



Discutindo Saúde Pública na Universidade



Organizadores

GRACIANA DE SOUSA LOPES
PAULA FIGLIUOLO DA CRUZ BORGES
MIRELIA RODRIGUES DE ARAÚJO
KARINE GARCEZ MC COMB



Editora Poisson

VOLUME
1

Graciana de Sousa Lopes
Paula Figliuolo da Cruz Borges
Mirelia Rodrigues de Araújo
Karine Garcez Mc Comb
(Organizadores)

Discutindo Saúde Pública na Universidade Volume 1

1ª Edição

Belo Horizonte
Poisson
2023

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
Msc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
Msc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
Msc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Comissão Científica

Profa. M.Sc. Karine Garcez Mc Comb (Coordenadora do Centro Universitário CEUNI-FAMETRO)
Profa. M.Sc. Mirelia Araújo (Centro Universitário CEUNI-FAMETRO)
Profa. M.Sc. Erika Oliveira da Silva (Centro Universitário CEUNI-FAMETRO)
Profa. M.Sc. Júlia Mônica Marcelino Bevenides (Centro Universitário CEUNI-FAMETRO)
Profa. M.Sc. Loren Rebeca Alselmo do Nascimento (Centro Universitário CEUNI-FAMETRO)
Profa. M.Sc. Graciana de Sousa Lopes (Centro Universitário CEUNI-FAMETRO)
Profa. Dra. Paula Figliuolo da Cruz Borges (Centro Universitário CEUNI-FAMETRO)
Profa. Dra. Francimeire Gomes Pinheiro (Centro Universitário CEUNI-FAMETRO)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D611

Discutindo Saúde Pública na Universidade - Volume 1/
Organização: Graciana de Sousa Lopes...
[et al.], Editora Poisson - Belo Horizonte - MG:
Editora Poisson, 2023

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-240-2
DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. LOPES, Graciana de Sousa ... [et al.] II. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura - CRB 6/1896



O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.

Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterada.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br
Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

Sobre a organizadora

Graciana de Sousa Lopes

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Mestra em Enfermagem (UFAM/UEPA), membro do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde – NIPES. Especialista em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente (UEA) e Enfermagem em Infectologia (UEA). Coordenadora da Liga Acadêmica em Saúde da Família e Comunidade (LAESC). Atuando como presidente da Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Enfermagem do Instituto Metropolitano de Ensino -IME. Contato: gracilopess@hotmail.com

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Possui graduação em Ciências Biológicas pelo Centro Universitário do Norte (Uninorte), Mestrado em Biotecnologia e Recursos Naturais da Amazônia pela Universidade Estadual do Amazonas (UEA) e Doutorado em Medicina Tropical pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/FIOCRUZ – RJ). Tem experiência na área de Genética de populações e Biologia Molecular. É Professora do curso de Enfermagem do Centro Universitário CEUNI-FAMETRO, ministrando disciplinas da área de Ciências, além de disciplinas específicas da área da saúde e trabalho de conclusão de curso (TCC). Atua como pesquisadora visitante no Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), com projetos na área de Epidemiologia, Bioquímica e Imunologia de leishmaniose tegumentar americana (LTA).

Prof^ª. MSc Mirelia Rodrigues de Araújo

Graduação em enfermagem pela Universidade Paulista - UNIP campus Manaus (Dez/2008), Especialista em Saúde Ambiental ILMD/FIOCRUZ Out/2010 e Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia UFAM/ILMD-FIOCRUZ. Atualmente, professora do Instituto Metropolitano de Ensino - IME (disciplinas: Saúde Coletiva, Trabalho de Conclusão de Curso, Políticas de Saúde e Epidemiologia.), Coordenadora da Liga Acadêmica em Saúde da Família e Comunidade (LAESC). Revisora do Periódico Journal of Health & Biological Sciences e Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – HYGEIA.

Prof^ª. Karine Garcez Mc Comb

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Norte. Tem experiência na área de Enfermagem, Pós-Graduação com ênfase em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva adulto e neonatal, Docência do Ensino Superior e Infectologia pela Universidade Estadual do Amazonas- (UEA). Atuando como Coordenadora do curso de Enfermagem no Centro Universitário FAMETRO.

Prefácio

Saúde não é um conceito pré-estabelecido com significado de caráter universal. É um conceito que agrega diferentes vertentes de uma sociedade no contexto social, econômico, político e ambiental. Conhecer os diferentes meios de sobrevivência e perceber a realidade e o contexto em que as comunidades estão inseridas nos territórios, se fundamentam em uma das perspectivas profissionais da Enfermagem, no âmbito da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. O livro *“Discutindo Saúde Pública na Universidade”* tem como objetivo debater as diferentes abordagens da Saúde Pública no contexto amazônico, evidenciando a estreita relação entre saúde e sociedade no sistema de saúde das sociedades amazônicas e nos serviços ofertados pelos profissionais da Enfermagem. Esta obra é composta por temas interdisciplinares, fruto do esforço de graduandos e professores de Enfermagem do Centro Universitário CEUNI-FAMETRO.

As atuais gerações dos profissionais em atuação no setor de saúde demandam cada vez mais da educação continuada, principalmente técnica-científica, para que sigam caminhos revolucionários ao longo da trajetória profissional, transformando-se em um profissional crítico e reflexivo e proporcionando à sociedade melhores estratégias para mitigar os problemas em saúde.

Paula Figliuolo da Cruz Borges
Prof. Dra. do Centro Universitário CEUNI-FAMETRO

SUMÁRIO

Capítulo 1: Perfil das internações hospitalares na região norte durante o período de 2016 a 2020 09

Amanda Gabrielle dos Santos Cordeiro, Beatriz Azevedo de Jesus, Graciana de Sousa Lopes, Mirélia Rodrigues de Araújo

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.01

Capítulo 2: Saneamento básico no Amazonas e saúde da população sob a ótica das internações hospitalares 18

Leonara de Oliveira Queiroz, Marcileide da Silva Pinho, Izaura Jacob Gonçalves, Graciana de Sousa Lopes, Mirélia Rodrigues Araújo

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.02

Capítulo 3: Assistência à saúde indígena e prevenção de doenças na região Norte: Uma revisão de literatura 27

Cimara Galdino da Silva, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.03

Capítulo 4: Liderança em enfermagem no âmbito unidade de terapia intensiva 41

Bruno de Almeida Lima, Mirlandya Maquine Nunes, Railson Oliveira da Silva, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.04

Capítulo 5: Fatores associados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem que atuam durante a pandemia da Covid-19..... 50

Italo Everton Bezerra Barbosa, Emmanuele Neuza Moreira de Andrade, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.05

Capítulo 6: Estresse o vilão da eficácia do tratamento oncológico..... 59

Flavia Karolyne Aiambo Tralde, Beatriz Rodrigues Pereira, Ruth Azevedo de Macedo, Eduarda Albuquerque Vilar, Ketty Marroni Alves de Souza, Graciana de Sousa Lopes, Luan Cristóvão dos Santos Dias

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.06

Capítulo 7: Percepções de idosos a cerca da assistência do enfermeiro em um centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI) de Manaus 74

