar vinculado para esse perfil isso ocorre em uma constância maior, diferentemente ao que acontece com a saúde dos homens (MOZER, CORREA, 2014).

O programa de saúde ele abrange toda a família mais as programações estão mais direcionadas ao grupo retratado acima, isso estar vinculado dificuldade de atingir o alvo masculino devido os mesmos estarem preocupados em mais serem provedores de sua família do que até mesmo com a sua qualidade de vida, tornando assim uma dificuldade dos que fazem o papel de provedores e orientadores da saúde (SIMÕES, 2014).

Existe a problemática também estar relacionado ao o horário de funcionamento da atenção básica de saúde que coincide com a carga horária de trabalho isso gera uma dificuldade para se construir uma programação que seja de acordo com a realidade desses homens (SILVA et al., 2012).

Outra dificuldade encontrada estar relacionado a aceitação da classe no que se referente as suas próprias necessidades em saúde, o pensamento arcaico que não necessita de cuidados e de nenhum tipo de assistência enfatizando com essa a atitude



Artigo

toda a questão cultural, onde o homem não é um ser vulnerável mas trazendo um perfil de um homem forte e de um herói (LOPEZ, 2013).

Isso não significa que quando esse grupo masculino procuram atendimento nos programas de saúde eles tenham um atendimento satisfatório e o trabalho desenvolvido por essas unidades possam acompanhá-los que não esteja em um formato curativo ou de reabilitação, pois o papel fundamental desses programas é justamente fazer um trabalho educativo e preventivo (OLIVEIRA, 2014).

Para encontrar uma solução que venha a diminuir esse déficit no sistema de saúde, procura-se estratégias que possam ajudar e contribuir para uma assistência de qualidade, então pensando nisso o Ministério da Saúde (MS) desenvolver uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem- PNAISH, cuja a intenção primordial é justamente oferecer uma assistência a saúde masculina com uma integração vinculada a integridade e qualidade na atenção primaria, para que não seja apenas oferecido um tratamento de reabilitação mas o paciente seja visto como um todo oferecendo-lhe um tratamento baseado na promoção e como isso evitando prováveis problemas e com isso oferecendo a esse homem uma qualidade de vida (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

A visão do profissional de saúde deve ser de forma mais qualificada e totalmente direcionada ao seu objetivo final, pois se o papel da assistência não for eficaz provavelmente esse paciente nunca será alcançado e provavelmente esses programas não atingirão seu objetivo que é diminuir e como o aparecimento de complicações e agravos (SILVA et al., 2012).

A enfermagem enfrenta grandes dificuldades para aderir o homem na atenção a sua saúde devido a esta gama de preconceitos que rodeia esta figura, que por muitas vezes mostram-se viris e não aceitam ser cuidado, toda via esta situação é para enfermagem um bloqueio para que se possa implementar este programa que aos poucos vem tornando-se grandioso, pois sabe-se que muitos agravos podem acometer esta população que apesar de forte tornam-se fragilizados, mediante esta afirmação surgiu a seguinte questão norteadora: Qual a produção científica frente aos fatores que interferem a busca dos homens pelos serviços de saúde?

A pesquisa se justifica mediante observação enquanto acadêmica de enfermagem em visita a Unidades Básicas de saúde onde se pode perceber o pequeno numero de homens que buscam os serviços, tendo em vista que a enfermagem muitas das vezes se foca apenas na atuação a promoção da saúde da mulher e deixam os homens a mercê de seus agravos que são prejudiciais a sua saúde.



Artigo

A pesquisa servira como uma reflexão para os profissionais de enfermagem para que os mesmos tenham ciência que a atuação para a atenção a saúde homem e para que este profissionais possam implementar este programa garantindo assim que este importante programa do ministério da saúde se torne cada vez mais utilizado e acessível para a população masculina .

OBJETIVO

Identificar a produção científica frente aos fatores que interferem a busca dos homens pelos serviços de saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

Política nacional de atenção integral a saúde do homem

Pesquisas são realizadas constantemente vinculadas a saúde do homem, principalmente quando se refere a procura e o acesso desse homem aos serviços de saúde. Mediante estudos o que se observa, são números elevados de mortalidade em todas as idades e causas variáveis referente ao sexo masculino, fazendo um comparativo ao sexo feminino sendo mais acometidas de problemas de saúde do que os homens, essa incidência de morbemortalidade encontra-se mais reduzido entre as mulheres devido a procura maior pela atenção básica (COUTO, 2010).

O homem é um grupo considerado negligente a sua saúde e é justamente pensando nesse aspecto que foi criado o PNAISH Política Nacional de atenção Integral a Saúde do Homem juntamente com a Política Nacional de Atenção Básica para trazer uma característica nova, na tentativa de integrar o homem a saúde, fazendo com que o mesmo procure assistência e cuidados de uma forma preventiva e não em um estágio final, e esses esforços estão vinculados atenção a saúde do homem onde é desenvolvido tanto no âmbito estadual e quanto federal (EID, 2014).

Tanto as campanhas quanto os programas tem a finalidade de alcançar a população masculina que abrangia mais as crianças e os idosos, na tentativa de buscar minimizar os problemas de saúde e os agravos dentro dessa faixa de idade, ocorria que



Artigo

uma parte da população masculina que não se encontra dentro dessa faixa etária considerados ainda não agregadas dentro do programa de saúde, devido a isso é necessário haver mais discussões a respeito de como abranger e alcançar com mais veracidade essa classe que muitas vezes devido a vários fatores encontram-se de fora do aspecto saúde e qualidade de vida (LEAL, FIGUEREDO; SILVA, 2012).

O projeto de Ação Nacional marcou o seu início em meados de 2009 a 2011 quando categoricamente é colocado em prática a formulação e a orientação do Planos de Ação (PA) dentro do hemisfério municipal e estadual com a participação de mais de 26 projetos que foram desenvolvidos com a finalidade de orientar os gestores e distribuí para cada município ações que serão desenvolvidas dentro da comunidade levando em conta a necessidade e a realidade de cada população (ANDRADE; RAMALHO, 2014).

As estratégias que são utilizadas tornam-se fundamentais para atingir o público alvo, principalmente em se tratando dos homens, e as técnicas utilizadas podem ser através de palestras, panfletos no trânsito, dentro do ambiente de trabalho do paciente, na unidade de saúde, com a finalidade de obter resultados satisfatórios (OLIVEIRA et al., 2014).

O fator cultural e as crenças, coopera de uma forma efetiva para explicar algumas atitudes masculina, tais como a invencibilidade caracterizando com isso a certeza do não adoecimento, sendo apenas a procura do cuidado a saúde uma característica do comportamento feminino considerado a parte mais fragilizada e vulnerável, dessa forma os estudos demonstraram que homem na visão do Sistema Único de Saúde (SUS) como usuário ainda é fragilizado, acreditando que ele mesmo pode ser o solucionador no trato de suas patologias (EID, 2014).

A principal finalidade para tratar de um assunto tão importante é juntamente enfatizar todo o cuidado que é desenvolvido por uma equipe, que tem um compromisso em trazer uma assistência de qualidade e que tenha um embasamento científico e esses projetos sejam eles formulados pelo o Ministério da Saúde e por todos que fazem parte de forma mais efetiva no desenvolvimento da ação tem como principal fator oferecer dentro da assistência um atendimento que contemple ações de promoção e prevenção e dos agravos serem dissolutivos atraídos esse paciente para prevenção e não pelo tratamento e agravos causados por enfermidades que já se encontram em um estágio crônico (COUTO, 2010).

No programa de Saúde da Família os projetos que abrangem toda a programação, são todos direcionados a um grupo e subdivididos por categorias como;



Artigo

programas de Política Nacional Integral à Saúde da mulher, Política Nacional de Proteção aos Direitos da Criança e do Adolescente, Estatuto da Criança e do Adolescente, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, programa Nacional de Imunização e outros, mas em 2008 surgiu o Programa Nacional de Atenção integral a saúde do homem (BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2012).

Sabemos que existem ainda muitos outros programas cada um com sua importância e sua abrangência e que cada uma dessas programações são adaptada a realidade cada município, e cada programa tem um mesmo perfil, mas a forma que é desenvolvida varia para cada base de atendimento, ainda necessitamos executar muitos desses programas e qualifica-los cada vez mais para que com essa ferramentas haja uma melhoria, e principalmente qualificar cada vez mais os profissionais para que eles possam estar executando essas proposta com eficiência (EID, 2014).

As ações que são desenvolvidas na atenção à saúde do homem estão voltadas a solucionar problemas na prevenção de agravos e a um diagnósticos precoce, seguir o tratamento de acordo com as orientação médicas e de enfermagem, reabilitação, manutenção e proteção da saúde, são ações representativas que estão legalizadas pela portaria de n 648-GM/2006, tendo em vista que essas ações são atos da atenção básica e que muitas das vezes se torna algo tão complexo para ser desenvolvido juntamente com a população masculina (LEAL, FIGUEREDO, SILVA, 2012).

No ciclo natural da vida existe o nascer o desenvolver e o morrer e este ultimo ocorre mais entre os homens do que entre as mulheres, e muitos dos casos que levam a óbito poderiam ser evitados, se não ocorressem por parte do sexo masculino tamanha resistência em buscar o serviço de saúde, e os aspecto que rodeia essa falta de procura estar evidenciado em um aspecto socioculturais, de gênero e as questões saúde/doença segundo dados do Ministério da Saúde (RAMALHO, 2014).

O aspecto social e econômico ele estar relacionado devido a questões culturais onde o homem não necessita de cuidados por demonstrar ser uma figura forte, onde esse homem tem um perfil de provedor, e também se justificar o fato do atendimento que é executado pela a atenção básica ser desenvolvido em horários em que estes homens se encontram no trabalho, dessa forma a uma grande dificuldade por parte da equipe de saúde, e uma tentativa constante de tentar mudar a forma de pensamento por parte desses (BRASIL, 2015)

A atenção primaria à saúde é considerado a principal assistência oferecida pelo sistema de saúde, onde fica enfatizado o total empenho por parte do Sistema Único de



Artigo

Saúde, para torna esse atendimento e essa assistência um serviço de qualidade oferecido a população carente e desprovidos de cuidado e que encontra na atenção básica a saúde um acolhimento (GOMESII, 2012).

Existem muitas pesquisas com a finalidade em compreender os aspectos de adoecimento e morte ocorridas entre homens e mulheres, e além dos aspectos gritantes que diferenciam esses dois sexos, tais como a fragilidade da mulher em alguns aspectos as características celulares, a questão hormonal, existe também o aspecto físico e emocional que são de bastante relevância nessa discussão, mas existe um agravante é que o homem ele cuida muito pouco de sua saúde, em todos os aspectos, e essa falta de cuidado é que predomina em casos de adoecimento e de morte vinculados mais para a população masculina (FONTES, 2012).

Hoje já se observa um perfil masculino diferenciado, pois já existe muitos homens que mudaram o seu perfil machista, e busca cuidados e a busca em ter melhor qualidade de vida, mas ainda e muito pouco em sua totalidade, pois a maioria dos casos de patologia desenvolvidas no sexo masculino estar vinculado a procura tardia no atendimento, quando a enfermidade já se tornou um agravante (CARRARA; RUSSO, 2009).

Os primeiros estudos ocorridos, relacionado a saúde do homem foi desenvolvido por volta 1970, e foi realizado nos Estados Unidos, e esse trabalho foi direcionado a problemas de saúde, onde se observava os agravos principalmente aos homens, e tendo a finalidade de enquadrar esse homem para atentar mais para a qualidade em que anda a saúde na tentativa de embargar o efeito dos agravos na saúde da população masculina (GOMESSI, 2012).

As patologias mais comuns, tais como hipertensão artéria, diabetes melitos, câncer em principal o de próstata são enfermidades que quando descobertas perviamente e seguir todas as orientações medicas são enfermidades tratáveis e que o paciente pode ter uma qualidade de vida, mas no caso da população masculina, muitas dessas patologias citadas são ignoradas, e não são obedecido o tratamento e muitas das vezes o próprio homem ignora os sinais e sintomas e remete esses episódios a coisas do seu cotidiano (NASCIMENTO, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde publica tendo uma incidência no Brasil de cerca de 17 milhões de pessoas que são acometidas por essa enfermidade tendo uma representação de cerca de 35% da população em uma faixa etária de 40 anos, e se observa que o desenvolvimento dessa enfermidade vem



Artigo

aumentando gradativamente e o seu aparecimento cada vez mais precoce (OLIVEIRA MENDES, 2014).

A enfermidade acima citada é um dos principais fatores para o aparecimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes de acidente vascular encefálico é 25% de mortes desenvolvidas por doenças arterial coronarianas havendo uma combinação entre essas enfermidades com a diabetes, e cerca de 50% de casos de insuficiência renal levando a fatores terminais, por esse motivo que se deve dar bastante atenção ao aparecimento da hipertensão arterial, pois ela sozinha ou acompanhada de outra enfermidade tão grave quanto ela que é a diabetes pode ser responsável pelo aparecimento de outras doenças ainda mais graves (FONTES, 2012).

A finalidade da Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Homem, é trazer qualidade a saúde e melhorar perspectiva de vida desse homem, seguindo um padrão na busca de garantir na assistência a integralidade da atenção, e o reconhecimento de que esse o homem so procura essa assistência nas ultimas estâncias, acarretando para o Sistema Único de Saúde o (SUS) um gasto muito maior para o tratamento desses agravos quando todo o recurso que foi investido garantiria a população outro tipo de assistência mais urgente (MOZER; PAULA CORRÊA, 2014).

METODOLOGIA

Conforme Mendes; Silveira; Galvão (2008) a revisão integrativa, desde 1980, consiste de um importante método de pesquisa que se fundamenta em reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, agrupando, ordenando, analisando e incorporando tais resultados como evidencias de pesquisas. Este método permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática; a construção da revisão integrativa deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitarão, ao leitor, identificar as características dos estudos.

Para os autores supracitados para que seja realizado este tipo de estudo deve-se seguir seis etapas, sendo elas: Seleção das questões temáticas; Levantamento bibliográfico; Estabelecimento dos critérios para seleção da amostra; Definição das



Artigo

informações a serem extraídas dos estudos selecionados; Análise dos dados e Interpretação dos resultados e Apresentação da revisão.

A busca pelos estudos se deu na base de dados BVS (Biblioteca Virtual em saúde), com o cruzamento dos seguintes descritores: Saúde do homem, Serviços de saúde, comportamento e masculino, que foram separados entre si pelo operado Booleano “AND”. Os critérios para a seleção da amostra foram: Artigos publicados no período de 2008 a 2015, com texto completo, publicados em português diretamente ligado à temática proposta, uma vez que foram excluídos da amostra os que não atendiam os critérios anteriores.

Com o cruzamento dos descritores da referida base de dados obtivemos um numero inicial de 25.761 publicações, as quais foram filtradas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Esse número reduziu-se para 200 artigos os quais foram analisados de modo que apenas 05 serviram para compor a amostra deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue o quadro abaixo em a identificação dos artigos selecionados para compor a amostra deste estudo.



Artigo

Quadro 1 – Características dos estudos incluídos na amostra da revisão integrativa.