Dielma Silva da Silva, Laleyska Deucylane Costa Rodrigues, Raimunda da Costa Braga, Flávia Karolyne Aiambo Tralde, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.07

Capítulo 8: Gestão de recursos da atenção primária de saúde 91

Leticia de Nazaré Costa Flexa, Sabrina Silva Araújo, Graciana De Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.08

SUMÁRIO

Capítulo 9: Estressores relacionados ao docente enfermeiro 108

Brenda Kemily de Oliveira Costa, Etelvina Rocha de Barros, Juliana Lopes Luniere, Flávia Karolyne Aiambo Tralde, Graciana de Sousa Lopes, Monike Emyline Andrade

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.09

Capítulo 10: Dificuldades encontradas na educação, prevenção e promoção da saúde integral ao homem. 125

Deborah Elaine Soares Martins de Lima, Victória Eduarda Mesquita de Carvalho, Yasmin Palmeira dos Santos, Erika Oliveira da Silva, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.10

Capítulo 11: Terapias não farmacológicas no cuidado ao paciente oncológico terminal 135

Nataly Leticia Gonzaga Lima, Nicole de Souza Dias, Roseane Leão Carneiro, Marcílio da Costa Carvalho, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.11

Capítulo 12: Complicações clínicas prevalentes em pacientes adultos e pediátricos com doença falciforme 143

Flávia Santos Pio, Matheus da Silva Maciel, Loren Rebeca Anselmo do Nascimento, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.12

Capítulo 13: Assistência de enfermagem ao idoso com depressão 154

Alcilene Uchôa da Silva, Aline da Silva Pena Melo, Sabrina Carioca Teófilo, Graciana Lopes de Souza, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.13

Capítulo 14: Síndrome de Burnout e o impacto psicológico em enfermeiros durante a pandemia por Covid-19..... 162

Myrna Fonseca dos Santos, Natália Ramos de Lima, Heriederson Sávio Dias Moura, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.14

Capítulo 15: Saúde mental dos profissionais de enfermagem em tempos de pandemia da Covid-19: Uma revisão integrativa 178

Jari Fernandes Assis Neto, Lucas Ramos Ferreira, Maiara Gomes de Moura, Heriederson Sávio Dias Moura, Graciana de Sousa Lopes, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.15

SUMÁRIO

Capítulo 16: Métodos preventivos utilizados pelos enfermeiros do nordeste brasileiro na lesão por pressão..... 185

Daylla Talhya da Silva Rocha, Liliane Fernandes Feliciano, Priscilla de Araújo Mariano, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.16

Capítulo 17: Fatores associados à osteoporose em idosos..... 194

Ivancleyde Martins da Silva, Rosiane da Silva Reis, Karine Garcez Mc Combe, Paula Fliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.17

Capítulo 18: Pneumonia bacteriana associada à ventilação mecânica invasiva em adultos: Uma revisão de literatura 205

Yasmin Tainá Andrade Melo, Beatriz Moura Gomes, Marcílio da Costa Carvalho, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.18

Capítulo 19: Novas tecnologias no tratamento do pé diabético em idosos 219

José Eduardo Maia Rodrigues, João Victor Natalino Cardozo dos Santos, Rubens Semione de Souza Gomes, Eurides Souza de Lima, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.19

Capítulo 20: A assistência de enfermagem no serviço de quimioterapia ambulatorial em Manaus: Um relato de experiência 226

Tamires Santos Braga, Francisca Crispim de Souza, Beatriz Avelino Benjamin, Izaura Jacob Gonçalves, Paula Figliuolo da Cruz Borges, Graciana de Souza Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.20

Capítulo 21: Cuidados paliativos e qualidade de vida do paciente com ferida oncológica 234

Maureem Clara de Souza Menezes, Danyelle Paixão dos Reis, Klysse Moraes Ramos, Julia Monica Marcelino Benevides, Paula Figliuolo da Cruz Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.21

Capítulo 22: Fatores associados ao desmame precoce e o papel do enfermeiro no incentivo a amamentação no pós parto 243

Rosalina de Jesus Ferreira, Selena Grana Torre, Suellen Araújo de Oliveira, Eurides Souza de Lima. Paula Figliuolo da C. Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-240-2.CAP.22

Capítulo 1

Perfil das internações hospitalares na região norte durante o período de 2016 a 2020

Amanda Gabrielle dos Santos Cordeiro¹

Beatriz Azevedo de Jesus¹

Graciana de Sousa Lopes²

Mirélia Rodrigues de Araújo²

Resumo: **Objetivo:** Caracterizar as internações hospitalares (IH) na Região Norte durante o período de 2016 a 2020. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal-descritivo de natureza quantitativa, cujos dados das internações foram coletados por meio do Sistema de Internação Hospitalar – SIH/SUS, disponível no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Foram coletados como dados de perfil: sexo, faixa etária, caráter de atendimento, causas de internações hospitalares e causas dos óbitos durante as internações ocorridas na região norte. **Resultados:** Os estados que obtiveram maior total de internações hospitalares foram o Pará (48,84%) e Amazonas (18,71%), sendo o sexo feminino e as situações de urgência mais incidentes. As faixas etárias mais prevalentes foram as de 20 a 29 anos (23,87%) e 30 a 39 anos (15,12%). As causas de IH mais comuns foram gravidez, parto e puerpério (30,14%); lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (10,52%) e doenças infecciosas e parasitárias (DIP) (10,35%). As causas que evoluíram para óbito foram as DIP (22,32%), doenças do aparelho respiratório (DR) (17,94%) e doenças do aparelho circulatório (DAC) (17,08%). **Considerações finais:** O estudo possibilitou caracterizar o perfil das internações hospitalares na região Norte, mostrando que as condições de saúde estão ligadas a aspectos sociodemográficos, clima, assim como o tamanho populacional.

Palavras-chave: Hospitalização; Epidemiologia; Perfil de Saúde.

¹ Acadêmica Finalista do curso de Enfermagem. Centro Universitário FAMETRO (CEUNI-FAMETRO), Manaus - AM. *amandagblle@gmail.com

² Mestre em Enfermagem, docente do Centro Universitário FAMETRO (CEUNI-FAMETRO), Manaus - AM. (gracilopess@hotmail.com)

1. INTRODUÇÃO

As Internações Hospitalares (IH) podem ser definidas como a estadia de curta ou longa permanência de pacientes que apresentem complicações no seu estado de saúde, necessitando assim de cuidados clínicos e especializados frente a patologia que o acomete. Estão relacionadas principalmente a diversos fatores como: asma, pneumonias, complicações gastrointestinais, infecções, entre outras, podendo sofrer variações de acordo com a idade (SIQUEIRA et al., 2017).

Existem três tipos de IH, as voluntárias, que estão direcionadas a própria solicitação do paciente frente ao seu estado de saúde, na qual o mesmo consente através do termo autorizando seu tratamento. As involuntárias, que ocorre quando família ou amigos solicitam a internação sem o consentimento do paciente, e por último as internações compulsórias, na qual o paciente não apresenta condições físicas e psicológicas, sendo necessária uma ordem judicial frente ao pedido formal do médico (DIAS et al., 2017).