Nº DO ESTUDO	TITULO	PERIÓDICO	AUTOR	ANO
01	Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros	Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery	MOREIRA, Renata Livia Silva Fonsêca; FONTES, Wilma Dias de; BARBOZA, Talita Maia.	2014
02	Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde	Revista Brasileira Epidemiologia	SCHRAIBER, Lilia Blima et al	2012
03	A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Revista Ciência e saúde coletiva	KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos.	2012
04	Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária	Revista Ciência e saúde coletiva	GOMES, Romeu et al	2011
05	O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros	Revista Physis	GOMES, Romeu et al	2011

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2016. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Em relação ao ano de publicação, nos anos de 2010 e 2013 tiveram não tiveram artigos publicados inerente a temática, já em 2011 e 2012 dois foram publicados, em 2014 apenas um artigo, conforme mostra a **Tabela 1**.



Artigo

Tabela 1 – Distribuição dos artigos da amostra por ano de publicação.

Ano de publicação	2014	2013	2012	2011	2010
Número de artigos	01	0	02	02	0

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2016. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Já em relação aos periódicos foi visto que as publicações vêm sendo feitas em importantes revistas da área da saúde, conforme mostra a **Tabela 1**.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos da amostra por periódico.

Periódico	Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery	Revista Brasileira Epidemiologia	Revista Ciência e saúde coletiva	Revista Physis
Número de artigos	01	01	02	01

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2016. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Como visto as publicações que se referem ao tema central desta revisão não vem sendo abordada em grandes escalas, porém com os cinco artigos colhidos para a amostra os principais anseios masculinos o qual merecem ser melhor trabalhados pelos profissionais seguem dispostos no quadro abaixo seguindo assim de suas principais considerações.

Quadro 2: Categorização dos estudos

N ° ESTUDO	ANSEIOS MASCULINOS NA BUSCA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE
• E-1	Preocupação relacionada às suas atividades remuneradas
• E-2	Sentimento de vergonha
• E-3	Machismo
• E-4; E-5	Representações culturais

Fonte: Dados empíricos da pesquisa. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.



Artigo

Moreira, Fontes e Barboza (2014), relatam em seus estudos que o homem por ser o provedor da casa, e responsável por garantir o sustento de sua família, passa a maioria do tempo diurno trabalhando para que esse sustento seja garantido, deste modo os serviços de saúde podem ser considerados pouco aptos para absorver a demanda apresentada pelos homens, que só estão disponível a noite e neste horário as unidades de saúde. Nessa perspectiva, percebe-se que poucas são as unidades de saúde que disponibilizam atendimento ampliado, em turnos de 24 horas, aos fins de semana ou em um terceiro turno, à noite. Sendo assim, as pessoas que estão trabalhando no mercado formal, com horários rígidos de expediente, não podem se ausentar com a frequência exigida, pois isso comprometeria a sua estabilidade no emprego (E- 1).

Já no estudo de Schraiber et al. (2012), os homens que tendem a buscar pelos serviços de saúde sentem-se frustrados e tem a sua masculinidade abalada, muitas vezes pelo preconceito, e vergonha por conta que nos ambientes destinados a prestação da assistência a saúde, ser frequentado em abundancia pelo publico masculino de modo que muitas das vezes esta situação pode constranger o homem, fazendo com que esta busca pelo atendimento seja diminuída (E-2).

Algumas características de gênero atribuídas aos homens são percebidas frente sua busca pelos serviços de saúde, como fatores que dificultam este acesso, quanto o seguimento da população masculina, destaca-se o machismo, que é associado à ideia de que “homem não adocece” e ainda aos comportamentos tidos como tipicamente masculinos, como o uso de álcool, o tabagismo e a violência (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012). (E-3).

Neste eixo de discussão, ainda os sentidos atribuídos pelos profissionais à ausência dos usuários masculinos nos serviços, os quais podem esta atribuídos as questões de gênero e de geração, ancorada em modelos culturais, tendo em vista que o homem vem de uma cultura que muitas vezes os distanciam desta realidade. Sendo assim Gomes et al. (2011), revela que por aspectos valorativos entende-se o universo da cultura e da subjetividade, da interpretação dos fenômenos e acontecimentos relacionados ao eixo da necessidade e do cuidado de saúde, no marco das diferenças de gênero e geração (E-4).

Possivelmente, a percepção do usuário masculino acerca do serviço, além de se relacionar com suas expectativas, expressa o modo como ele se apropria da cultura dominante, o que influenciará na busca de bom serviço ou uma boa prática de atenção à sua saúde. Isto que se relaciona a vários fatores, tais como: estilo de vida, experiências



Artigo

prévias, expectativas de futuro, valores individuais e valores sociais, remetendo a princípios de direitos individuais e de cidadania (E-5) (Gomes et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do homem é uma temática que merece destaque frente aos tabus relacionados a figura masculina na busca dos serviços de saúde, contudo denota-se a pouca preocupação dos estudiosos estares direcionando seus estudos, estando isso refletido com o pequeno número de artigos representados nesta amostra.

A revisão integrativa abordou 5 artigos publicados entre os anos de 2010 a 2014, que mostram de fato quais os fatores que interferem a busca dos homens pelos serviços de saúde, sendo eles: Preocupação relacionada às suas atividades remuneradas, Sentimento de vergonha, Machismo e Representações culturais, os quais de fato podem ser os percussores deste distanciamento, desfavorecendo a integralidade da saúde masculina.

Desta forma novas pesquisas são necessárias para que se possa avaliar de fato como os profissionais de saúde bem como a enfermagem vem atuando na promoção a saúde do homem, para o alcance de novas estratégias para que cada vez mais os mesmos venham a procurar o serviço.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Princípios e Diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em 22/03/2015.

BENAZZI, Aline SampieriTonello; LIMA, Alice Bianca Santana; SOUSA, Anderson Pereira. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2012.



Artigo

BERTOLINI, Daniele Natália Pacharone; SIMONETTI, Janete Pessuto. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 722-727, 2014.

COUTO, Márcia Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde. **perspectives**, v. 14, n. 33, p. 257-70, 2010.

COUTO, MT; et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.14, n. 33, Botucatu. Apr./June, 2010.

EID, Ana Paula; KOHN, Kelly Cristina; MOTTA, Roberta Fin. Política de saúde do homem: para além do que se vê. **Diaphora**, v. 12, n. 2, p. 70-78, 2014.

FONTES, Wilma Dias et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011.

GOMESII, Romeu et al. **Política de saúde do homem**. 2012.

GOMES, Romeu et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, 2011.

GOMES, Romeu et al. **Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária**. 2011.

KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, RJ. Vol. 17, n. 10 (out. 2012), p. 2617-2626, 2012.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira da. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens



Artigo

(PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **CienSaudeColet**, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.

LOPEZ, Silvia Brãna et al. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 743-752, 2013.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.

MOZER, Isabele Torquato; CORRÊA, Áurea Christina de Paula. **Manuscrito: gestão do processo de implementação da pnaish em uma capital brasileira**. Faculdade De Enfermagem Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem Mestrado Em Enfermagem, p. 77, 2014

MOREIRA, Renata Livia Silva Fonsêca; FONTES, Wilma Dias de; BARBOZA, Talita Maia. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014.

NASCIMENTO, Evania. • Infarto agudo do miocárdio: levantamento de sua ocorrência em homens atendidos de 2008-2012 em um serviço de urgência e emergência de Passos (MG). **Ciência et Praxis**, v. 6, n. 12, p. 29-34, 2014.

MOZER, Isabele Torquato; CORRÊA, Áurea Christina de Paula. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 4, p. 578-585, 2014.

OLIVEIRA, Roberto Santos et al. Homem gênero masculino: a busca dos serviços de saúde uma análise reflexiva da enfermagem. **Revista Uniabeu**, v. 7, n. 17, p. 107-124, 2014.



Artigo

RAMALHO, Marclineide Nóbrega Andrade et al. Dificuldades na implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 642-649, 2014.

SILVA, Aline Nunes et al. Promoção da saúde do homem nos serviços de atenção primária à saúde. **Em Extensão**, v. 13, n. 1, p. 82-88, 2014.

SILVA, Patricia Alves dos Santos et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 561-8, 2012.

SILVA, Patricia Alves dos Santos et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 561-8, 2012

SIMÕES, Aline Vieira et al. Política Nacional de Saúde do Homem: implementação a partir do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 2, 2014.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 4, p. 790-803, 2012.



Artigo

**REFLEXÃO TEÓRICA ACERCA DA LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA
E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**THEORETICAL REFLECTIONS ON MADNESS THROUGHOUT HISTORY
AND NURSING CARE**

Jorge Luiz da Silva Cunha¹

RESUMO - As perturbações mentais estão presentes na humanidade desde os tempos mais remotos e acometem um número significativo de pessoas em todo o mundo sendo considerado, em alguns contextos, como um problema de saúde pública que traz consequências devastadoras na sociedade de um modo em geral bem como no meio familiar de forma específica. Nesse sentido, o presente artigo objetiva fazer uma reflexão teórica acerca da concepção de loucura ao longo da história bem como o tipo de assistência de enfermagem ofertado aos portadores de transtorno mental no contexto brasileiro. A metodologia utilizada foi uma reflexão teórica, através de consulta feita em livros e artigos de periódico sobre concepção de loucura e a assistência de enfermagem. Os resultados mostram que a concepção de loucura ou doença mental passou por mudanças significativas sempre em consonância com o contexto político e econômico. Da mesma forma, verifica-se que a assistência de enfermagem ao paciente com transtorno mental evoluiu, mesmo estando estagnado por várias décadas. Apenas a partir das décadas de 80 e 90, esse cenário se modificou passando o enfermeiro a especializar-se e consequentemente desenvolver propostas terapêuticas visando proporcionar uma assistência de qualidade. Pode-se concluir que a enfermagem está em plena expansão no cenário da saúde mental. Contudo enfrenta barreiras históricas (política e econômica) que, de certa forma, tem impedido um avanço mais rápido na efetivação de ações que viabilizem a produção de novas tecnologias de cuidado e consequentemente uma vida com qualidade dos portadores de transtornos mentais.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde Mental, Assistência.

¹ Licenciado e Bacharel em Psicologia – UFPB. Professor Especialista em Planejamento e Gestão em Saúde – ISC-UFBA. Mestre em Biblioteconomia – UFPB



Artigo

ABSTRACT - Mental disorders are present in the humanity since the earliest times and affect a significant number of people around the world, being considered in some contexts as a public health problem that has devastating consequences in society in a general way as well as in the environment family relationship in a specific way. In this sense, the present article aims to make a theoretical reflection about the conception of madness throughout history as well as the type of nursing care offered to those with mental disorders in the Brazilian context. The methodology used was a theoretical reflection about conception of madness throughout history and nursing care. The results show that the conception of madness or mental illness has undergone significant changes always in consonance with the political and economic context. In the same way, it is verified that the nursing care to the patient with mental disorder has evolved, even though it has been stagnating for several decades. From the 90's onwards, this scenario changes and nurses begin to specialize and consequently develop therapeutic proposals aimed at providing a quality care. It can be concluded that nursing is in full expansion in the mental health scenario. However, it faces historical (political and economic) barriers that, to a certain extent, has prevented a faster advance in the implementation of actions that make possible a life with quality of the people with mental disorders.

Keywords: Nursing. Mental health. Care.

INTRODUÇÃO

As perturbações mentais estão presentes na humanidade destes os tempos mais remotos e acometem um número significativo de pessoas em todo o mundo, sendo considerado em alguns contextos como um problema de saúde pública que traz consequências devastadoras na sociedade de um modo em geral bem como no meio familiar de forma específica.

Historicamente a loucura sempre foi envolvida por uma áurea de mistério e estranheza produzindo estigma, preconceito isolamento e exclusão social. Nesse sentido, o presente artigo objetiva fazer uma reflexão teórica acerca da concepção de loucura ao longo da história bem como o tipo de assistência de enfermagem ofertado



Artigo

aos portadores de transtorno mental no contexto brasileiro. A metodologia utilizada foi a reflexão teórica baseada na consulta de artigos de periódicos e livros.

Segundo Stone (1999), o conceito de normal e anormal, a compreensão e a forma de lidar com a loucura modificaram-se conforme o contexto histórico. Assim, até a inclusão das “insanidades” no campo da medicina (cerca de 2.500 anos na Grécia) o que se tinha eram referências à loucura como comportamentos estranhos, personalidades incomuns ou desagradáveis e mesmo “possessões demoníacas”.

Para Fernandes e Moura (2009), a concepção da loucura é fruto de uma construção histórica, visto que, anterior ao século XIX não existia o conceito de doença mental e nem uma separação entre a razão e a loucura.

A representação da loucura/doença mental modificou-se ao longo da história estando vinculada ao contexto sócio cultural, aos valores morais e as crenças das mais variadas sociedades. As primeiras representações foram mágico-religiosa, ou seja, as pessoas que apresentava distúrbios e em especial quando a conduta era agressiva e/ou insensata atribuíam-se a forças externas, maus espíritos, almas perdidas, deuses, magos, demônios. Na Grécia antiga loucura era concebida como uma manifestação dos deuses e as palavras pronunciadas pelos chamados loucos eram valorizadas socialmente podendo ter influência no destino das pessoas (ROCHA, 2008).

De acordo com o autor acima referido, foi Hipócrates, no século V a. C., que rejeitou essas explicações desenvolvendo uma classificação que incluía a mania, a melancolia, a histeria e a psicose pós-parto, dentre outras. Por outro lado, Empédocles tratou das emoções, considerando que o amor e o ódio tinham importância fundamental na determinação do comportamento humano, enquanto que Galeno, no século II d. C., com o estudo da anatomia e da fisiologia do sistema nervoso considerou que este era a sede da alma, criando assim, a teoria da alma racional que se dividia em uma parte externa (os cinco sentidos) e outra interna (a imaginação, a percepção, a capacidade de julgamento).

No período Medieval (ou idade das trevas), o poder e o saber pertenciam a Igreja, por ser a intermediária entre Deus e os homens. O conhecimento produzido era depositado nos mosteiros e o louco era visto como uma associação demoníaca, um ser perverso e maligno, vivendo numa situação limítrofe onde era forçado a confessar suas práticas de bruxaria que o levava a ser exorcizado ou punido na fogueira, visto que, em virtude da imprevisibilidade do comportamento, um acontecimento pudesse desapropriar a razão dos chamados sãos. Todavia, se a pessoa fosse rica, tinha a



Artigo

possibilidade de comprar a Santa Inquisição sendo considerado “excêntrico” e a loucura seria concebida como uma heresia” (STONE, 1999; REIS & MATTA, 2015).

O Renascimento trouxe mudanças sensíveis na forma de organização social colocando o homem como o centro de tudo. É um período que tem como uma de suas marcas a arte, que retrata a anatomia humana, as grandes navegações, o surgimento de sistemas de trocas, comércio, dinheiro e etc..

Nesse contexto, os ambientes necessitavam de higienização onde eram excluídos aqueles que não participavam do mercado de trabalho, a exemplo dos mendigos, velhos, prostitutas, leprosos, sífilíticos e obviamente os loucos (CARVALHO, 2012).

A loucura deixa de ter uma conotação de natureza divina passando a ser vista como um estado de ausência da razão, onde o portador de transtorno mental é visto como um transgressor ou aquele que ignora a moral social, sendo dessa forma, inserido dentro de um universo de periculosidade por não ter controle sobre seus atos e ameaçar a ordem social estabelecida nesse período.

No século XVIII, a psiquiatria penetra nos asilos inaugurando uma nova forma de abordagem dos transtornos mentais caracterizada pela internação nas chamadas instituições psiquiátricas que se tornou hegemônica no cenário europeu e brasileiro.

Com a revolução industrial, as cidades experimentaram um crescimento rápido e desordenado, levando um número significativo de pessoas a ociosidade, pois não encontravam um espaço dentro da nova ordem social (mendigos, vagabundos, loucos).

Assim, foram adotadas medidas repressivas que visavam a resolução do problema que levou concretização de internações em casas de correção e de trabalho e hospitais gerais. Essas instituições, não se propunham a desenvolver ações curativas, mas em punir o pecado da ociosidade.

No caso específico da Enfermagem, de acordo com Muniz et al., (2015), em seu início a prática de Enfermagem Psiquiátrica foi marcada por uma conduta controladora e repressora, onde as atividades eram realizadas por leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvidas pelas irmãs de caridade.

Nesse período, o conhecimento disponível acerca dos alienados era o do senso comum, onde os mesmos eram vistos como ameaçadores e, por isso, sujeitos ao isolamento em asilos e hospitais.

Para Costa (2007), o cuidado referia-se a sujeitar os pacientes a barbaridades dos guardas e carcereiros. Os Enfermeiros realizavam maus tratos, vigilância constante e a punição e repressão eram os tratamentos prescritos.



Artigo

A assistência de enfermagem ocorria na perspectiva do tratamento moral de Pinel e da Psiquiatria Descritiva de Kraepelin. Assim, segundo o autor acima referido, o papel atribuído às enfermeiras, era o de assistir o médico, manter as condições de higiene e fazer uso de medidas hidroterápicas.

Em termos de Brasil, a situação não de diferia e, é especificamente, a partir do século XVIII, as pessoas consideradas loucas e que viviam nas ruas eram colocadas nas prisões e/ou confinadas nos chamados aposentos-prisões que eram construídos estrategicamente nos fundos das casas. Verificava-se que o hospital era concebido como um espaço para doentes e abrigo para os desvalidos, estando ligado a uma estratégia social de higienização (MOREIRA et al., 2008).

A institucionalização da psiquiatria se deu com o surgimento das Santas Casas, nas quais os doentes mentais eram recolhidos, sem que qualquer tratamento fosse oferecido. Os locais de atendimento aos doentes mentais eram os porões, sendo muito comum o uso de castigos como um meio para conter os comportamentos inadequados (CARVALHO, 2012).

O século XX marca o período em que a psiquiatria foi regulamentada através de decretos que tinham como objetivo institucionalizar a loucura e estabelecer uma separação entre os “loucos” propriamente ditos e aqueles denominados de “loucos delinquentes”. Nesse sentido, entre 1901 e 1930 consolida-se a institucionalização como forma única de tratamento para o portador de transtornos mentais.

O cenário nacional pouco se modificou ao longo dos anos. Foram criados novos hospitais psiquiátricos em todo o Brasil, além de mudanças tímidas da legislação referente ao tratamento que deveria ser oferecido pelo poder público. Verificava-se, notadamente, que estas instituições funcionavam como depósitos de pessoas que eram esquecidas e viviam em condições desumanas.

No período entre 1840 até 1900 surgiram um número significativo de hospitais psiquiátricos no Brasil com destaque para o primeiro que foi o hospício Pedro II na cidade do Rio de Janeiro. Depois se seguiram outro em São Paulo, Porto Alegre, Salvador etc. Nesses espaços a prática da enfermagem restringia-se a “vigiar” os pacientes utilizando-se de meios persuasivos para mantê-los “calmos” e “obedientes” e em contrapartidas fazia-se uso dos meios repressivos como a privação de alimentos, colete de força e a restrição das visitas para manutenção da “ordem” e “organização” (ROCHA, 2008; CARVALHO, 2012).



Artigo

As mudanças que ocorrem ao longo de quatro décadas foram quase que imperceptíveis, mesmo com o surgimento das escolas de enfermagem e a adoção do sistema Nightingale que pregava o ensino teórico sistematizado junto com a prática hospitalar, verificava-se que, tanto o saber quanto as práticas de enfermagem subordinavam-se aos da psiquiatria (ROCHA, 2008).

Essa situação perdurou até a década de 1970 quando começaram a aparecer as primeiras denúncias sobre a situação vivida pelos pacientes onde apontava-se a existência de uma indústria da loucura, a assistência oferecida aos pacientes, organização dos serviços de saúde mental (hospitais) bem como uma crítica acentuada acerca da estrutura das instituições psiquiátricas e ao saber da psiquiatria clássica.

Assim, o marco histórico foi movimento de Reforma Psiquiátrica que surge no bojo do processo de redemocratização do país que vivia uma crise institucional em diversos setores e principalmente na saúde, propondo uma mudança no modelo assistencial e a implantação de um sistema universal e equânime.

A concretização dessas propostas é realizada com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que institui o Sistema Único de Saúde – SUS, criando novas condições para a assistência em saúde. Em termos de saúde mental, em 1987, no estado de São Paulo é criado o primeiro CAPS do país. Na cidade de Santos – SP é feita uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta o que teve como consequência a construção de uma rede extra-hospitalar com a criação dos chamados NAPS tornando-se referência nacional para a reforma psiquiátrica brasileira (CARVALHO, 2012; MOREIRA et al., 2008).

Contudo, é a partir de 1992, que os movimentos sociais em defesa de uma nova lógica na assistência aos doentes mentais ganha força, tendo como elemento base o Projeto de Lei Paulo Delgado, que consegue a aprovação, em alguns estados da federação, de algumas leis que estabelecem uma redução progressiva no número de leitos hospitalares e consequentemente a estruturação de uma rede substitutiva e integrada de atenção em saúde mental (BRASIL, 2005).

Assim, visava-se ter como consequência maior disso era refletir criticamente sobre um modelo hegemônico de uma assistência sem inovações, que reproduzia uma lógica de medicalização, ambulatorial tendo como pano de fundo a falta de infraestrutura dos serviços, distanciamento da comunidade e dos familiares dos pacientes e profissionais desestimulados, sem perfil para atuar na rede de atenção psicossocial.



Artigo

Diante disso, a Reforma Psiquiátrica impôs um novo desafio para gestão em saúde que foi apresentar uma oferta de serviços com uma abordagem psicossocial visando uma assistência humanizada e inclusiva, que em última instância exigiria uma mudança na prática dos profissionais envolvidos na assistência aos portadores de transtornos mentais em especial o enfermeiro (CORREIA et al., 2011).

Neste contexto, a partir das décadas de 1980 e 1990 que se verificam modificações na postura dos profissionais de saúde mental visando desconstruir o arcabouço teórico-prático que caracterizava a assistência manicomial.

Nessa mudança de paradigma a prática de enfermagem em relação ao cuidar em saúde mental começa a sofrer mudanças claras onde os profissionais da área buscam desenvolver uma visão holística ao considerar a individualidade do ser humano o contexto da saúde doença onde o paciente se encontra e o relacionamento interpessoal e etc. (MUNIZ et al., 2015).

A busca de atualização dos conhecimentos e a consequente adoção de novas estratégias de ação com a mudança de postura em relação ao usuário do serviço de saúde mental, a estimulação do autocuidado e a reinserção dos mesmos em grupos sociais e comunitários conseguiu produzir resultados significativos na abordagem das doenças mentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, nesta reflexão teórica, delinear historicamente, a evolução da concepção de loucura e como a Enfermagem, enquanto saber científico contribuiu para o desenvolvimento de formas de tratamento que possibilitasse ao portador de transtorno mental uma assistência mais humanizada e respeitosa.

Por muito tempo esse processo pareceu estagnado e atrelado ao saber da psiquiatria, impedido que a capacidade empreendedora e criativa dos enfermeiros viesse à tona permitindo a construção e o desenvolvimento de propostas contextualizadas com a situação dos pacientes.

Após a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS e a implantação da Política Nacional de Saúde Mental surge um novo espectro de possibilidades onde o planejar e o trabalho multidisciplinar ganham força na criação de propostas terapêutica que permitam resgatar a identidade dos usuários.



Artigo

Todavia, o acúmulo de experiências (em sua maioria exitosa) revelou que o viés político transforma-se numa barreira quase intransponível. Mesmo com todo avanço no processo de gestão em saúde, o processo de trabalho parece estagnado em virtude de um planejamento estéril que impede o profissional de implementar projetos inovadores.

A Enfermagem, dentro dos serviços de saúde mental, tem reproduzido a prática hospitalocêntrica e medicamentosa. É o trabalho morto, sem imaginação, mecânico fruto de uma estrutura organizacional que não permite o afloramento da criatividade, do compartilhamento de saberes.

Sem embargo, é importante refletir além da realidade que ora se apresenta. Repensar o processo de construção e operacionalização dos currículos da enfermagem é um caminho que precisa ser trilhado com urgência. O ensino da saúde mental e da psiquiatria precisam de mais espaço nesse delicado e importante processo de formação profissional privilegiando sempre a transversalidade dos conteúdos visando estabelecer uma proximidade entre teoria e prática.

Nesse sentido, é urgente uma aproximação concreta entre o profissional de enfermagem e as pessoas portadoras de sofrimento psíquico para que seja possível uma apreensão dessas subjetividades considerando obviamente as histórias de vida, possibilitando, dessa forma, a construção de novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção.

Os profissionais de enfermagem devem participar efetivamente da organização da organização e operacionalização da rede de atenção psicossocial, construindo projetos de intervenção junto à comunidade e os familiares dos usuários desses serviços. É um grande desafio. Resta saber quem mais o aceita.

REFERÊNCIAS

BRASI. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.p.60. Elaboração, distribuição e informações: ministério da saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação de Saúde Mental Esplanada dos Ministérios. Disponível em:



Artigo

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>
Acesso em: 16/02/2019.

CARVALHO, M. B. **Psiquiatria para a Enfermagem**. São Paulo: Ridee, 2012. p. 351.

MOREIRA, L. H. de O, et al. A inclusão social do doente mental: contribuição para a enfermagem psiquiátrica. **Inclusão Social**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 35-42. Out./mar. 2008. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1618>>

CORREIA, V. R., BARROS, S., COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v, 45, n. 6, p. 1501-1506. 2011.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**: Um corte ideológico (5ª ed.). Rio de Janeiro: Garamond. 2007.

FERNANDES, Flora.; MOURA, Joviane. A Institucionalização da Loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental. **Psicologado**, Piauí, (parte II) in: Faculdade de ciências Médicas da UESPI. 2009. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/psiquiatria/>> Acesso em: 16/02/2019.

MUNIZ, Marcela Pimenta et al. A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.13, p.61-65.2015. Disponível em:<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200008>. Acesso em: 16/02/2019. Acesso em: 16/02/2019.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2.ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.p. 192.

REIS, L. S. B., MATTA, T. S. R. **Abordando a História da Loucura**. 2015. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/abordando-a-historia-da-loucura>>. Acesso em: 16/02/2019.





ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

STONE, M. H. **A cura da mente**: a história da psiquiatria da Antiguidade até o presente. Porto Alegre: Artmed, 1999.



**REFLEXÃO TEÓRICA ACERCA DA LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA E A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Páginas 338 a 347

Artigo

**A RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE PARA O TRATAMENTO DE
PACIENTES EM LEITOS DE UTI COM TRANSTORNO DE DEPRESSÃO
COMO PRÁTICA DO ENFERMEIRO**

Sthefani Sousa Silva¹
Alderlan Costa Silva²
Michelly Correia da Silva

RESUMO - No decorrer do tempo à visão de doença mental tem se transformado, atualmente não são mais pessoas reconhecidas como loucas e sim com grande sofrimento emocional e psíquico, estes podendo ser desencadeados por fatores externos como em relacionamentos, perdas, frustrações entre tantos outros, e também através de fatores internos como pré-disposição genética para tal. A espiritualidade auxilia a encontrar sentido na vida e força para adesão ao tratamento. Os objetivos deste trabalho foram incentivar as práticas espirituais e relacioná-las com a grande progressão no quadro dos pacientes. O estudo baseou-se em trabalhos já elaborados, sendo assim uma pesquisa bibliográfica, esses materiais foram encontrados nas bases de dados BVS; SCIELO; BDENF; LILACS; MEDLINE; COLECIONA SUS; SAÚDE LEGIS; WHOLIS, no período de novembro 2017 a janeiro de 2018. Foi possível identificar através das pesquisas que as mudanças na forma de tratar estes pacientes foram significativas, agora se sabe que se trata de pessoas com real sofrimento, devendo a ciência olhar estes indivíduos também como um ser espiritual, incentivo-os através de sua religião, das terapias, auxiliando de forma concreta na evolução terapêutica de muitos destes pacientes, que encontram na prática espiritual um viés para lidar com a nova situação de vida, após um diagnóstico de transtorno depressivo. Visto que assim, a pessoa poderá encontrar novas formas de enfrentar suas frustrações, perdas etc. Os autores concordam entre si que estimular a espiritualidade traz benefícios, pois

¹ Enfermeira pela Faculdade Internacional da Paraíba. Discente da Pós Graduação de Emergência e UTI pela FESVIP. E-mail: sthefani.sousa0123@gmail.com

² Enfermeiro pela Faculdade Internacional da Paraíba. Pós Graduado em Cardiologia e Hemodinâmica. E-mail: alderlancosta@gmail.com



Artigo

proporciona bem-estar, sentido em viver e assim melhora significativa na resposta ao tratamento para os pacientes em leitos de UTI.

Palavras-chaves: Espiritualidade. Depressão. Religião. Terapias Complementares. UTI.

ABSTRACT - In the course of time the vision of mental illness has been transformed, currently they are no longer people recognized as crazy but with great emotional and psychic suffering, these can be triggered by external factors as in relationships, losses, frustrations among so many others, and also through internal factors such as genetic predisposition for such. Spirituality helps to find meaning in life and strength for adherence to treatment. The objectives of this study were to encourage spiritual practices and relate them to the great progression in the patients. The study was based on already elaborated works, being a bibliographical research, these materials were found in the databases BVS; SCIELO; BDENF; LILACS; MEDLINE; COLLECTS SUS; HEALTH LEGIS; WHOLIS, in the period from November 2017 to January 2018. It was possible to identify through the researches that the changes in the way of treating these patients were significant now we know they are people with real suffering, the science should look at these individuals also as a spiritual being, encourage them through their religion, of the therapies, helping concretely in the therapeutic evolution of many of these patients, who find in spiritual practice a bias to deal with the new situation of life, after a diagnosis of depressive disorder. Since this way the person can find new ways to face their frustrations, losses etc. The authors agree among themselves that stimulating spirituality brings benefits as it provides well-being, meaning in living and thus significantly improved treatment response for patients in ICU beds.

Keywords: Spirituality. Depression. Religion. Complementary Therapies. CTI.



Artigo

INTRODUÇÃO

A espiritualidade vem sendo colocada em pauta ao longo dos tempos, pois há interesse em entender a sua relação com a progressão dos pacientes em seus quadros patológicos, leva-se em consideração que ela traz ao indivíduo reflexões e respostas ao sentido da vida. No contexto atual passou a ser discutida em âmbito científico ao identificar sua direta influência na qualidade de vida, o interesse pelo assunto traz diversas pesquisas e discussões sobre o tema na literatura.