As IH podem apresentar padrões diferentes quando comparadas com países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Sendo observadas principalmente nos Estados Unidos, na qual se observa com maior prevalência as doenças do aparelho respiratório e cardíaco, entretanto, em países como a África, ainda se nota um grande predomínio de doenças infecciosas, malária e a AIDS (MITANO et al., 2016).

No Brasil as IH apresentam-se compostas por um vasto campo de variedades, segundo as informações disponibilizadas pelo departamento de informática dos SUS (DataSUS), baseando-se em evidências políticas e públicas. Nesse contexto, alguns fatores podem ter grande influência no acesso aos serviços de saúde como: sociodemográficos e ocupacionais, estando relacionado assim também com a qualidade e acessibilidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). (DANTAS et al., 2021). Portanto, este estudo tem como objetivo geral caracterizar o “perfil das internações hospitalares na região Norte durante o período de 2016 a 2020”, e com isso estimular a melhoria das práticas preventivas como forma de promover saúde acarretando na não necessidade de internação hospitalar por doenças evitáveis.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal-descritivo de natureza quantitativa, cujos dados das internações foram coletados por meio do Sistema de Internação Hospitalar – SIH/SUS, disponível no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Foram coletados como dados de perfil: sexo, faixa etária, caráter de atendimento, causas de internações hospitalares e causas dos óbitos durante as internações ocorridas na região norte.

Os dados foram organizados em planilhas do software Microsoft Excel 2010 e Microsoft Word 2010, sendo calculadas e organizadas as frequências absolutas e relativas de cada variável, havendo a distribuição dos dados por meio de tabelas ao longo do item resultados.

Como esta pesquisa baseou-se em dados de domínio público e, pelo fato da manutenção do sigilo e privacidade acerca das informações quantitativas coletadas, foi dispensada a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS

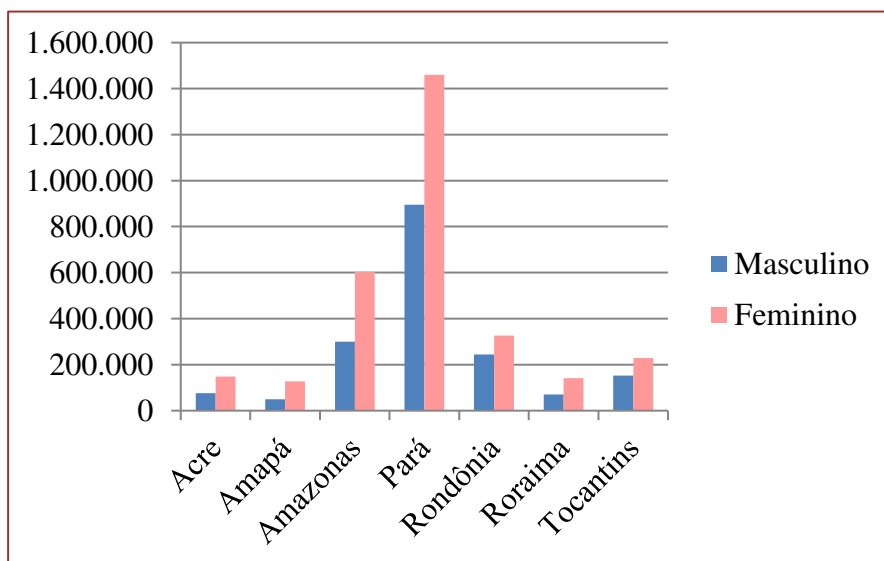
Tabela 1 – Caracterização de frequência para as variáveis sexo, faixa etária, caráter de atendimento, internações por CID e óbitos por CID para cada estado da região Norte aglutinando os anos de 2016 a 2020.

VARIÁVEIS		Internações Hospitalares N=4.823.988 100,00%		
ESTADOS	MASCULINO	FEMININO	TOTAL (N)	(%)
Acre	76.480	148.158	224.638	4,66
Amapá	49.131	127.991	177.122	3,67
Amazonas	299.478	603.072	902.550	18,71
Pará	895.725	1.460.343	2.356.068	48,84
Rondônia	244.183	326.451	570.634	11,83
Roraima	70.463	141.442	211.905	4,39
Tocantins	151.953	229.118	381.071	7,9
FAIXA ETÁRIA				
Menor que 1 ano			293.184	6,08
1 a 4 anos			295.880	6,13
5 a 9 anos			173.695	3,6
10 a 14 anos			155.045	3,21
15 a 19 anos			503.637	10,44
20 a 29 anos			1.151.465	23,87
30 a 39 anos			729.546	15,12
40 a 49 anos			416.922	8,64
50 a 59 anos			355.630	7,37
60 a 69 anos			330.090	6,84
70 a 79 anos			251.519	5,21
80 anos ou mais			167.375	3,47
CARÁTER DE ATENDIMENTO				
Eletivo			654.833	13,63
Urgência			4.148.892	86,37
INTERNAÇÕES POR CID				
Algumas doenças infecciosas e parasitárias;			498.403	10,35
Neoplasias (tumores);			161.196	3,35
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários;			34.978	0,73
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas;			88.214	1,83
Transtornos mentais e comportamentais;			38.145	0,79
Doenças do sistema nervoso;			46.998	0,98
Doenças do olho e anexos;			17.066	0,35
Doenças do ouvido e da apófise mastoide;			5.998	0,12
Doenças do aparelho circulatório;			255.297	5,30

INTERNAÇÕES POR CID		
Doenças do aparelho respiratório;	470.940	9,78
Doenças do aparelho digestivo;	421.469	8,75
Doenças da pele e do tecido subcutâneo;	119.688	2,49
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo;	47.936	1,00
Doenças do aparelho geniturinário;	342.904	7,12
Gravidez, parto e puerpério;	1.451.297	30,14
Algumas afecções originadas no período perinatal;	123.886	2,57
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas;	25.181	0,52
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte;	57.908	1,20
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas;	506.556	10,52
Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviços de saúde.	100.470	2,09
Total	4.814.530	100,00
ÓBITOS POR CID		
Algumas doenças infecciosas e parasitárias;	32.237	22,32
Neoplasias (tumores);	15.019	10,40
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários;	1.296	0,90
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas;	4.031	2,79
Transtornos mentais e comportamentais;	164	0,11
Doenças do sistema nervoso;	2.962	2,05
Doenças do olho e anexos;	11	0,01
Doenças do ouvido e da apófise mastoide;	09	0,01
Doenças do aparelho circulatório;	24.672	17,08
Doenças do aparelho respiratório;	25.918	17,94
Doenças do aparelho digestivo;	9.928	6,87
Doenças da pele e do tecido subcutâneo;	1.139	0,79
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo;	238	0,16
Doenças do aparelho geniturinário;	6.710	4,64
Gravidez, parto e puerpério;	739	0,51
Algumas afecções originadas no período perinatal;	5.603	3,88
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas;	1.041	0,72
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte;	3.452	2,39
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas;	9.045	6,26
Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviços de saúde.	245	0,17
Total	144.459	100,00