A enfermagem sempre teve na sua prática a preocupação de assistir o cliente nas suas necessidades espirituais, porém, tem tido dificuldade em diferenciar a espiritualidade dos aspectos religiosos e psicossociais do indivíduo e historicamente, o exercício da enfermagem esteve a cargo de religiosos, em diferentes épocas e lugares (GUIMARÃES, AVEZUM, 2007).

Pôde-se analisar que é uma realidade bem presente no universo da saúde mental, que muitas vezes pessoas/pacientes acometidos por uma depressão, perdem a autoestima e tendem a se isolar do convívio social, passam por um tratamento longo que exige dedicação, quando possuem consciência da importância e do valor de sua vida, eles buscam e colaboram com as terapias, expressam esperança e força de vontade em alcançar a cura. No entanto, é perceptível que aquelas pessoas que não veem mais sentido na vida, que enxergam apenas o vazio da existência, preferem se entregar a doença não aceitam intervenções e muito menos ajuda daqueles mais próximos ou até mesmo de um profissional da saúde que esteja disponibilizado em ajudar.

Diante do exposto surgem questionamentos sobre o processo de interação entre a depressão, a espiritualidade e a Enfermagem, como por exemplo, se existe relevância do conhecimento da Enfermagem sobre tal interação e na prática da enfermagem voltada para o âmbito da espiritualidade, utilizando esse meio terapêutico no tratamento do paciente com depressão em terapias intensivas. Não obstante, o interesse em pesquisar sobre o tema surgiu devido ao convívio com uma pessoa próxima que apresentava um quadro de transtorno mental, e foi possível observar o sofrimento que passa o paciente e seus familiares, primeiramente relacionado a dificuldade da própria paciente em assumir sua patologia e em aceitar ajuda, em querer restabelecer sua saúde mental, e segundo em relação a existência de um grande déficit no apoio e na orientação por parte dos



Artigo

profissionais de saúde tanto ao paciente quando a família sobre a doença e em como lidar e estimular de acordo com os sintomas e as dificuldades apresentadas.

Através das diversas pesquisas realizadas, identificamos que a implementação de terapias que busquem estimular o indivíduo a refletir sobre o sentido da vida, venha a surtir um efeito positivo e a trazer alguma melhora significativa do quadro do paciente, se mostrando muito eficiente.

Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa é abordar sobre os benefícios do incentivo às práticas espirituais, para o tratamento de pacientes depressivos, tendo como objetivos específicos a abordagem espiritual durante o tratamento na UTI, a identificação da relação entre a Espiritualidade e a melhora no quadro clínico do paciente e demonstrar a importância do enfermeiro no tratamento e estímulo da prática espiritual.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo ocorreu no período entre novembro de 2017 e janeiro de 2018, onde foram utilizadas as seguintes bases de dados BVS- Biblioteca Virtual em Saúde; SCIELO- Scientific Electronic Library Online; LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Coleção SUS – Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS; MS – Acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher

informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Com base nos objetivos, é possível classificar a pesquisa como descritiva, pois a mesma exige uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008).



Artigo

Em relação à abordagem a pesquisa é qualitativa, pois como afirmam Prodanov e Freitas (2013), esta abordagem trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências.

DESENVOLVIMENTO

Depressão e espiritualidade

Para a Previdência Social do Brasil (2007), a depressão está na classe dos transtornos de humor, nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, com ou sem ansiedade associada, ou um de euforia, caracteriza-se pela alteração do humor, em geral, acompanhada de uma modificação do nível global de atividade, com a presença de sinais e sintomas secundários, sendo que na maioria das vezes, esses transtornos tendem a ser recorrente e a ocorrência dos episódios pode frequentemente, estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

Para alguns autores, a depressão se apresenta através de sentimentos como tristeza ou infelicidade os quais são comuns em situações de perda, separações, insucessos, conflitos nas relações interpessoais, fazendo parte da experiência cotidiana e caracterizam um estado emocional normal, não patológico. Um exemplo é o luto normal, no qual há tristeza e ansiedade, mas normalmente não há culpa e autoacusações que caracterizam os transtornos depressivos (FELICIANO, MORETTI, 2015).

Nestas situações podem ainda ocorrer disfunções cognitivas passageiras: sentimentos de desamparo ou desesperança, visão negativa de si mesmo, da realidade e do futuro, que em geral desaparecem com o tempo, sem a necessidade de ajuda especializada, no entanto, quando tais sintomas não desaparecem espontaneamente, são desproporcionais à situação ou ao evento que os desencadeou ou este inexistente, quando o sofrimento é acentuado, comprometendo as rotinas diárias ou as relações interpessoais, provavelmente o paciente é portador de um dos diferentes transtornos depressivos,



Artigo

caracterizados nos manuais de diagnósticos como o DSM IV TR e o CID X. (FELICIANO; MORETTI, 2015b)

Sendo assim a depressão é considerado um transtorno ou patologia do humor, que se diferencia de outros transtornos a partir dos seus sintomas que se caracterizam por um estado extremo de profunda tristeza, acompanhado por pensamentos constantes de cunho negativo, sentimento de culpa, sensação de inutilidade, diminuição do prazer e do ânimo para atividades cotidianas de lazer e perda da capacidade de planejar o futuro, além disso, estes sintomas devem estar presentes por mais de duas semanas, e podem ser causados por fatores genéticos ou psicossociais como: perdas significativas, baixo suporte social, abuso físico e/ou sexual na infância, e ainda biológicos, por meio do aumento ou da diminuição de alguns neurotransmissores. (DSM-5, 2014)

No que tange a espiritualidade, Alves e Assis (2016) definem como uma propensão humana na busca do significado para a vida, por meios de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo que é maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal.

Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, e é um conceito mais amplo que religião, pois esta é uma expressão da espiritualidade, para os autores é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva, ansiedade e depressão (SAAD, MASIERO e BATTISTELLA, 2001).

Cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) caracteriza-se como unidade complexa dotada de sistema de monitoramento contínuo, nela admite-se pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar, aumentando assim a expectativa de vida. (CREMESP, 1995)

A UTI nasceu da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes que porventura possuam chances de sobreviver, sendo destinada a internação de pacientes com instabilidade clínica e com potencial de gravidade, é considerada então um ambiente de alta complexidade, reservado e único no ambiente



Artigo

hospitalar, já que se propõe estabelecer monitorização completa e vigilância 24 horas. (SANTOS, 2014)

Os profissionais que atuam nestas unidades complexas são designados intensivistas, sendo esta equipe de atendimento multiprofissional e interdisciplinar constituída por diversas profissões: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais (CREMESP, 1995).

Santos (2014) afirma que o enfermeiro de terapia intensiva fornece diretamente os cuidados de enfermagem a pacientes gravemente enfermos, e diante das mais novas tecnologias, cada vez mais avançadas e das técnicas especializadas para o cuidado em UTI, o enfermeiro deve estar atento para não desviar seu olhar do ser humano, pois o cuidado não está apenas no uso e no trabalho das máquinas modernas, mas nos profissionais de saúde que tratam do indivíduo enfermo, e neste contexto é importante ressaltar, que grande parte da população brasileira crê que a religião pode interceder na cura de doenças e o enfermeiro tem papel fundamental nessa tarefa de levar a espiritualidade dentro dos centros intensivos, na expectativa de melhorar os prognósticos de forma mais efetiva associada às terapias complexas da UTI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo fica claro que é preciso um olhar holístico dos enfermeiros intensivistas para com os pacientes, pois estes podem apresentar quadros depressivos os quais podem ser consideravelmente minimizados através das terapias que incentivam a espiritualidade, visto que ela proporciona sentido no viver, e essas pessoas passam a enxergar o mundo de outras formas, com esperança no amanhã e mais vitalidade.

O enfermeiro precisa estar capacitado e ser sensível aos detalhes, como: gestos, palavras, feições, não ter preconceitos de qualquer tipo, apresentar empatia, saber quando deve abordar e incentivar o lado espiritual do paciente, pois a forma com que o paciente vê a espiritualidade pode interferir positivamente no seu prognóstico.

Deste modo, esta pesquisa tende a contribuir para toda a área da saúde, em especial aos enfermeiros intensivistas, pois tem como seu principal objetivo, mostrar a importância de tratar a espiritualidade, além dos sinais e sintomas orgânicos, visto que,



Artigo

o ser humano é um ser complexo e pode vir a precisar de tratamento para o corpo e muitas vezes para a alma, assim, a espiritualidade se mostra relevante para ser abordada durante os tratamentos para pacientes com tristeza generalizada em UTI.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. G.; ASSIS, M. R.. O desenvolvimento Religioso e Espiritual e a Saúde Mental. **Revista Conexões Psi2015** Disponível em:

<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/conexoespsi/article/view/582> Acesso em: 10/03/2016

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Resolução nº 71 de 8 de Novembro de 1995. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 1995.

DSM-5, **Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5 a EDIÇÃO 2014.

FELICIANO, M. F. C.; MORETTI, L. H. T. **Depressão, suicídio e neuropsicologia: psicoterapia cognitivo comportamental como modalidade de reabilitação**. 2015.

Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf> Acesso em: 05/09/2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. Métodos de Pesquisa 6. ed. - São Paulo : Atlas. 2008.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM A. O impacto da espiritualidade na saúde física **Rev. psiquiatr. clín.** 2007 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700012 Acesso em: 05/12/2017.



Artigo

PRODANOV, C. C.; Freitas, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª edição Universidade Feevale 2013.

BRASIL, Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. 2007
Disponível em: <http://programamineracao.org.br/wp-content/uploads/2011/08/Anu%C3%A1rio-Estat%C3%ADstico-da-Previd%C3%Aancia-Social-2007.pdf> Acesso em 10/01/2018

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências **REV. Acta Fisiátrica** 2001. Disponível em: http://www.amebrasil.org.br/html/espirit_evidencias.pdf Acesso em: 21/08/2016.

SANTOS, N. D. **Ser enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva: a espiritualidade no Cuidado de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2014 Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6629 Acesso em: 28/01/2018



Artigo

**RESISTÊNCIA DOS FÁRMACOS UTILIZADOS NA TUBERCULOSE
MULTIRRESISTENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**THE RESISTANCE OF DRUGS USED IN MULTIRRESISTANT
TUBERCULOSIS: INTEGRATIVE REVIEW**

Esmeralda Cristiane Cardoso de Medeiros¹
Emmanuella Costa de Azevedo Mello²
Emmanoela de Almeida Paulino Lima³
Rafaela Prima de Lucena⁴
Camila Abrantes Cordeiro Morais⁵

RESUMO - A tuberculose é uma doença com alto grau de infectividade, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, denominado como bacilo de Koch que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. É facilmente disseminado pelo ar através de gotículas de indivíduos infectados pelo bacilo através da tosse, espirro ou fala. O presente estudo tem como objetivo identificar a produção científica na área de saúde em relação à resistência dos fármacos utilizados na Tuberculose Multirresistente. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A coleta foi realizada amplamente na Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e no Banco de Dados de Enfermagem por meio do cruzamento dos termos “Tuberculose” “Resistência” “Medicamento”, separados pela palavra and. Foram incluídos na amostra artigos publicados em português, de 2006 a 2014, disponíveis na íntegra na base de dados selecionada e que estiverem relacionados à questão de pesquisa. Ao realizar a busca utilizando os descritores foram encontrados 1.407 artigos, após utilizar os critérios de inclusão e exclusão restaram 10 artigos dos quais 8 responderam a questão de pesquisa.

¹Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula, FESVIP.

² Enfermeira, Especialista Em Saúde da Família com Ênfase Na Implantação das Linhas De Cuidado - UFPB.

³ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Coordenadora de Estágios da FESVIP.

⁴ Enfermeira, Mestre em Modelos de Decisão em Saúde UFPB.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem – UFPB.



Artigo

Os estudos foram agrupados em duas categorias temáticas: O perfil da Multirresistência e O controle da Multirresistência. Dos resultados, foi possível observar a análise crítica dos dados conforme a utilização da medicação da forma correta, em apresentar os pacientes que fazem parte da resistência aos fármacos, aumento da taxa de abandono ao tratamento, a demora para o diagnóstico da doença sugerindo a necessidade de adoção de medidas que aumentem o rendimento das ações de controle da tuberculose, em especial à implementação da supervisão terapêutica para casos sensíveis, evitando o aparecimento da resistência. Com as conclusões retiradas dos estudos relacionados com a resistência dos fármacos utilizados na tuberculose multirresistente, e tomando por base a questão norteadora fica perceptível a necessidade da criação de um programa de controle e prevenção da tuberculose multirresistente para que possa alcançar pelo menos metade da cura.

Palavras-chave: Tuberculose; Resistência; Medicamento.

ABSTRACT - Tuberculosis is a highly infectious disease caused by Mycobacterium tuberculosis, called Koch's bacillus, which primarily affects the lungs, although it may affect other organs and systems. It is easily spread through the air through droplets of individuals infected by the bacillus through coughing, sneezing or speaking. The present study aims to identify the scientific production in the health area in relation to the resistance of the drugs used in Multidrug Resistant Tuberculosis. This is an integrative review of the literature. The collection was made widely in the Virtual Health Library, in the databases of the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and in the Database of Nursing by crossing the terms "Tuberculosis "" Drug Resistance ", separated by the word and. We included in the sample articles published in Portuguese, from 2006 to 2014, available in full in the database selected and related to the research question. When performing the search using the descriptors were found 1,407 articles, after using the inclusion and exclusion criteria there were 10 articles of which 8 answered the question of research. The studies were grouped into two thematic categories: The profile of multiresistance and The control of multiresistance. The results were able to observe the critical analysis of the data according to the use of the medication in the correct way, to present the patients that are part of the resistance to the drugs, increase the rate of abandonment to the treatment, the delay to the diagnosis of



Artigo

the disease suggesting the necessity of adoption of measures that increase the performance of Tuberculosis control actions, especially the implementation of therapeutic supervision for sensitive cases, avoiding the onset of resistance. With the conclusions drawn from studies related to the resistance of the drugs used in multidrug-resistant tuberculosis, and based on the guiding question, it is apparent that a multiresistant tuberculosis control and prevention program needs to be set up so that it can achieve at least half of the cure.

Keywords: Tuberculosis; Resistance; Medication.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença com alto grau de infectividade, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, denominado como bacilo de Koch (BK) que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. É facilmente disseminado pelo ar através de gotículas de indivíduos infectados pelo bacilo através da tosse, espirro ou fala (BRASIL, 2014).

No Brasil, a tuberculose é um grave problema da saúde pública, ocupando o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose, onde nos últimos 17 anos, mostrou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em consequência da doença (BRASIL, 2013).

São conceituados como portadores da TB multirresistente os clientes infectados com o bacilo resistentes à isoniazida e rifampicina, ou a uma das drogas de primeira linhagem, e também a clientes com falecimento ao plano terapêutico já existente. Indicados nestes casos um diagrama composto por etambutol, terizidona, pirazinamida e uma quinolona (levofloxacina ou ofloxacina). Quando não for possível a utilização da estreptomcina, indica-se sua substituição por amicacina (ARBEX, et al. 2010).