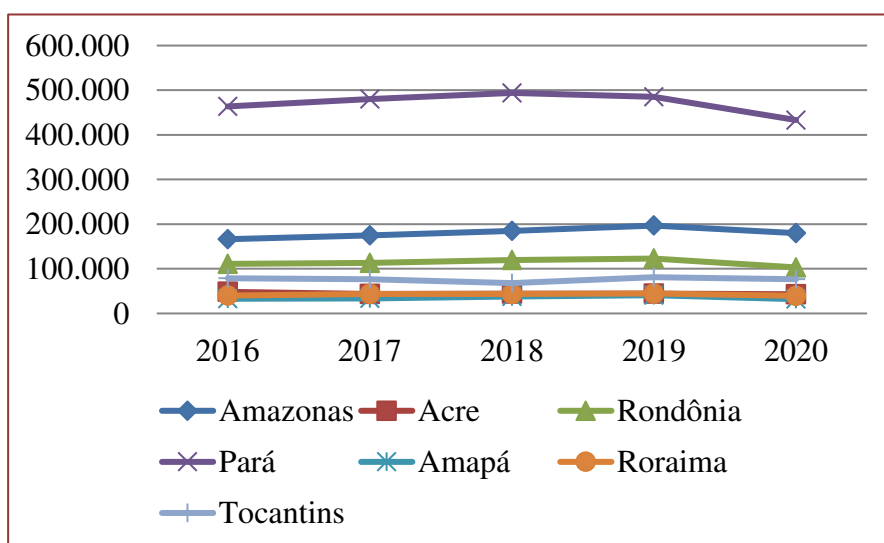
Fonte: Dados extraídos do Datasus, 2021.

Gráfico 1 – Estatística para análise descritiva aglutinando os anos de 2016 a 2020.



Fonte: Dados extraídos do Datasus, 2021.

Gráfico 2 – Relação do tempo por IH por Estado aglutinando os anos de 2016 a 2020.



Fonte: Dados extraídos do Datasus, 2021.

4. DISCUSSÃO

Fatores que justificam os altos índices de IH no Pará, que se destaca em todos os aspectos, correspondem às características populacionais do estado, sendo estimada em 8.777.124 pessoas. Em seguida o Amazonas, com quase metade da população do Pará, estimada em 4.269.995, mas com área territorial de 1.559.167.878km², sendo o maior estado da região Norte (IBGE, 2021).

O que infere no número bem diferenciado das IH no Amazonas comparado ao Pará, é a distribuição populacional no estado, que tem a maior rede hidrográfica do planeta,

tendo uma boa parte da população residindo nos municípios distantes da área urbana (IBGE, 2010), dificultando o acesso aos serviços de saúde, contabilizando menos atendimentos e mais subnotificações.

Há uma diferença considerável entre o sexo feminino e masculino (Gráfico 1), apresentando a diferença de gênero na busca por atendimento, evidenciado pela maior busca das mulheres aos serviços de saúde (COBO; CRUZ; DICK, 2021), aumentando as taxas de IH desse público, concomitante também na maior causa de IH que são gravidez, parto e puerpério, (tabela 1).

Ao se analisar fatores étnico-raciais em um estudo realizado em Belo Horizonte, mostrou que as pessoas pardas e as mulheres são as que mais utilizam os serviços de internação hospitalar, sendo essa representatividade feminina uma tendência mundial tendo haver a feminização do envelhecimento (RODRIGUES; ALMEIDA, 2020).

Segundo pesquisa de Pavelqueires e Santos (2020), a faixa etária mais prevalente é de 20 a 24 anos (27,4%) do grupo de gestantes atendidas na urgência e emergência no interior de São Paulo, convergindo com os dados do presente estudo quanto à faixa etária dominante (20 a 29 anos) e caráter de atendimento (urgência).

As lesões por causas externas geram uma grande sobrecarga nos serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) com números crescentes de internações hospitalares (Ministério da Saúde, 2017).

Um estudo realizado em um município de Minas Gerais enfatizou que os acidentes terrestres é a segunda condição que mais aumenta nos últimos anos entre internações advindas de causas externas (CASTRO et al., 2018).

Segundo estudo baseado em 1,7 milhões de internações por acidentes de trânsito terrestres, foi evidenciado que 23,5% dos pacientes apresentaram diagnóstico sugestivo de seqüela física, sendo amputação e traumatismo crânio encefálico as principais causas entre homens de 20 a 29 anos, pedestres e motociclistas (ANDRADE; JORGE, 2016).

A ocorrência de acidentes por animais peçonhentos é influenciada por diversos fatores como a diversidade zoológica e ecológica locorregional, as atividades socioeconômicas que coloca o homem em contato com esses animais, afetando a população economicamente ativa (20-39 anos), e com menor frequência em indivíduos acima de 60 anos (CHIPPAUX, 2015 e GUIMARÃES, et al., 2015).

A região Norte é uma das regiões que apresenta um gradiente de concentração de maiores incidências de doenças infecciosas e parasitárias (DIP), associadas a piores condições de vida da população (SOUZA et al., 2020), tendo impacto direto sobre as condições de saúde. O distanciamento-sócio-ambiental também se reflete na distribuição espacial das DIPs na região Norte, considerando que há, de acordo com o último censo de 2010, 4.199.945 pessoas que residem nas zonas rurais, que em média são distantes dos centros urbanos evidenciando a transição epidemiológica polarizada na região (OMS, 2019; BORGES, 2017 e IBGE, 2010).

As doenças inflamatórias intestinais (DII) têm aumentado sua incidência no Brasil, sem alterações drásticas quando comparadas com outros países. A média de permanência de internação no Brasil foi de 7,1 dias predominando o sexo feminino da cor/raça branca (BRITO et al., 2020), podendo estar associada à condições não favoráveis de saneamento básico e formas inadequadas de armazenamento de alimentos.

No estudo de Souza (2017), revela que a maioria das pessoas atingidas por DIP que evoluem para óbito são do sexo masculino (67,78%), predominando em idades extremas, sobressaindo-se aos com idade superior a 60 anos (27,35%) em ambos os sexos, sendo causados em sua maioria por doenças infecciosas intestinais, tuberculose e outras doenças bacterianas. A predominância do sexo masculino se refere a não busca por atendimento precoce, evoluindo para um diagnóstico tardio com prognóstico desfavorável.

No decorrer dos anos tem tido um declínio nos óbitos por DIP, mas ainda há uma grande prevalência em locais menos desenvolvidos, como os estados da região norte, destacando-se o estado do Pará. A doença infecciosa mais comum é a AIDS que continua sendo a responsável pela maioria dos óbitos, atingindo principalmente pessoas entre 15 a 59 anos (BISERRA, 2019). O que fortalece o presente estudo tendo as DIPs como as mais notáveis condições de evolução para óbitos na região norte, estando relacionado a situações sociodemográficas como os interiores que são distantes das áreas urbanas, dificultando o acesso à saúde.

Na região nordeste em Teresina-Piauí no período de 2009 a 2016 as doenças do aparelho respiratório (DR), sendo as morbidades Pneumonia e influenza principais causas de óbitos atingindo os idosos com idade igual ou superior a 80 anos e em sua maior parte do sexo masculino (SILVA et al., 2020). Com o avanço da idade são mais propícios à morbidades com exacerbações severas devido a alterações fisiológicas que provém do envelhecimento.

Segundo o estudo de Sousa et al. (2021), no estado do Pará, a principal causa de morte por DACs foi infarto agudo do miocárdio, em seguida acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca. Sendo os homens (62,68%) os mais atingidos a partir dos 60 anos. Semelhantemente Aviz et al. (2021), aponta que os óbitos por DACs em idosos do Pará com idade igual ou superior a 80 anos (41%) só tem aumentado com elevadas incidências desde 2015, atingindo seu ápice em 2019.

Em relação à linha temporal das IH (Gráfico 2), observa-se que há uma pequena diminuição no ano de 2020, podendo estar associada à pandemia do sars-cov-2 (covid-19) na qual o mundo aderiu ao isolamento social para diminuir a transmissão do vírus, influenciando na menor procura por atendimento hospitalar por outras doenças (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou caracterizar o perfil das internações hospitalares na região Norte, mostrando que as condições de saúde estão ligadas a aspectos sociodemográficos, clima, assim como o tamanho da população. A região Norte, bem como outras regiões do Brasil, apresenta problemas de saúde que em parte estão relacionados a não adesão aos programas da Atenção Primária à Saúde (APS) no caso do planejamento familiar, que implicaria numa redução das gestações indesejadas e reduziria os altos índices apresentados nesta pesquisa, doenças do aparelho circulatório (hipertensão arterial) e doenças do aparelho respiratório (tuberculose), acesso ao saneamento básico (doenças infecciosas e parasitárias). A cobertura da APS deve ser planejada e implementada por profissionais capacitados que entendam o processo saúde-doença, para que não haja uma grande busca na atenção secundária e terciária elevando as taxas de internação e gastos

em saúde, além de evolução para óbito, causas preveníveis que levam a morbidades evitáveis.

REFERÊNCIAS

- [1] ARGENTA, L. B. et al. Estudo comparativo das internações por infecções sexualmente transmissíveis entre Brasil, Norte e Roraima, 2009 a 2018. *Revista Enfermagem Atual*, 2020; 94(32):e-20063.
- [2] ANDRADE, S. S. C. A.; JORGE, M. H. P. M. Estimativa de sequelas físicas em vítimas de acidentes de transporte terrestre internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*, 2016; 19(1): 100-111.
- [3] AVIZ, L. E. et al. Mortality from circulatory diseases in the elderly in the State of Pará in the historical series 2010-2019. *Research, Society and Development*, 2021; 10(12): e513101220178
- [4] BISERRA, A. C. Estudo da mortalidade em Santa Catarina por principais doenças infecciosas e parasitárias no período de 2001 a 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019; 29p.
- [5] BORGES, G. M. Health transition in Brazil: regional variations and divergence/convergence in mortality. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(8):e00080316.
- [6] BRITO, R. C. V. et al. Doenças inflamatórias intestinais no Brasil: perfil das internações, entre os anos de 2009 a 2019. *Revista Educação em Saúde*, 2020;8(1): 128-135.
- [7] COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Pública*, 2021; 26(9): 4021-4032.
- [8] CASTRO, G. G. et al. Perfil das internações hospitalares em município de Minas Gerais. *REFACS*, 2018; 6(1); 45-52.
- [9] CHIPPAUX, J. C. Epidemiology of envenomations by terrestrial venomous animals in Brazil based on case reporting: from obvious facts to contingencies. *Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases*, 2015; 21(13).
- [10] DANTAS, M. N. P. et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2021; 24: e210004.
- [11] DIAS, S. M. et al. Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. Centro universitário Uninovafapi, *Revista Interdisciplinar*, 2017; 10(4): 96-104.
- [12] GUIMARÃES, C. D. O. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos acidentes ofídicos ocorridos na ilha de Colares, Pará, Amazônia oriental. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 2015; 36(1): 67-78.
- [13] IBGE, 2010. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 20 out. 2021.
- [14] IBGE, 2021. Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/>.html. Acesso em: 20 out. 2021.
- [15] BRASIL. Notícias do Ministério de Saúde. 2017. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45466-homens-sao-maiores-vitimas-de-acidentes-no-transito>. Acessado em: 20 out. 2121.
- [16] MELLO, G. A. M. et al. Prevalence of hospitalizations for stroke in children and adolescents. *Research, Society and Development*. 2020; 9(7): e452974404.
- [17] MITANO, F. et al. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. *PHYSIS. Rev. Saúde. Coletiva*. 2016; 26(3): 901-915.
- [18] PAVELQUEIRES, S.; SANTOS, I. T. R. Perfil de gestantes atendidas em um hospital público no interior paulista. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 2020; 4: e4687.
- [19] RODRIGUES, J. F.; ALMEIDA, E. J. R. Profile of hospital admissions in elderly residents in Belo Horizonte, MG. *Brazilian Journal of Development*, 2020; 6(11): 84658-84670.

- [20] SILVA, G. V. F. C. et al. Tendências de mortalidade por doenças respiratórias e doenças cardiovasculares em Teresina-PI. *SANARE*, 2020; 19(1): 07-17.
- [21] SIQUEIRA, M. S. et al. Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2017; 26(4): 795-806.
- [22] SOUSA, B. M. M. et al. Deaths from diseases of the circulatory system in the state of Pará: an ecological study. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(2): 9274-9287.
- [23] SOUZA, H. P. et al. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. *Rev Panam Salud Publica*, 2020; 44:e10.
- [24] SOUZA, M. H. M. Perfil de mortalidade das doenças infecciosas e parasitárias no Maranhão no período de 2003 a 2014, Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017; 48p.
- [25] WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*, 2020; 27(2): 1-4.
- [26] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Integrating neglected tropical diseases in global health and development Fourth WHO report on neglected tropical diseases. Genebra: WHO; 2017. Disponível em: https://unitingtocombatntds.org/wp-content/uploads/2017/11/4th_who_ntd_report.pdf Acessado em: 21 de outubro de 2021.

Capítulo 2

Saneamento básico no Amazonas e saúde da população sob a ótica das internações hospitalares

Leonara de Oliveira Queiroz

Marcileide da Silva Pinho

Izaura Jacob Gonçalves

Graciana de Sousa Lopes

Mirélia Rodrigues Araújo

Resumo: **Objetivo:** Identificar as características epidemiológicas dos indivíduos internados por Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) no estado do Amazonas, entre os anos de 2010 a 2020 **Métodos:** Constam na pesquisa os pacientes internados por DRSAI e residentes no Estado do Amazonas durante o período de 2010 a 2020. As variáveis de interesse foram: faixa etária, sexo, tipo da doença de acordo com diagnóstico principal, internação hospitalar (total e por DRSAI) e óbito. **Resultados:** Este estudo possibilitou caracterizar o perfil das internações hospitalares no Amazonas, mostrando que as condições de saúde estão ligadas a aspectos sociodemográficos, clima, bem como o crescimento populacional desordenado. O Amazonas bem como outras regiões do Brasil apresenta problemas de saúde que evidenciam fragilidades na aplicação de políticas públicas ambientais e apontam a necessidade de atividades de educação em saúde como instrumento de prevenção das DSRAI.