Na tuberculose multirresistente, a tolerância ao fármaco ocorre pelo contato anterior ao microrganismo da tuberculose; todavia, o tratamento preliminar é o grande ponteiro clínico de crescimento da TB multirresistente. Tem sido observada por muito tempo a eficiência do tratamento descontínuo para tuberculose; no entanto, uma emenda



Artigo

metódica, as taxas de cura e de recidiva demonstram-se bastante semelhante entre o tratamento diário e descontínuo (ALVAREZ; RODRIGUES; VIEGAS, 2009).

Segundo os autores supracitados, em 2005 as taxas de Tuberculose Multirresistente inicial e contraída diagnosticadas em uma menor extensão, onde umas baixas extensões dos pacientes tiveram ingresso à terapia adequada, e no período entre 2000 e 2007 tiveram uma elevação de 65% dos casos de Tuberculose Multirresistente (TBMR).

O Ministério da Saúde no Brasil adotou normativas com dois diferentes tipos de terapia. O primeiro esquema -1 (E-1) é composto com Rifampicina e isoniazida, e de ser utilizado por um semestre. Já a pirazinamida nos dois meses iniciais é indicado para pacientes que nunca foram tratados ou os quais tem recidiva após sararem ou voltaram com a patologia ativada após ter abandonado a terapia (MELO et al., 2003).

Ainda para os autores acima citados este deve reforçado pelo etambutol por mais um semestre, recomendado pelo ministerial de 1995, e um secundário esquema terapêutico de reserva, o Esquema-3 com estreptomicina e pirazinamida por três meses e etionamida por um ano, é indicado para doentes com falência a primeira terapia ou ao tratamento novamente.

Muitas vezes a forma errada de ser administrada a medicação aumenta essa forma que conhecemos como TB-MR (Tuberculose Multirresistente), onde o paciente desenvolve resistência aos fármacos administrado no tratamento. Essa resistência ocorre a mais de uma droga, principalmente a rifampicina, isoniziada, e o MR (Multirresistente) entra em seu tratamento com medicações específicas como etambutol, estreptomicina, levofloxacino, terizidona, pirazinamida, amicacina e ofloxacino.

A relevância deste estudo está na possibilidade de que o conhecimento agregado continua com as reflexões a respeito da tuberculose multirresistente, de modo que partindo da produção científica possa ser construído novo conhecimento a fim de que se torne cada vez mais a realidade da TBMR. No sentido de contribuir para uma melhor assistência de enfermagem prestada a pacientes com tuberculose multirresistente que já foram tratados com o esquema básico, porém durante do tratamento da tuberculose, desenvolvem resistência a um determinado tipo de medicação.

Diante do exposto, foi possível levantar a seguinte questão de pesquisa: Qual a produção científica na área de saúde em relação a resistência dos fármacos utilizados na Tuberculose Multirresistente? E como objetivo: identificar a produção científica na



Artigo

área de saúde em relação a resistência dos fármacos utilizados na Tuberculose Multirresistente.

REVISÃO DE LITERATURA

Aspectos clínicos de tuberculose

O *Mycobacterium tuberculosis*, habitualmente conhecido como bacilo de Koch (BK) é o agente causador da tuberculose, que é uma doença infecto-contagiosa cujo principal meio de transmissão consiste nas vias aéreas, podendo ser transmitidas de um indivíduo contaminado para uma pessoa sadia (LOPES, 2010).

A Organização Mundial da Saúde e organizações associadas avaliam tal fato um dos grandes desafios para o controle da doença no mundo, devido à sua resistência aos dois mais importantes medicamentos disponíveis ao tratamento da tuberculose multirresistentes (TBMR), tendo um aumento em sua incidência passando a ser mais observada em todo o mundo (BRASIL, 2011).

Pacientes com tuberculose multirresistentes são aqueles que possuem o bacilo resistente a alguns fármacos como isoniazida e rifampicina, onde no Brasil, os esquemas de tratamento da tuberculose são padronizados desde 1979 pelo Ministério da Saúde, sendo encaminhados para centros de referências para a utilização de esquemas com medicações especiais (ARBEX et al., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), na década de 1940 com a descoberta da estreptomicina e o seu uso no tratamento da tuberculose, foi diagnosticada a ocorrência da resistência bacilar, onde esse acontecimento ocorre naturalmente pelo mecanismo de mutação genética do *Mycobacterium tuberculosis*, no seu processo de multiplicação, especialmente em ambientes com condições favoráveis de nutrição, oxigenação e Ph como ocorrem no interior da cavidade pulmonar.

Segundo o Ministério da Saúde (2014), a tuberculose ainda que curável é uma doença infecto contagiosa e transmissível que prejudica primeiramente os pulmões. Porém, mesmo sendo curável, são notificados anualmente cerca de 6 milhões de novos casos de tuberculose em todo o mundo, podendo aumentar o número de pessoas que vão a óbito. Com o aparecimento da AIDS e o desenvolvimento de focos de tuberculose resistentes ao tratamento, piora ainda mais essa perspectiva.



Artigo

Tuberculose multirresistente (TBMR)

A tuberculose multirresistente está relacionada com alguns fatores importantes como a utilização errada dos medicamentos, a falta de adesão dos pacientes ao tratamento, irregularidade no uso dos medicamentos que pode acarretar um aumento nas doses dos pacientes, absorção intestinal deficiente, prescrição medicamentosa de forma inadequada (ROCHA et al., 2008).

Conforme o autor supracitado, a utilização equivocada dos esquemas padronizados pelo Ministério da Saúde (MS), adição de outros medicamentos anti-tuberculose e esquemas ineficazes sem utilização dos testes de sensibilidade a medicação, um bom histórico terapêutico e a falta ou falha na ordem e distribuição dos medicamentos. A multirresistência é estimada como um fenômeno biológico iatrogênico, devido à aplicação errada dos meios de tratamento de curta duração, especialmente os compostos pela a associação de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (ROCHA et al., 2008).

Tendo a estratégia de prevenção da multirresistência correta na aplicação dos tratamentos chamados de primeira linha e de curta duração. Embora se saiba que o principal apontador clínico de aumento de multirresistência é a relação antecipada com os fármacos (DALCOLMO et al., 2007).

A resistência ao *Mycobacterium tuberculosis* aos medicamentos utilizados atualmente ao tratamento refere-se a um importante obstáculo ao resultado da terapêutica sendo essa utilizada em esquema diário ou intermitente. A resistência ao fármaco desenvolve-se pelo contato prévio ao *M. tuberculosis*, no entanto, o tratamento anterior é o maior indicador clínico de desenvolvimento da tuberculose multirresistente (ALVAREZ; RODRIGUES; VIEGAS, 2009).

A eficiência da terapêutica intermitente para TB vem sendo observada por muito tempo; entretanto, em uma revisão sistemática, as taxas de cura e de recidiva se mostram muito parecidas entre a terapêutica diária e a intermitente (ALVAREZ; RODRIGUES; VIEGAS, 2009).



Artigo

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que é um método que possibilita sintetizar o conhecimento já publicado e obter conclusões sobre um do tema de interesse. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), este método permite a incorporação das evidências na prática clínica. Tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um limitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para aprofundar conhecimento, além de apontar lacunas do tema investigado.

Para realização da revisão integrativa é necessário seguir algumas etapas pré-determinadas. São elas: (1) identificação do tema e definição da questão de pesquisa; (2) realização da busca na literatura; (3) avaliação do que foi encontrado; (4) interpretação dos achados e; (5) sintetizar o que pode ser adquirido de conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na primeira etapa é elaborada a questão norteadora. Esta é a fase mais importante da revisão, pois é onde se determina quais os estudos e os meios adotados para identificação e as informações coletada de cada estudo selecionado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Na segunda etapa, é realizada a busca ou amostragem na literatura, propriamente relacionado à fase anterior. A busca deve ser ampla e diversificada nas bases de dados eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material publicado e não publicado (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

É na terceira etapa onde é realizada a coleta dos dados a partir da seleção dos artigos. Para uma seleção criteriosamente é importante utilizar instrumentos capazes de assegurar uma pesquisa de qualidade onde os dados devem incluir definição, objetivos e metodologia.

A quarta etapa destina-se a fazer a análise crítica dos estudos selecionados. Nesta fase, os artigos selecionados são analisados observa-se a qualidade introdutória e metodológica, a importância das informações e a avaliação da qualidade dos estudos, é fundamental para a integridade científica da revisão integrativa.

Na quinta etapa, os resultados são discutidos, fazemos as interpretações e as comparações dos dados evidenciados nas análises dos artigos aos referenciais teóricos.



Artigo

Na última etapa, a revisão integrativa é apresentada de modo claro e objetivo, contemplando todas as fases anteriores onde o leitor possa avaliar todos os resultados da revisão integrativa.

Para nortear a presente revisão integrativa formulou-se a seguinte questão: Quais as medidas de prevenção e controle da tuberculose multirresistente?

O estudo será desenvolvido junto às bases de dados da Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a qual é a mais importante, e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura, a população foi representada por publicações sobre a temática e a amostra é constituída pelos os documentos eletrônicos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em qualquer período, no idioma português, disponíveis na íntegra na base de dados selecionada e que estiverem relacionados ao tema proposto.

Foram excluídas da amostra teses e dissertações, bem como artigos que não estavam disponíveis na íntegra, e publicados nos idiomas ingleses e espanhóis. Também foram excluídos cujos resumos encontraram-se indisponíveis e aqueles que não abordassem a temática proposta.

O levantamento das publicações será realizado a partir do cruzamento dos seguintes termos: “Tuberculose” e “Enfermagem”, separados pelo operador booleano AND. A escolha destes termos justificou-se pela recuperação de um maior quantitativo de artigos na base de dados.

Para coleta de dados dos artigos foi utilizado um instrumento específico composto pelos seguintes itens: título do artigo, autores, ano de publicação, nome do periódico, objetivos, metodologia e síntese do conhecimento divulgado no artigo.

Para a apresentação dos resultados, serão realizadas as seguintes etapas: identificação dos artigos que respondem à questão norteadora, e caracterização dos mesmos, por ano de publicação, tipo de metodologia adotada origem do estudo e desenho metodológico. Em seguida, é apresentada a revisão integrativa de forma descritiva, com intuito de possibilitar ao leitor uma avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos estudos

Dos artigos incluídos na revisão integrativa foram 05 artigos publicado no periódico Jornal Brasileiro de Pneumologia, 01 artigo na Revista Eletrônica de Enfermagem, 01 artigo no periódico Caderno de Saúde Pública e 01 no periódico Portal de Revista SES. Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se na amostra: sete estudos de campo, um estudo de Revisão da literatura. Quatro dos artigos são de caráter qualitativo, três Documental/Retrospectivo e um Documental/Retrospectivo.

Constatou-se que a maioria dos estudos (quatro) é proveniente do sudeste brasileiro. Em relação ao ano de publicação, o primeiro estudo data de 2006 e o ultimo de 2014. No ano de 2015 e 2016 não houve nenhuma publicação.

Quadro 1 – Características dos estudos incluídos na amostra da revisão integrativa

Nº	Título	Periódico	Autor(s)	Ano	Origem	Tipo de Estudo
1	Prevalência de resistência primária em pacientes com tuberculose pulmonar sem fatores de risco conhecidos para resistência primária	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Bastos et al	2012	Rio de Janeiro, RJ	Documental/Retrospectivo
2	Prevalência de Mycobacterium tuberculosis resistente em pacientes sob tratamento parcialmente intermitente ou sob tratamento diário	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Alvarez, Rodrigues e Viegas	2009	Brasília, DF	Descritivo/Qualitativo
3	Evolução clínica de um grupo de pacientes com TB multirresistente atendidos em um centro de referência na cidade do	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Siqueira et al	2009	Rio de Janeiro, RJ	Descritivo/Qualitativo



Artigo

	Rio de Janeiro					
4	Tuberculose resistente em pacientes incluídos no II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos Antituberculose realizado em Porto Alegre, Brasil	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Micheletti et al	2014	Rio Grande do Sul, RS	Descritivo/Qualitativo
5	Caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João pessoa, PB	Revista Eletrônica de Enfermagem	Nogueira et al	2009	João Pessoa, PB	Documental/Retrospectivo
6	Resistência do Mycobacterium tuberculosis às drogas em pacientes HIV+ em cinco municípios da Baixada Santista, São Paulo, Brasil	Caderno de Saúde Pública	Rozman, Augusto e Mauro	2007	Rio de Janeiro, RJ	Descritivo/Qualitativo
7	Perfil de sensibilidade e fatores de risco associados à resistência do Mycobacterium tuberculosis, em centro de referencia de doenças infecto-contagiosas de minas Gerais	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Souza, Antunes e Garcia	2006	Belo Horizonte, BH	Documental/Retrospectivo
8	A experiência Brasileira no controle da multidroga-resistencia	Portal de Revista SES	Melo, F, A, F	2010	São Paulo, SP	Documental/Retrospectivo

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2016



Artigo

Conforme o quadro acima no que diz respeito ao periódico de publicação do jornal Brasileiro de Pneumologia apresenta a maior produção com cinco artigos.

O estudo 01 teve como objetivo estimar a prevalência de resistência primária aos medicamentos do esquema básico de tratamento antituberculose em pacientes com tuberculose pulmonar virgens de tratamento sem fatores de risco conhecidos para resistência primária, e identificar os possíveis fatores associados a resistência medicamentosa, foram incluídos no estudo 29 pacientes. A prevalência de resistência primária geral foi de 16,3%. A prevalência geral de resistência à isoniazida e à estreptomicina foi, respectivamente, 9,6% e 9,1%, enquanto a prevalência de monorresistência à isoniazida e à estreptomicina foi de, respectivamente, 5,8% e 6,8%. A prevalência de resistência a dois ou mais fármacos foi de 3,8%, e a prevalência de tuberculose multirresistente foi de 0,5%. Não foram observadas associações estatisticamente significativas e resultados de teste de sensibilidade aos fármacos.

O estudo 2 objetivo comparar as taxas de prevalência de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes entre pacientes sob tratamento parcialmente intermitente e daqueles sob tratamento diário. Resultados: A prevalência da resistência primária como um todo no Distrito Federal e no restante do Brasil foi de 9,2% e 9,3% ($p = 0,94$), respectivamente. A prevalência de monorresistência foi de 6,6% e 6,9% ($p = 0,89$), respectivamente, e a de multirresistência, 1,0% e 1,2% ($p = 0,85$), respectivamente. A prevalência de resistência adquirida como um todo no Distrito Federal e no restante do Brasil foi de 15,8% e 26,8% ($p = 0,39$), respectivamente. A prevalência de monorresistência adquirida foi de 5,3% e 13,7% ($p = 0,33$), respectivamente, e a de multirresistência, 0,0% e 10,2% ($p = 0,16$), respectivamente.

O estudo 3 teve como objetivo geral Analisar as características clínicas e a evolução de um grupo de pacientes com culturas de escarro positivas para *Mycobacterium tuberculosis* multirresistente (MR) e tratados em um centro de referência no município do Rio de Janeiro. teve como resultados: a média do número de tratamentos prévios foi de $2,3 \pm 0,9$. O tempo médio entre o diagnóstico inicial e o desenvolvimento de TBMR foi de $2 \pm 1,7$ anos.