Palavras-chave: Instalações domiciliares; Meio ambiente; Saúde pública; Saneamento básico.

1. INTRODUÇÃO

A água e o saneamento básico foram considerados, há cerca de dez anos, pela Organização das Nações Unidas (ONU), direitos humanos básicos. Contudo, no cenário atual brasileiro esses direitos não são realidade em muitos ambientes familiares, principalmente em situações onde há extrema situação de vulnerabilidade social. Outra perspectiva está relacionada aos aspectos geográficos do território brasileiro, os quais há o distanciamento das grandes cidades e, por conseguinte, fragilidades na implementação de políticas públicas que atendam integralmente às necessidades e características de determinadas regiões (ZANCUL, 2015).

Segundo Amaral et al. (2019), as medidas de melhoria do saneamento implantadas no país desde o início do século XX têm contribuído efetivamente para a redução ou mesmo erradicação de muitas doenças endêmicas e epidêmicas. Mesmo assim, as doenças relacionadas às más condições de vida continuam a desempenhar um papel importante na morbimortalidade da população, embora na maioria dos casos possam ser prevenidas ou mesmo erradicadas.

No Brasil, avanços importantes nos serviços básicos de saúde remontam à chegada da família real em 1808. Na época, não havia banheiros nas casas, e os escravos chamados de tiges eram designados para transportar containers cheios de fezes e despejá-los no rio, depois eram limpos e prontos para serem reaproveitados (NUVOLARI, 2011).

De acordo com a Constituição Federal e a Lei nº 11.445/2007 as instalações de saneamento básico são um grupo de serviços, sistemas e equipamentos para fornecimento de água e esgoto doméstico, limpeza urbana e resíduos sólidos de instalações e descarte de águas pluviais urbanas (Brasil, 2007), contudo, as condições de saneamento básico atuais não são universais na prática.

O abastecimento de água é um sistema global composto por unidades: nascentes são os locais onde a água é retirada; bacias hidrográficas, ou seja, a água é retirada da fonte e transportada para o sistema de fornecimento de água, desvio de água, tratamento, reservatório, rede de distribuição e equipamentos e dispositivos de expansão doméstica (SIQUEIRA et al., 2017).

Segundo Andreatzi et al. (2007), o tratamento de esgoto é o tratamento da água utilizada para remover o máximo possível os poluentes para evitar a poluição dos rios ou do solo no meio ambiente. O descarte da água da chuva é importante para que a água da chuva não se acumule podendo causar doenças de veiculação hídrica.

A gestão de resíduos sólidos oferece coleta, tratamento e destinação específica para reduzir o impacto e os danos ambientais. Ter saneamento básico é condição necessária para que um país seja denominado país desenvolvido. Serviços de água tratada, coleta e tratamento de esgoto melhoraram a qualidade de vida das pessoas, especialmente em termos de saúde infantil, reduziram a mortalidade infantil, melhoraram a educação, expandiram o turismo, aumentaram a valorização das propriedades e aumentaram a renda dos trabalhadores, despoluição e proteção dos recursos hídricos (FONSECA et al., 2011).

Estudos têm demonstrado que o conhecimento da comunidade sobre determinadas patologias é essencial para evitar hospitalizações e mortes. Tomemos a dengue como exemplo, que é uma doença viral febril que pode levar à morte em casos mais graves. A doença está diretamente relacionada à destinação de resíduos no meio

ambiente e à instabilidade das condições sanitárias básicas nas cidades e municípios (VENSON, *et al*, 2017)

Considerando a literatura sobre o assunto, percebeu-se a influência do saneamento básico no perfil de saúde populacional (PAIVA *et al.*, 2018). Atualmente, os investimentos públicos brasileiros no desenvolvimento de planos ambientais é relativamente baixo e os efeitos negativos da exposição ao esgoto e à água não tratada iniciam-se logo ao nascer (UHR, *et al.*, 2016).

Logo, o objetivo deste estudo foi identificar as características epidemiológicas dos indivíduos internados e óbitos por Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) no estado do Amazonas, nos anos de 2010 a 2020 com a finalidade de discutir a relação entre o saneamento ambiental inadequado e a ocorrência de doenças de veiculação hídrica e zoonóticas no Amazonas.

2. MÉTODOS

É um estudo retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado através dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SINS).

A análise da população do Amazonas, que está situado na Região Norte, sendo o maior estado do país em extensão territorial, com uma área de 1 559 146,876 km². Possui população estimada em mais de 4,2 milhões de habitantes (cerca de 2% da população brasileira), é o segundo estado mais populoso da Região Norte e o décimo terceiro mais populoso do Brasil (IBGE, 2020).

Foram incluídos na amostra os pacientes internados por DRSAI e residentes no Estado do Amazonas durante período de 2010 a 2020. As doenças consideradas no estudo foram agrupadas segundo as categorias: a) Doenças de transmissão feco-oral: diarreias; b) Doenças de transmissão por inseto-vetor: dengue, malária, febre amarela, leishmaniose; c) Doenças por transmissão por contato com água: leptospirose e helmintíases.

Foram separadas como variáveis de interesse: faixa etária, sexo, tipo da doença de acordo com diagnóstico principal, internação hospitalar (total e por DRSAI) e óbito. Os dados sobre saneamento básico foram obtidos a partir Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento – SINS; uma base de dados vinculada à Secretaria Nacional de Saneamento (SNS) do Ministério do Desenvolvimento Regional (MDR). Esse sistema possui abrangência nacional e reúne informações do saneamento básico em todo país. As variáveis do estudo foram apresentadas através da distribuição de sua frequência, representadas em números absolutos (n) e em percentual (%).

Para critérios de inclusão, utilizaram-se os dados de internações e óbitos por Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado- DRSAI no Amazonas, nos anos de 2010 a 2020; segundo sexo e faixa etária. Para os critérios de exclusão, utilizaram-se os dados de doenças que não constam no banco de dados de acesso livre e grupo com faixa etária abaixo dos 19 anos.

2.1. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

As pesquisas que atendem as normas da Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, envolvendo apenas dados de domínio público que não identifiquem os participantes da pesquisa, ou apenas revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam aprovação por parte do Sistema Comitê de Ética em Pesquisa-CONEP.

Para o risco de quebra de sigilo serão utilizados apenas dados numéricos disponibilizados na plataforma de acesso livre, garantindo a preservação da privacidade (confidencialidade e anonimato) dos indivíduos pesquisados.