Após dois anos do tratamento inicial para TBMR houve 2 abandonos, 8 óbitos, 18 curas e 22 falências. A análise bivariada mostrou que o comprometimento pulmonar bilateral e o padrão cavitário reduziram acentuadamente a chance de cura, com risco relativo de 1-0,6 (40%) e 1-0,7 (30%), respectivamente. Ao final do seguimento, houve 2 abandonos, 9 falências, 17 curas e 22 óbitos.



Artigo

O estudo 4 neste estudo o objetivo foi descrever a prevalência de tuberculose multirresistente (TBMR) em pacientes com tuberculose em uma importante cidade brasileira através do II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos Antituberculose, assim como as características sociais, demográficas e clínicas desses pacientes. Resultados: Foram incluídos 299 pacientes. Desses, 221 (73,9%) eram homens e 77 (27,3%) tinham história de tuberculose. A idade média foi de 36 anos. Dos 252 pacientes testados para HIV, 66 (26,2%) estavam infectados. A prevalência da TBMR na amostra geral foi de 4,7% (IC95%: 2,3-7,1); enquanto essa foi de 2,2% (IC95%: 0,3-4,2) nos pacientes virgens de tratamento e de 12,0% (IC 95%: 4,5-19,5) naqueles com história de tratamento antituberculose. A análise multivariada mostrou que história de tuberculose e maior tempo para o diagnóstico associaram-se a TBMR.

O estudo 5, Objetivou-se descrever as características clínico-epidemiológicas dos pacientes que desenvolveram resistência aos tuberculostáticos, assistidos em hospital de referência em João Pessoa, PB. Os resultados revelaram que 77% dos casos encontravam-se na faixa etária de 36 a 55 anos; 72,5% do sexo masculino; 55% solteiro/separado; 77% possuíam baixa escolaridade; 64% renda familiar inferior a um salário mínimo. Quanto à caracterização clínica, 100% apresentavam forma clínica pulmonar e resistência a isoniazida; 73% resistentes a isoniazida, rifampicina e a uma terceira droga; 40% à pirazinamida. Além da resistência às drogas de primeira e segunda linha, observouse resistência a clofazimina, droga utilizada para tratamento de casos multirresistentes. Chama atenção, que 95% dos casos tinham história de tratamento anterior, sugerindo a necessidade de adoção de medidas que aumentem o rendimento das ações de controle da TB, em especial à implementação da supervisão terapêutica para casos sensíveis, evitando o aparecimento da resistência.

O estudo 6 teve como objetivo avaliar os padrões de sensibilidade de *Mycobacterium tuberculosis*, taxa de resistência e predispondo fatores entre os pacientes HIV+ EM SANTOS, São Vicente, Cubatão, Praia grande e Guarujá, São Paulo, Brasil. Nos resultados a resistência ocorreu em 57 pacientes (18,9%), como segue: 32 (10,6%) mostraram multirresistente tuberculosis (resistente a pelo menos rifampicina e Isoniazida); 4 (1,3%) eram resistentes a dois ou mais drogas; e 21 (7%) eram resistentes a um único medicamento. resistência adquirida foi observada em 70,1% dos casos.

O estudo 7 teve por objetivo estudar os fatores determinantes da multirresistência do *Mycobacterium tuberculosis* às drogas tuberculostáticas em centro



Artigo

de referência de doenças infecto-contagiosas do Estado de Minas Gerais, Hospital Eduardo de Menezes. Durante o período de estudo, doze casos de tuberculose multirresistente foram identificados (3,83%). Na análise univariada, a tuberculose multirresistente foi mais comum no sexo masculino, em pacientes com baciloscopia de escarro positiva, pacientes com cavitações maiores que 4 cm de diâmetro e pacientes com um ou mais tratamentos prévios para tuberculose ($p = 0,10$). Após a análise multivariada somente o tratamento anterior para tuberculose permaneceu estatisticamente significativo ($p = 0,0374$), com *odds ratio* de 14,36 (1,96 - 176,46).

O estudo 8 o objetivo deste trabalho foi avaliar a evolução da resistência aos medicamentos, a emergência da resistência múltipla e como foi organizado o controle desta forma da doença. O resultado apresentou uma taxa de eficácia/efetividade de 94,6%-77,8%; a taxa de abandono foi de 13,7%; de falência 1,5%; troca por efeitos adversos 3,1%; e de mortalidade de 3,9%.⁷ Na década de 1990 e no início do novo milênio (1990-2002), estas taxas foram de 93,9%, 77,1%, 13,1%, 1,7%, 3,3% e 4,8%, respectivamente.⁸ Quanto ao E-3 de reserva, o rendimento foi baixo, com a taxa de eficácia/efetividade variando entre 57,5%-85,2% e 66,7%-84,7%.

Categorias Temáticas

Após realização de uma leitura minuciosa, escolha e seleção do conteúdo, nesta etapa prosseguiu-se com a categorização do estudo, as quais a seguir, serão apresentadas e discutidas a produção científica. Os estudos da amostra foram dispostos em duas categorias: (1) O perfil da Multirresistência e (2) O Controle da Multirresistência.

Perfil da Multirresistência

Evidenciou cerca de 75 pacientes com tuberculose pulmonar, onde foi encontrado resistência a pelo menos um fármaco em 10,6% dos casos de tuberculose pulmonar. A rotina atual de somente considerar necessária a cultura e o teste de sensibilidade aos fármacos em casos com fatores de risco, a elevada taxa de resistência primária em pacientes sem fatores de risco conhecido ou em pacientes provenientes de áreas com elevada taxa de incidência e de abandono deve ser motivo de reflexão pelas autoridades. (Bastos, et al, 2012, Estudo 1).



Artigo

O presente estudo mostrou uma alta prevalência de resistência primária em pacientes com tuberculose pulmonar, sem fatores de risco conhecidos ou que fosse virgem de tratamento, sendo de grande importância a realização da cultura para M. tuberculosis e de testes de sensibilidade aos fármacos, sendo este método mais moderno. (BASTOS, et al, 2012, ESTUDO 1).

A resistência a múltiplas drogas é relacionada ao contato do microorganismo com estes fármacos, podendo ser classificada como primária ou adquirida, entendendo-se por ineficiência fatores ligados à eficácia das drogas e ao sistema de administração (ALVAREZ, RODRIGUES, VIEGAS, 2009, ESTUDO 2).

Evidenciamos neste estudo, fatores que interferem no tratamento, relacionados ao perfil dos pacientes estudados, como a prevalência da AIDS, alcoolismo e uso de drogas ilícitas (ALVAREZ, RODRIGUES, VIEGAS, 2009, ESTUDO 2).

Nesse estudo explica que a alta mortalidade e a evolução para tuberculose multirresistente são compreendidas pela impossibilidade de procurar ou de encontrar tratamento médico adequado, o abandono do tratamento de recidivas, muitas vezes ligados ao alcoolismo, condições socioeconômicas ruins e à coinfeção pelo HIV (SIQUEIRA, et al, 2009, ESTUDO 3).

Evidenciamos que uma das maiores incidências de TB e de TBMR no país a menor porcentagens de cura relatada devem está ligadas a maior gravidade dos casos, tendo uma associação entre internações e óbitos, embora as recidivas freqüentes que aconteceram no inicio do tratamento estão relacionadas às tomadas irregulares dos medicamentos, em que a cura se da com a manutenção de um significativo de bacilos persistentes que voltam a se desenvolver mais com a resistência. (SIQUEIRA, et al, 2009,ESTUDO 3).

O presente estudo mostra uma prevalência de 18,9% de pacientes com HIV resistentes às drogas antituberculosas, tendo a taxa de resistência primária esperada para os países em desenvolvimento de 15%.É de fundamental importância a intensificação das ações que visam à redução do abandono de tratamento nos doentes com co-infecção, onde é considerada uma elevada proporção de resistência secundária na região entre os pacientes HIV+ (ROZMAN, SANTO e ROSMAN, 2007, ESTUDO 6).

O diagnóstico de tuberculose multirresistente não só diminuiu as probabilidades de cura, como também aumenta o tempo do tratamento e a sua toxicidade, tendo o seu custo mas elevado, em cerca de 700 vezes, em comparação com esquemas usados na tuberculose multissensível (SOUZA, ANTUNES,GARCIA, 2006, ESTUDO 7).



Artigo

O tempo do aparecimento dos sintomas até a procura pelo atendimento médico varia de 30 semanas até nove semanas, tendo o maior tempo de início dos sintomas mais frequentes em pacientes com tuberculose multirresistentes diferente da tuberculose multissensível. Isto pode ser explicado pela própria evolução da doença resistente, com pacientes crônicos, história anterior de tratamento e abandono, maior demora pra procura do serviço médico, o que propícia a doença e sua propagação (SOUZA, ANTUNES, GARCIA, 2006, ESTUDO 7).

Embora os inquéritos de prevalência da resistência tendo o estudo do perfil dos casos da resistência, possuem uma importante ferramenta para o monitoramento da qualidade dos serviços prestados pelo SUS através dos programas de controle da Tuberculose, permitindo uma melhor determinação e medidas adequadas ao seu efetivo enfrentamento (NOGUEIRA, et al, 2008, ESTUDO 5).

Fatores relacionados a detecção tardia da DR-TB é um aumento da transmissão para indivíduos em domicílio, em ambientes hospitalares, prisões ou abrigos, onde a cadeia de transmissão e contaminação leva a um maior problema de casos existentes de tuberculose, podendo aumentar para uma epidemia mundial (MICHELETTI, 2014, ESTUDO 4).

A história de sintomas de tuberculose foi investigada por meio de sintomas relacionados à hemoptise, dor torácica, onde 45% da amostra que foram identificados, os mais frequentes foram em pacientes com história de tratamento para tuberculose (MICHELETTI, 2014, ESTUDO 4).

Controle da Multirresistência

Em pacientes com tratamento para tuberculose multirresistente no período inicial de dois anos, teve um avanço pior e mais mortes em pacientes que apresentam lesão bilateral e cavitária, com o número de morte sete vezes maior nos doentes com lesão bilaterais, do que naqueles com lesão unilateral. Tendo o maior índice de tuberculose em mulheres e em pacientes mais jovens que tem mais sobrevividas. (SIQUEIRA et al., 2009, ESTUDO 3).

A gravidade das lesões pulmonares no iniciou do tratamento de TBMR foi mais importante que os fatores naturais de proteção, os pacientes que foram curados apresentaram logo um ganho de peso, tendo a piora do caso e a evolução para a morte



Artigo

eram anunciados pela perda gradativa do peso durante toda a evolução do paciente. (SIQUEIRA et al., 2009, ESTUDO 3).

Nesse estudo podemos observar a falência do tratamento, onde ela apresenta pela transmissão de TBMR a possibilidade de estar transmitindo para os familiares, os profissionais de saúde e para a população em geral (SIQUEIRA et al., 2009 ESTUDO 3)

O aumento a alta prevalência da TBMR primária é encontrada devido ao aumento da taxa de abandono ao tratamento observada nos últimos 10 anos, tendo associado ao retratamento e ao maior tempo para o seu diagnóstico, onde essas condições por sua vez representam as conseqüências do atraso do diagnóstico e da falta de tratamento imediato, tendo dificuldades na sua detecção da resistência aos fármacos antituberculose, mesmo após a implantação da estratégia do DOTS, em uma recente análise sobre a transmissão da tuberculose e o atraso em seu diagnóstico sugere que a duração desse atraso é o principal obstáculo para o controle da epidemia (MICHELETTI, 2014, ESTUDO 4).

Fatores relacionados à detecção tardia da DR-TB é um aumento da transmissão para indivíduos em domicílio, em ambientes hospitalares, prisões ou abrigos, onde a cadeia de transmissão e contaminação leva a um maior problema de casos existentes de tuberculose, podendo aumentar para uma epidemia mundial. (MICHELETTI, 2014, ESTUDO 4).

No presente estudo, em seus resultados mostraram que é preciso a conscientização sobre estratégias de controle da tuberculose para melhorar a situação da saúde na região dos profissionais de saúde, gestores e autoridades, aumentando uma cobertura de tratamento, reduzir a taxa de abandono tratamento, identificar estratégias para que ocorra o diagnóstico da DR-TB e da TBMR nas unidades básicas de saúde e nos hospitais (MICHELETTI, 2014, ESTUDO 4).

Dentro deste estudo a TBMR é entendida como resistente apresentada por aqueles indivíduos que desenvolvem resistência por mais de um fármaco, que é comprovada através de cultura e teste de sensibilidade (NOGUEIRA et al., 2008, ESTUDO 5).

A continuidade e evolução do tratamento do paciente acometido por Tuberculose, são beneficiados pela capacidade de compreensão sobre o estado de saúde do indivíduo, pela necessidade da realização correta do tratamento pelo tempo



Artigo

necessário e a importância da adoção de atitudes que contribuam para o restabelecimento da saúde (NOGUEIRA, et al, 2008, ESTUDO 5).

Um dos principais sintomas da doença, é a tosse produtiva, devendo ser realizado uma anamnese entre os pacientes tabagistas com suspeita de Tuberculose pulmonar, sensível ou resistente, por se enquadrarem nessa categoria, sendo fundamental a pesquisa de modificação nas características habituais destes sintomas (NOGUEIRA et al., 2008, ESTUDO 5).

O diagnóstico de tuberculose multirresistente não só diminuiu as probabilidades de cura, como também aumenta o tempo do tratamento e a sua toxicidade, tendo o seu custo mas elevado, em cerca de 700 vezes, em comparação com esquemas usados na tuberculose multissensível. Em relação ao número de tratamentos realizados anteriormente para tuberculose, os pacientes portadores de tuberculose multirresistentes apresentam dois ou mais tratamentos anteriores para tuberculose (SOUZA, ANTUNES, GARCIA, 2006, ESTUDO 7).

A maioria dos pacientes deste estudo já tinha realizados tratamento anterior, devido a isso, surgiu uma necessidade da implementação de medidas que aumentem o rendimento das ações de controle da tuberculose, a implementação da supervisão terapêutica para casos sensíveis evitando o aparecimento da resistência (NOGUEIRA et al., 2008, ESTUDO 5).

A tuberculose multidroga-resistente (MDR-TB),tem grande relação com a evolução da resistência primária e pós- primária,onde no seu tratamento foi introduzidos o esquema alternativo indicado para os casos de TBMR. Casos de TB super- resistentes (TB-XDR), com resistência a duas ou mais drogas. O esquema inicial seria o básico, indicado para os não tratados e o esquema aplicado em recidivas, desde que não sejam resistentes à Rifampicina e/ou Isoniazida, que são considerados os multirresistentes (MELO, FERNANDO, AUGUSTO, 2010, ESTUDO 8).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu evidenciar a resistência aos fármacos utilizados na tuberculose multirresistente segundo as publicações científicas.

Este estudo permitiu identificar duas categorias temáticas que foram: O perfil da Multirresistência e o Controle da Multirresistência, com essas categorias, foi possível



Artigo

observar a análise crítica dos dados conforme a utilização da medicação da forma correta, em apresentar os pacientes que fazem parte da resistência aos fármacos, aumento da taxa de abandono ao tratamento, a demora para o diagnóstico da doença sugerindo a necessidade de adoção de medidas que aumentem o rendimento das ações de controle da TB, em especial à implementação da supervisão terapêutica para casos sensíveis, evitando o aparecimento da resistência.

Desse modo, os fatores limitantes para o estudo em questão estão relacionados com o aumento da prevalência da tuberculose multirresistente e do aumento da resistência aos fármacos, as contribuições devem estabelecer a eficácia do tratamento com a cura, controle, detecção precoce, o abandono, a falência e o óbito, tentando garantir um bom programa de controle da tuberculose que possa alcançar pelo menos metade da cura.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, T. A. et al. Prevalência de Mycobacterium tuberculosis resistente em pacientes sob tratamento parcialmente Intermitente ou Sob tratamento Diário. **J Bras Pneumol**. 2009; 35(6): 555-560.

ARBEX, Marcos Abdo et.al. Drogas antituberculose: Interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em Situações especiais. Parte 2: Fármacos de segunda linha. **J. Brasil. Pneumol**, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Tratamento Supervisionado Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **m Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Tuberculose Multirresistente: guia de Vigilância Epidemiológica**. Rio de Janeiro: Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2014.



Artigo

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose no Brasil e no Mundo**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31109. Acesso em 20 de nov. 2012.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2014.

BRITO, et.al, **Resistência aos medicamentos anti-tuberculose de cepas de Mycobacterium tuberculosis isoladas de pacientes atendidos em hospital geral de referência para tratamento de AIDS no Rio de Janeiro**. 2004

DALCOMO, et.al, Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.41, p.34-42, 2007, Suplemento 1.

DALCOMO, **Tratamento da Tuberculose Sensível e Resistente**. RJ 2012; 21(1):55-59 .

HIJJAR, M. A. et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Pulmão**, RJ 2005; 14(4): 310-314.

KRITSKI, Afrânio Lineu. **Emergência de Tuberculose Resistente: renovado desafio**. 2010.

LOPES, Alberto Oliveira. **Tuberculose um Problema de Saúde Pública: Causas do Abandono do Tratamento**. São Paulo 29 de Maio de 2010 (BVS).

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. **Text Context. Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p 758-64, out-dez. 2008.



Artigo

MELO, Fernando Augusto, et.al, Aspectos epidemiológicos da tuberculose multirresistente em serviço de referência na cidade de São Paulo. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. jan-fev, 2003.

ROCHA, Jorge Luiz, et al, Tuberculose multirresistente. Rev. Pulmão, RJ 2008; 17(1):27-32 27. SEISCENTOS et. al, Tuberculose Multirresistente (TBMR): aspectos clínico-laboratoriais, epidemiológicos e terapêuticos. **J. Brasil. Pneumol**, 1997



Artigo

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

OBSTETRIC VIOLENCE: AN INTEGRATIVE REVISION

Janiele Celine Lourenço da Silva¹
Emmanuella Costa de Azevedo Mello²
Emmanoela de Almeida Paulino Lima³
Rafaela Prima de Lucena⁴
Camila Abrantes Cordeiro Morais⁵

RESUMO: O momento do parto é uma experiência muito grande na vida de cada mulher, pois é um evento bastante importante. Muitas mulheres sofrem desrespeito, maus-tratos e abusos durante o parto. Assim, o presente estudo teve como objetivo sintetizar a produção científica nacional e internacional sobre violência obstétrica no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa, no qual, possibilita identificar e analisar resultados obtidos em pesquisas com inclusão de estudos experimentais e não experimentais. Foram levantados 61 artigos, que após a leitura de títulos, critérios de exclusão e leitura de resumos, restaram 17, os quais compuseram a amostra. Após análise dos estudos foi possível identificar 3 categorias temáticas: violência obstétrica : tipologia, definições e legislação; Tipos de violência obstétrica; negligência na assistência. Foi possível analisar que o cofator ineficaz da falta de conhecimento das parturientes faz com que elas sofram a violência sem perceber. Dessa forma a educação e as formas de aprendizagem em saúde são de total importância e deve ser primordial e indispensável em todo o pré-natal.

Palavras-chave: Violência, Enfermagem, Parto.

¹ Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula/ FESVIP

² Enfermeira, Especialista Em Saúde da Família com Ênfase Na Implantação das Linhas De Cuidado - UFPB.

³ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Coordenadora de Estágios da FESVIP

⁴ Enfermeira, Mestre em Modelos de Decisão em Saúde UFPB.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem – UFPB.



Artigo

ABSTRACT: The moment of childbirth is a very great experience in every woman's life, as it is a very important event. Many women experience disrespect, mistreatment and abuse during childbirth. Thus, the present study aimed to synthesize the national and international scientific production on obstetric violence in Brazil. It is an integrative study, in which, it is possible to identify and analyze results obtained in research with the inclusion of experimental and non-experimental studies. A total of 61 articles were collected which, after reading titles, exclusion criteria and reading summaries, remained 17, which made up the sample. After analyzing the studies, it was possible to identify 3 thematic categories: obstetric violence: typology, definitions and legislation; Types of obstetric violence; negligence in care. It was possible to analyze that the cofactor ineffective of the lack of knowledge of the parturients makes it possible for the violence to perceive. In this way education and the forms of learning in health are of total importance and must be paramount and indispensable in all opre-natal.

Keywords: Violence, Nursing, Childbirth.

INTRODUÇÃO

O momento do parto é uma experiência muito grande na vida de cada mulher, pois é um evento bastante importante, estabelecendo-se um processamento singular, um momento específico, único e especial, onde é evidente por amplas transformações, sejam elas anatômica e fisiológicas, porém a maior modificação é o papel de ser mãe (SANTANA; LANH; SANTOS, 2015).

Podemos analisar que o parto é um processo natural e fisiológico. Desde o princípio, era realizado de forma automática pela mulher, porém era auxiliado por pessoas que tinha um conhecimento sobre o nascimento, depois que ocorreu a institucionalização sobre esse trabalho, o parto se transformou em mecanizado e protagonizado, pois era abordado como uma doença, devido a esse fato começou a utilizar medidas intervencionista para tratá-los. Sendo assim, alguns profissionais desconsideraram o contexto psicossocial que engloba esse momento, tornando-se



Artigo

desumano para as parturientes, retirando assim todo seu direito e vontade do procedimento realizado (PERREIRA et al., 2016).

A parturição é um evento que se integra ao rol das experiências humanas que possuem um grande significado. Diferentes de outros momentos que necessitam de uma abordagem hospitalar, o parto se caracteriza como um evento totalmente fisiológico normal que requer apenas um cuidado e acolhimento específico. Porém, de acordo com a literatura vigente, esse evento é muitas vezes mencionado como uma violência institucional, realizada justamente por aqueles que deveriam prestar cuidados essenciais as parturientes (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011).

De quatro mulheres brasileiras uma sofre violência no parto, segundo uma pesquisa que realizada em 2010, pela fundação Perseu Abramo: “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”. A definição internacional de violência no parto menciona qualquer intervenção ou ato à mulher ou ao seu bebê, sendo praticado sem o consentimento esclarecido e informado da parturiente e, portanto, isso se torna um desrespeito a sua integridade física e mental, aos seus sentimentos, as suas opções e preferencias e principalmente pela autonomia que a mesma possui (SILVA et al., 2014).

Além desses fatores, existem ainda os xingamentos as parturientes, os comentários ofensivos e abusivos, agressão física, sofrimento psicológico e as discriminações socioeconômicas e raciais, em que esses fatores são declarados pelas mulheres que foram agredidas por alguns profissionais de saúde. Existem procedimentos como os processos invasivos, manobras de Kristeller, contenção da posição do parto, intervenções de averiguação e aceleração do parto, esses atos são classificados como violência obstétrica (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A OMS (Organização Mundial da Saúde) conceitua a violência como uma agressão ou omissão realizada ao indivíduo que produziu ou pode produzir um prejuízo psicológico, físico, sexual, introduzindo também ameaças, imposição ou privação da liberdade, tanto no público privado ou público. Por conter uma extensa definição, violência pode ser caracterizada em vários tipos, onde atinge a todos, portanto a prevalência é ampla nas classes que são menos favorecidas (SILVA et al., 2016).



Artigo

Acredita-se que a ausência de orientação nos atendimentos no pré-natal é um dos fatores analisados para ocorrer a manifestação e aceitação para as intervenções violentas que acontecem na hora do parto, portanto, podemos analisar que se o pré-natal for realizado de maneira efetiva, com orientações eficazes e consistentes em todo o período gestacional, a mulher vai ter total emponderamento e conhecimento para poder questionar sobre os procedimentos e realizações que poderão ser manifestadas perante ela (FRIGO et al., 2013).

Muitas mulheres sofrem desrespeito, maus-tratos e abusos durante o parto em institucionalizações de saúde, isso ocorre em todo o mundo. Esses tratamentos eles não violam apenas os direitos das mulheres sobre o cuidado que deve estar presentes mas, também ameaça o direito a vida, a integridade pessoal, à saúde e a não discriminação. Portanto, as declarações convocam uma maior vinculações de ações, mobilizações, diálogo sobre esse tema de saúde pública e direitos humanos de tamanha importância (OMS, 2014).

Diante dessas considerações surgiu o interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre a produção científica na qual se busca identificar as intervenções de violência no parto, que causa a parturiente atos violentos e traumáticos, onde essa busca tem a relevância de contribuir na melhoria das práticas assistenciais dos profissionais e na diminuição da violência obstétrica na hora do parto. Tal investigação justifica-se para conhecimento e interpretação da produção sobre o tema com a finalidade do desenvolvimento de futuras pesquisas além de contribuir para a atuação do profissional de enfermagem diante a situação.

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais os estudos existentes na literatura nacional e internacional sobre violência obstétrica no Brasil ?. A fim de cooperar com as pesquisas e com a melhoria da assistência durante o parto, a realização dessa pesquisa teve como objetivo sintetizar a produção científica nacional e internacional sobre violência obstétrica no Brasil.



Artigo

MÉTODO

O presente estudo em questão foi realizado mediante o método de revisão da literatura. Método esse que para Souza, Silva e Carvalho (2010) é considerado como uma abordagem do tipo metodológica referente às revisões, que permite a inclusão de estudos ou pesquisas experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do caso analisado.

Para compor o corpus da pesquisa, houve a busca por artigos no período de janeiro à abril de 2018, com acesso a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), operacionalizado mediante busca eletrônica de artigos indexados na biblioteca virtual Scientific Electronic Library on-line (SCIELO); Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS); BDENF – Enfermagem. Para o levantamento da pesquisa, foram utilizados os descritores: violência, parto e enfermagem, através do operador booleano “AND”, com o objetivo de facilitar a busca aos manuscritos.

Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura, a população foi representada por publicações sobre a temática e a amostra foi constituída pelos os documentos eletrônicos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos anos de 2000 a 2017, no idioma português, disponíveis na íntegra na biblioteca e bases de dados selecionadas e que estiverem relacionados ao tema proposto. Desse modo, foi possível identificar 336 publicações.

Foram excluídos da amostra teses e dissertações, artigos com resumos indisponíveis e artigos repetidos nas bases de dados. Neste presente estudo foram localizados 61 artigos. Dos quais 40 não respondiam aos critérios da pesquisa e 4 encontravam-se repetidos nas bases de dados exploradas. Após a seleção e leitura criteriosa de cada um dos artigos, apenas 17 correspondeu a questão norteadora e atenderam aos critérios da pesquisa.

A seguir os estudos foram agrupados em categorias e ideias principais, conforme o tema abordado, para discutir os fatores relacionados à violência no parto. Dessa forma, foram estabelecidas as seguintes categorias: violência obstétrica: tipologia, definições e legislação, formas de violência no parto e negligência na assistência.



Artigo

RESULTADOS

Na presente revisão integrativa da literatura analisou-se dezessete artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A seguir será apresentado um panorama geral dos artigos avaliados, antes de proceder à apresentação das categorias temáticas.

Caracterização dos estudos

Em relação ao ano de publicação, o primeiro estudo data do ano 2004. Os anos de 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008, 2010, 2012 e 2015, não tiveram publicações. Os demais anos, manteve uma distribuição equitativa, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos artigos da amostra por ano de publicação.

Ano de publicação	2004	2009	2011	2013	2014	2016	2017
Numero de artigos	01	01	03	01	02	02	07

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2018. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Dentre a categorização das 17 publicações selecionadas 100% dessa amostra encontram-se na base de dados LILACS.

No quadro 1 á seguir, são expostas as particularidades dos artigos estudados da amostra, classificados quanto ao autor, título, base de dados, método realizado, ano e origem.



Artigo

Quadro 1 – Características dos estudos incluídos na amostra da revisão integrativa.

Números	Autores	Título	Bases de dados	Métodos	Ano	Origem
01	ANDRADE, P.O.N.; e t al.	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco.	LILACS	Estudo transversal	2016	Recife /PE
02	AGUIAR, J.M.; OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.	LILACS	Pesquisa de campo	2013	Rio de Janeiro/RJ



Artigo

03	SENA, L.M.; TESSER, C.D.	Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.	LILACS	Estudo de caso	2017	-----
04	OLIVEIRA, M.C.; MERCES, M.C.	Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas.	BDENF	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	2017	Recife /PE
05	GRADIM, C.V.C.; et al.	Violência no parto: revisão integrativa.	BDENF	Revisão integrativa	2017	Recife /PE
06	POMPEU, K.C.; et al	Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem	BDENF	Descritiva, com abordagem qualitativa	2017	RS



Artigo

07	SOUZA, A.C.; et al.	Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura	LILICS	Revisão de literatura	2016	Campinas
08	OLIVEIRA, R.T.; et al.	Percepção das mulheres sobre violência obstétrica	BDENF	Estudo descritivo, exploratório	2017	Recife /PE
09	SÁ, A.M.P.; et al	O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres	BDENF	Estudo descritivo, exploratório	2017	Recife /PE
10	TESSER, C.D.; et al.	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer	LILACS	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	2017	Rio de Janeiro/ RJ



Artigo

11	FIGUEIREDO, N.M.A.; et al.	Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto- Uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica.	LILACS	Estudo qualitativo par tir de estratégia	2004	-----
12	SILVA, M.G.; et al	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	LILACS	Estudo de caso	2014	São Paulo /SP
13	SANFELICE, C.F.O.; et al.	Do parto institucionalizado ao parto domiciliar	BDENF	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	2014	Campinas /SP



Artigo

14	FRELLO, A.T.; CARRAARO, T. E.; BERNARDI, M.C.	Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira	BDENF	Estudo de revisão teórica	2011	Salvador /BA
15	AGUIAR, J.M.; OLIVEIRA, A.F. P.L.	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias	EMS-ACERVO	Estudo qualitativo	2011	São Paulo/sp
16	RATTNER, D.	Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.	LILACS	Estudo de revisão teórica	2009	-----
17	WOLFF, R.L.; WAL	Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto	LILACS	Estudo qualitativo	2011	São Paulo/sp



Artigo

DISCUSSÃO

Categorias temáticas

Nesta seção, será sintetizada e discutida a produção científica sobre os fatores relacionados à violência no parto. Para facilitar essa apresentação, os estudos da amostra foram dispostos em três categorias temáticas: (1) Violência obstétrica: tipologia, definições e legislação; (2); Tipos de violência obstétrica (3); Negligência na assistência.