Neste trabalho elencaremos alguns benefícios de longo prazo, como: informações para a comunidade acadêmica acerca do tema de saúde pública; discussão sobre problemas de saneamento, assistência básica de saúde e variáveis socioeconômicas às internações pelo grupo de doenças selecionadas que, segundo a literatura, estariam relacionadas à deficiência nos serviços de saneamento disponíveis.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados verificou-se que o registro de internações hospitalares por transmissão feco-oral no Amazonas, entre os anos de 2010 a 2020, foi de 5.893 casos. Durante esse período houve comportamento decrescente de internações hospitalares, ainda que os números de casos pudessem ser altos. De acordo com a amostra, pacientes mais jovens com idades de 20 a 29 anos (=1129) e 30 a 39 anos (=1045) apresentaram maiores números absolutos quando comparados ao restante da amostra (Tabela 1). Quanto a classificação por sexo, a população feminina obteve maior notificação de casos em relação ao sexo masculino.

Tabela 1: Internações hospitalares por transmissão feco-oral (diarreia), segundo variável faixa etária, no estado do Amazonas, entre o período de 2010-2020.

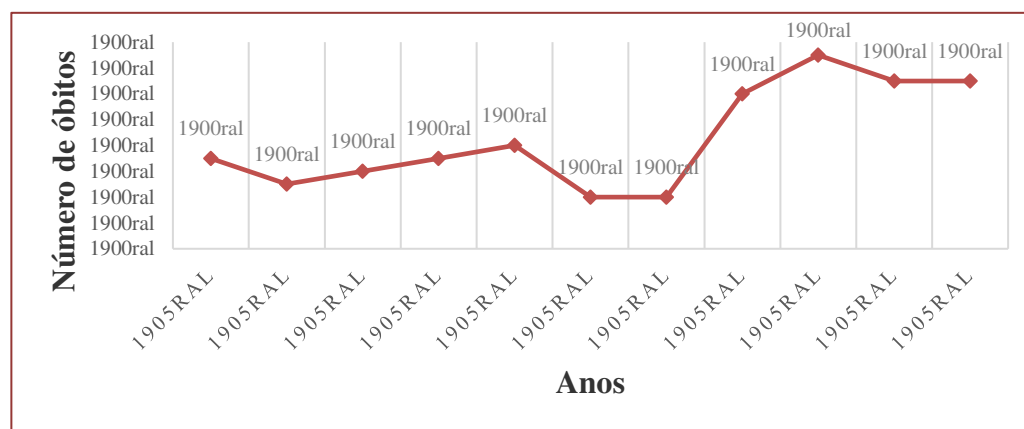
Idades	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
20 a 29 anos	152	169	118	98	75	103	82	83	79	91	79
30 a 39 anos	111	126	134	100	100	65	79	79	87	87	77
40 a 49 anos	96	108	84	60	66	45	68	52	75	63	58
50 a 59 anos	91	95	78	63	58	58	74	68	65	85	44
60 a 69 anos	86	62	63	53	58	62	61	69	73	97	68
70 a 79 anos	62	51	54	77	56	59	63	76	68	78	88
80 ou mais	45	46	44	54	61	59	59	76	79	85	73
TOTAL	643	657	575	505	474	451	486	503	526	586	487

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), 2021.

Em relação a distribuição de óbitos, após análise anual, observou-se que maior número de mortalidade associada a DRSAI foi em 2018 e a amostra tem comportamento crescente (Gráfico 1). Os padrões de letalidade das doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado justificam-se pela instabilidade das condições habitacionais que proporcionam um cenário típico e favorável para a permanência, expansão e progressão dessas doenças.

No que tange a região amazônica brasileira, avanços ocorreram em relação à cobertura de abastecimento de água e esgoto sanitário, contudo os processos rápidos e precários de urbanização geram impactos negativos em curto e longo prazos (DUARTE et al., 2019).

Gráfico 1: Total de óbitos hospitalares por diarreia no estado do Amazonas, entre o período de 2010-2020.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), 2021.

O reconhecimento acerca dos dados epidemiológicos do registro e casos de diarreia no país é fundamental o dimensionamento das operações e processos envolvidos na cadeia de gerenciamento de saúde pública no âmbito nacional (SANTOS, 2021). De acordo com os sistemas de informação utilizados neste estudo, destacou-se que no perfil de internações no Amazonas, dentre as patologias com transmissão por inseto-vetor, a Malária e a Dengue foram as principais razões para registro hospitalar, com porcentagens 51% e 44%.

É importante salientar que a situação domiciliar é um dos indicadores de qualidade de vida que mais merece destaque, pois quanto melhor estruturado com serviços de saneamento básico, como: asfalto, drenagem de água, esgotamento sanitário e destinação adequada de lixo mais benefícios trará as pessoas que ocupam os espaços nas cidades.

As doenças de veiculação hídrica e esgoto inadequado, como diarreia, leptospirose, dengue, causam a morte de milhões de pessoas todos os anos, aumento da queda de produtividade tanto no trabalho como intelectualmente, aumento da mortalidade entre crianças, elevando também o custo social e médico, além de comprometer o sistema de saúde com superlotação, devido a grande quantidade de indivíduos que vão buscar o sistema de saúde, ocupando milhares de leitos hospitalares com problemas de saúde que poderiam ser evitados com um bom saneamento.

Para um país ser avaliado como desenvolvido, um dos pontos principais é o saneamento, além disso, a valorização dos imóveis, expansão do turismo, despoluição e preservação dos recursos hídricos, são alguns dos indicadores que apresentam melhoras com o saneamento básico adequado (ITB, 2018).

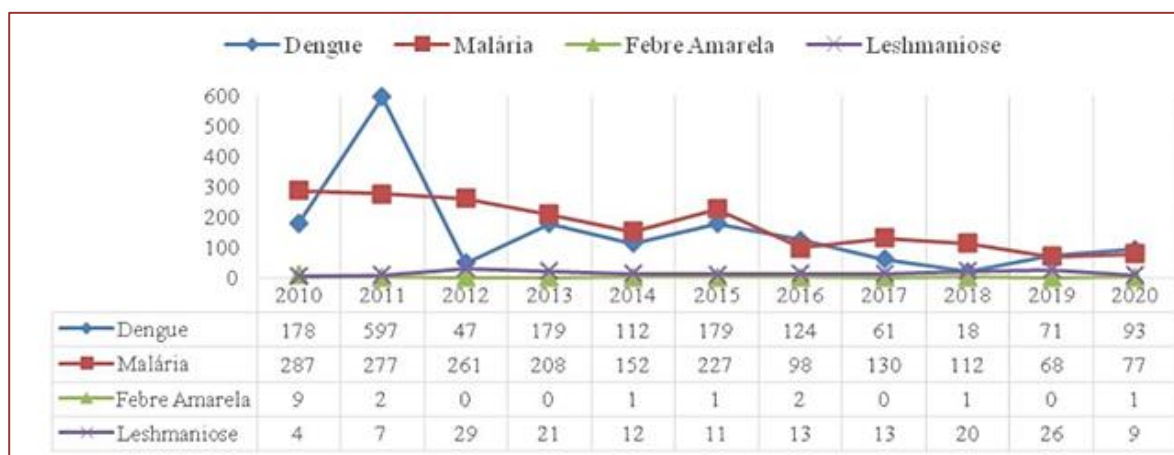
A região Norte é uma das regiões que apresenta um gradiente de concentração de maiores incidências de doenças infecciosas e parasitárias associadas a piores condições

de vida da população, quando comparadas ao restante do país (SOUZA et al., 2020), tendo impacto direto sobre as condições de saúde (SOUZA, H. P et al., 2020)

Na maioria dos casos, o número de internações hospitalares de origem infecciosa presumível está diretamente relacionado ao desenvolvimento urbano e a subnotificação por parte dos municípios, sendo imprescindível conhecer o perfil epidemiológico e as variáveis envolvidas para o estabelecimento de metas de saúde (GUARIENTO, et al, 2011).