Violência obstétrica: tipologia, definições e legislação

O parto em si, é uma sequência natural e fisiológica que simboliza um marco na trajetória da mulher, no qual esse processo requer cuidados e acolhimentos específicos, que acontece por todos os tempos e por todas as sociedades. É uma experiência cheia de mudanças psíquicas, sociais e biológicas, entretanto é um momento alternado de sentimentos e dúvidas (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

Em diversos locais podem ocorrer violência contra a mulher, seja ela em casa, no trabalho, nas ruas e em instituições de saúde. Esse último item que revela a violência institucional, vem ganhando uma grande visibilidade nesses últimos tempos, basicamente tem sido tema de estudos para uma averiguação mais específica principalmente quando fala da violência que é realizada durante o parto, que é esse um processo totalmente natural, onde deveria causar felicidades, acolhimento e cuidados a parturiente (GRANDIM et al, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou há quase duas décadas informações sobre a assistência ao parto normal, relacionadas as condutas obstétricas que estavam sendo recomendadas e que elas deveriam ser mantidas no âmbito hospitalar, além de algumas condutas que deveriam ser realizada com cuidados devido à escassez de comprovação dos seus benefícios. As classificadas como prejudiciais ou danosas, onde essas deveriam ser abolidas junto com as práticas inadequadas. De acordo com esse documento, o Ministério da Saúde (MS) em 2000 lança o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento com intuito de garantir as recomendações e os



Artigo

diretos que as mulheres possuem no ciclo gravídico-puerperal (ANDRADE et al, 2016).

A violência obstétrica é analisada pela apropriação dos processos reprodutivos das mulheres e do seu corpo, apropriação essa realizada pelos profissionais da saúde, observando um tratamento desumanizado, abuso em relação a medicação e patologização dos processos naturais, onde esses processos causam perda da autonomia e da capacidade da mulher decidir livremente sobre o seu próprio corpo, implicando assim um impacto negativo na qualidade de vida da parturiente (OLIVEIRA et al., 2017).

A segurança do paciente, tem se tornado uma grande preocupação nos últimos anos, pois acidentes vem ocasionando vários danos e riscos, como: social, físico, psicológico e eventos adversos. Em 25 de julho de 2013 a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, teve o objetivo de instituir praticas relacionadas as ações para um melhoramento na promoção da segurança do paciente e para uma maior capacidade dos serviços de saúde. Teve como diretrizes as boas práticas de funcionamento dos serviços sendo eles: públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, onde foi incluso aqueles que realizam ações de ensino e pesquisa. Entretanto se fez necessária uma estruturação nos serviços de saúde (SÁ et al., 2017).

Segundo uma pesquisa realizada em 2010 uma em cada quatro mulheres brasileiras sofrem violência no parto, pesquisa essa realizada pela Fundação Perseu Abramo: “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços públicos e privados”. O conceito da tipologia internacional do parto é definido como qualquer ato ou intervenção que é direcionado ou realizado à parturiente ou ao seu bebê, ou seja atos que são praticados e realizados sem o consentimento explicito e informado da mulher, pois, isso vincula para perca da sua autonomia, integridade mental e física, as suas opções e preferências e aos seus sentimentos (SILVA et al., 2014).



Artigo

Tipos de violência obstétrica

Quando se trata da violência à mulher durante o trabalho de parto, pode ser analisada como uma situação alarmante, pois essa é uma questão dificilmente abordada nesta área, porém é muito comum no cotidiano das maternidades. Esta é uma violência totalmente silenciosa em que as mulheres, ao invés de serem cuidadas e respeitadas devido ao momento que estão vivenciando, elas são apenas atendidas. Esses processos que acontecem é um cuidado, porém desconfortante para a mulher pois a impede de sentir dona do seu próprio corpo (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011).

Dentro da população do Brasil as mulheres constituem a maior parte e sem dúvidas são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém mesmo as mulheres sendo mais vinculadas ao sistema, não tem sido suficiente para solucionar o problema quando se refere as violências que estão sendo cometidas dentro das próprias instituições, que hoje é considerada uma infração grave e um grande problema de saúde pública (GRANDIM et al., 2017).

Nesse contexto surge o entendimento da violência obstétrica, onde se designa principalmente pela negligência da assistência prestada as parturientes, a toda uma discriminação social, violência verbal, física e psicológica, como abordado. Pode se caracterizar violência obstétrica através do uso das tecnologias inadequadas e a inclusão de procedimentos durante o período gravídico puerperal, sem os conhecimentos explícitos e a permissão da gestante/parturiente, afligindo os princípios dos direitos individuais de cada mulher (ANDRADE et al., 2016).

A violência obstétrica pode ser analisada desde: uma discriminação social, uma inadvertência na assistência, violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), violência verbal (ameaças, reprimendas, humilhação intencional, gritos, tratamentos grosseiros) e até o abuso sexual. Podemos averiguar também os usos inadequados de tecnologias, procedimentos e intervenções que são desnecessárias frente às comprovações científicas, trazendo uma series de resultados danosos e negativos de intervenções que pode trazer sequelas e riscos, esses fatores eles são categorizados como uma prática violenta (SENNÁ; TESSER, 2017).

A uma grande insistência na utilização de ações não recomendadas pelas evidencias de estudos, como a imobilização ao leito, o uso abusivo de ocitocina e



Artigo

a posição litotômica na hora do parto, esses procedimentos podem levar ao prolongamento do trabalho de parto (TP) e do período expulsivo, além da compressão de grandes vasos, onde esses fatores consequentemente vão sinalizar negativamente sobre os resultados perinatais (ANDRADE et al., 2016).

A violência em si é um fenômeno que está em elevação, com perceptibilidade na mídia e na sociedade, as violências obstétricas elas ainda têm uma cobertura muito ampla, principalmente nos próprios serviços de saúde, nos quais os profissionais que presenciam as situações da violência protegem o agressor ou escondem os fatos, por motivos de receio em criar brigas, conflitos e inimizades no ambiente hospitalar (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

Negligência na assistência

Frente aos comentários dos maus-tratos vividos pelas pacientes dentro das instituições de saúde, poderia analisar que a violência seria um hábito ou um uso de poder dos profissionais, sendo esses dois itens “violência e poder”, dois aspectos de um mesmo fenômeno de vinculação apenas com diferenças quantitativas. Entretanto podemos analisar que a violência não é um item excessivo ou exagerado do poder, porém se expressa com o significativo valor de mais do mesmo poder, pois, estão interligadas. Portanto, a violência constitui uma inexistência do poder ao ser determinado por uma autoridade sem autenticidade (AGUIAR; OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

O cenário das maternidades e hospitais encontram-se em situações precárias quando se trata de respeito, pois os relatos de humilhação frente as pacientes estão aumentando cada vez mais, embora muitos profissionais trabalham e lutam pelos direitos da mulher em relação aos processos reprodutivos mas infelizmente a situação ainda se encontra escassa. Diante dos fatos, os profissionais preferem manter o silêncio ao invés de manifestar sua opinião em relação do que ele presenciou, devido ao medo do que poderia vir acontecer (GRANDIM et al., 2017).

Os profissionais de saúde tem que manter um vínculo com a paciente, mantendo ela informada, explicando assim a finalidade de cada intervenção ou tratamento que ela será exposta, além de informar os riscos ou possíveis complicações que podem vir



Artigo

acontecer. A mulher tem o direito de receber todas as informações sobre os processos indicados pra ela numa linguagem clara, objetiva e específica, além de tratá-la de modo compreensível e respeitoso. Com base nesse discurso a mulher tem direito de recusar procedimentos e tratamentos em seu corpo, o que podemos chamar de direito à recusa informada (OLIVEIRA et al., 2017).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, aponta nessa perspectiva, a Resolução RDC nº36, para uma maior segurança do paciente, pertencendo ao serviço de saúde proporcionar uma melhoria na assistência para fazer uma redução nos possíveis riscos que podem vir acontecer à saúde, em relação a mulher e ao seu conceito, outrossim fazer um favorecimento no acompanhamento da mulher na trajetória do seu parto e puerpério imediato, como está previsto na Lei; caso essas manifestações venham ser contrárias as resoluções, ela ficará exposta à violência de caráter psicológico, moral e físico (SÁ et al., 2017).

Realizar o abuso frente ao pré-natal e parto são desrespeito e violações sobre os direitos humanos básicos das mulheres. Os direitos são vinculados em documentos dos direitos humanos que são estabelecidos internacionalmente como: Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Declaração Universal dos Direitos Humanos; Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção; Pacto Internacional Sobre Direitos Cíveis e Político; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (SILVA et al., 2014).

CONCLUSÃO

De acordo com os artigos que atenderam aos critérios de inclusão nesta revisão integrativa, os resultados mostraram que ainda não é de conhecimento das puérperas quando se trata de violência no parto, entretanto esses atos eles se restringiram ao caráter físico, psicológico, sexual e de negligência. Foi possível analisar e averiguar profundamente, pois o cofator ineficaz da falta de conhecimento faz com que ela sofram a violência dentro do setor hospitalar sem perceber, isso se torna uma



Artigo

maneira velada e encarada com empatia como esse fato fosse certo na trajetória do parto. Dessa forma a educação e as formas de aprendizagem em saúde são de total importância e deve ser primordial e indispensável em todo o pré-natal, pois o conhecimento deve ser adquirido nessa fase.

Os estudos têm demonstrado que as mulheres vivenciam e relatam como condições desfavoráveis e prejudiciais ao parto, mas não reconhecem esses fatores como violência. Por outro lado, os profissionais de saúde atribuem as condutas inadequadas a diversos fatores, como a falta de estrutura física, condições inadequadas de trabalho, à necessidade de organizar e controlar o serviço e não como fator de relacionamento.

A síntese em estudo vem mostrando que as parturientes que vivenciaram e vivenciam comentam esses fatos como atos desconfortáveis durante o parto, portanto não reconhece esses fatores aglomerados de violência. Vendo também que os profissionais de saúde principalmente os que trabalham em maternidades concedem as condutas que são totalmente contrárias e desfavoráveis as parturientes, pois quando presenciaram um fato da violação se inibem para não haver conflitos dentro do seu setor ou ficam com medo de expor sua opinião para não serem demitidos.

Entretanto, foi de uma ampla averiguação que essa violência que ocorre durante o trabalho de parto acontece sim no nosso cotidiano, como uma forma natural do processo de parir, onde esses fatores das práticas obstétricas são de difíceis mudanças devido aos fatos históricos, culturais e que ainda é vista como práticas rotineiras quando se trata de parto. Um ponto específico para acontecer uma mudança é a Política de Humanização que foi lançada em 2000, além da educação em saúde e das práticas de informações que devem ser passadas para a gestante, porém essa finalidade visa contribuir para uma transformação na assistência.

Podemos avaliar que para ter uma mudança nesse fator da violação as parturientes, a equipe multiprofissional deve ter uma conscientização sobre todos os fatos, além do fato que as mulheres tem um papel principal nessa mudança, pois devido ao seu conhecimento ela pode lutar pelos seus direitos e por uma garantia melhor na assistência. É de grande necessidade novas pesquisas com este determinado tema para assim comprovar diferentes hipóteses envolvendo esse assunto, gestantes,



Artigo

famílias e equipes de saúde. Pois através de realizações de pesquisas vai melhorar o atendimento via parto e ampliar a implementação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P.O.N.; et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife-PE, v.16, n.1, p. 29-37, jan./mar., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>

AGUIAR, J.M.; OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro-RJ, v. 20, n.11, p. 2287-2296, nov, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>

FRELLO, A.T.; CARRAARO, T.E.; BERNARDI,M.C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador-Ba, v. 25, n. 2, p. 173-184, maio./ago., 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/janie/Downloads/5093-18539-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/janie/Downloads/5093-18539-2-PB%20(1).pdf)

FRELLO, A.T.; CARRAARO, T.E.; BERNARDI,M.C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador-Ba, v. 25, n. 2, p. 173-184, maio./ago., 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/janie/Downloads/5093-18539-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/janie/Downloads/5093-18539-2-PB%20(1).pdf)

FRIGO,J.; et al. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. **Revista Cogitare Enferm.** Santa Catarina-SC, v. 18, n. 4, p. 761-6, Out/Dez., 2013. Disponível em: <file:///F:/artigos%20do%20pr%C3%A9-projeto/FRIGOO.pdf>



Artigo

OLIVEIRA, R.T.; et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Rev enferm UFPE on line**. Recife-PE, v.11, n.1, p. 40-6, jan., 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/janie/Downloads/11876-28473-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/janie/Downloads/11876-28473-1-PB%20(1).pdf)

OLIVEIRA, M.C.; MERCES, M.C. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Rev enferm UFPE on line**. Recife-PE, v11, n.6, p. 2483-9, jun., 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/janie/Downloads/23415-45515-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/janie/Downloads/23415-45515-1-PB%20(1).pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: <file:///F:/artigos%20do%20pr%C3%A9%20projeto/OMS%202014%20REFERENCIA.pdf>

PERREIRA, J.S., et al. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Revista Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. v.15, n.1, p.103-108, 2016.

Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%C3%AanciaObst%C3%A9tricaOfensa.pdf

Parto do Princípio–Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa dossiê da violência Obstétrica. “Parirás com dor”. **Elaborado para a CPMI violência contra as mulheres**. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

POMPEU, K.C.; et al. Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. **Rev. Recom**. Rio grande do Sul, v.7, n. 1142, p. 2-8, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/janie/Downloads/1142-6800-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/janie/Downloads/1142-6800-1-PB%20(1).pdf)

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Rev. Interface**. v.13, n.1, p.595-602, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>



Artigo

GRADIM, C.V.C.; et al. Violência no parto: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. Recife-PE, v.11, n.3, p. 1299-308, mar., 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/janie/Downloads/13506-34338-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/janie/Downloads/13506-34338-1-PB%20(2).pdf)

SANTANA, F.A.; LAHM, J.V.; SANTOS, R.P. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**. Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 123 - 127, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/21337/pdf>

SILVA, M.G.; et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**. São Paulo-SP, v.15, n.4, p.720-8, jul./ago., 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf
SILVA, R.L.V., et al. Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. **Revista de Enfermagem UEPE online**. Recife, v.10, n.12, p. 4474-80, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11512/13392>

SÁ, A.M.P.; et al. O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. **Rev enferm UFPE on line**. Recife-PE, v.11, n.7, p. 2683-90, jul., 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/janie/Downloads/23440-45641-1-PB.pdf>

SENA, L.M.; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas. **Rev. Interface**. v.21, n.60, p.20-209, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>

SOUZA, A.C.; et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas-SP, v.25, n.3, set./dez., 2016. Disponível



Artigo

em: <file:///E:/projeto%20do%20artigo/pasta%20artigo%20bvs/CORRESPONDERAM/17.pdf>

SANFELICE, C.F.O.; et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene**. Campinas-SP, v. 12, n.2, p.362-70, mar./abr., 2014.
Disponível em: <file:///C:/Users/janie/Downloads/3170-5930-1-SM.pdf>

TESSER, C.D.; et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro-RJ, v.10, n.35, p.1-12, 2015.
Disponível em: <file:///C:/Users/janie/Downloads/1013-7112-1-PB.pdf>

WOLFF, R.L.; WALDOW. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Rev. Saúde Soc**. São Paulo-SP, v.17, n.3, p.138-151, 2008.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>





Temas em
Saúde