O Gráfico 2 evidencia o perfil decrescente de internações hospitalares registrado no Amazonas nos anos de 2010 a 2020, por transmissão inseto-vetor, o número de casos mais incidentes foi em virtude da Malária (=1897), seguido por Dengue (=1659), Leishmaniose (=165) e Febre Amarela (=17).

Gráfico 2: Internações hospitalares por transmissão de inseto vetor: dengue, malária, febre amarela e leishmaniose, no estado do Amazonas, entre o período de 2010 - 2020.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), 2021.

O perfil identificado, portanto, aponta a Malária como uma das principais causas de internação hospitalar o que é esperado devido às condições de clima tropical na região. A fragilidade no combate a esse vetor ocorre especialmente em áreas quentes e úmidas, onde o sistema de saúde e as condições socioeconômicas mantêm a vulnerabilidade para a transmissão uma vez que as medidas de controle do vetor não são mantidas e adaptadas conforme as necessidades locais (DUARTE et al., 2019).

Frequentemente, as pessoas que são mais afetadas com doenças relacionadas a vetores, são as que moram em condições insalubres de tratamento de água e esgotamento sanitário. Nas zonas rurais, a maior parte da água consumida não passa por nenhum tipo de tratamento e não tem armazenamento adequado. Com relação à destinação de resíduos sólidos, quando não são coletados ficam acumulados em lixeiras viciadas, e conseqüentemente, muitos vetores que se proliferam em acúmulos d'água nos ecossistemas naturais ou em locais antropizados.

Em se tratando da Dengue, a doença se alastrou pelos municípios do estado do Amazonas com um histórico de quatro epidemias registradas no decorrer dos anos de 1998, 2001, 2003 e 2011. De acordo com dados registrados pelo INMET, o ano de 2011 foi marcado por alterações climáticas decorrentes do fenômeno La Niña (entre os meses de Março a Maio), ocasionando concentração de chuvas intensas acima do normal na

região Norte, tornando o ambiente propício para o desenvolvimento dos patógenos (SOUZA, 2019).

Infere-se que a diminuição de casos de Febre Amarela está diretamente ligada ao Programa de Vacinação do Ministério da Saúde, pois a vacinação é uma das propostas mais eficientes para prevenir e deter a doença, barrando o ciclo de transmissão, tendo como principais objetivos a proteção individual e coletiva dos indivíduos, bloqueando a propagação geográfica da doença, criando uma barreira de imunidade e prevenindo as epidemias.

Outros prejuízos sanitários correspondem às doenças de veiculação hídrica que podem ocorrer por meio da ingestão de água ou alimentos contaminados, do contato direto com a pele e ou por vetores (DALL'AGNOL et al., 2018). Conforme destacado anteriormente, as doenças feco-orais ocupam o primeiro lugar de incidência, porém, além dessas deve-se considerar a Cólera, Hepatite A, Febre Tifoide e Febre Paratifoide, doenças causadas por Helmintíase, Leptospirose, Shigelose, Dengue, Filariose, dentre outras doenças transmitidas por vetores para reconhecimento do perfil de saúde da região (PAIVA, 2018).

Os prejuízos fisiológicos causados pela Leptospirose são graves e caracterizam-se por febre aguda, cefaleia, mialgia, náuseas, vômitos, sendo potencialmente grave que afetam principalmente o fígado e os rins, progredindo para falência múltipla de órgãos presentes nas formas mais graves. Tal doença é amplamente distribuída pelo mundo, sendo também mais frequente em países de clima tropical. No Brasil, apresenta comportamento endêmico, mais frequente em períodos chuvosos, principalmente em metrópoles e grandes centros urbanos, devido a enchentes aliado á aglomeração de pessoas de baixa renda, condições insalubres de saneamento e alta infestação de roedores infectados (MEIRA, 2021).

Mesmo com a pronunciada redução do número de casos, essas doenças transmitidas pela água e sistemas de esgoto sem tratamento, como diarreia, leptospirose e dengue, causam milhões de mortes a cada ano. Além de colocar em risco o sistema de saúde devido à superlotação, milhares de leitos hospitalares são ocupados por um grande número de pessoas que visitam o sistema de saúde, o que pode ser evitado com condições sanitárias adequadas (OLIVEIRA, 2021).

As atribuições dos entes federativos para formular e estabelecer diretrizes e medidas de apoio são bem estabelecidas (PIUZEVAM et al., 2015), contudo em razão do perfil de casos evidenciados neste estudo há fragilidades institucionais que precisam de análise mais aprofundada para a eficácia desses planejamentos.

A distribuição desigual dos serviços de infraestrutura entre os diferentes grupos sociais tem feito nesse território e impacta o ambiente em diferentes aspectos. Portanto, faz-se necessário a compreensão do perfil dessas doenças no sistema de saúde para que se possa permitir e apontar o caminho para a formulação de políticas públicas voltadas ao controle dessas doenças por meio da prestação justa de serviços básicos – tais como, fatores socioeconômicos, habitacionais e ambientais (QUEIROZ et al., 2009; RAUPP et al., 2019).

Alguns dos fatores associados por infecções por geo-helmintos, podemos destacar precariedade do saneamento básico, cuidados de auto-higiene deficientes e baixa renda. É de total importância que os representantes criem políticas públicas regionalizadas na prevenção e controle desta doença. A sensibilização da comunidade por parte dos

profissionais de saúde a cerca de cuidados e promoção da saúde para não disseminar a infecção, bem como dos representantes do legislativo e organizações governamentais investirem na infraestrutura, tratamento de resíduos sólidos, água e dessa forma expandindo no Brasil tratamentos antiparasitários.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou caracterizar o perfil das internações hospitalares no Amazonas, mostrando que as condições de saúde estão ligadas a aspectos sociodemográficos, clima, bem como o crescimento populacional desordenado. O Amazonas bem como outras regiões do Brasil apresenta problemas de saúde que evidenciam fragilidades na aplicação de políticas públicas ambientais e apontam a necessidade de atividades de educação em saúde como instrumento de prevenção das DSRAI. A região estudada apresenta um cenário típico e favorável para a permanência, expansão e distribuição dessas doenças. Porém, apesar da importância, percebeu-se escassez de estudos em relação à temática pois a maioria dos estudos relacionados se concentram em poucas cidades do Estado, tornando difícil a compreensão dos motivos de prevalência de tais doenças.

REFERÊNCIAS

- [1] AMARAL Mateus Henrique, OLIVEIRA Lucas Fernando, RAMOS Salvador Bocalletti Tendência das taxas de internação por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (DRSAI): Brasil, 1998 a 2014. *Ciência ET Praxis*. 2019; Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/3914>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- [2] ANDREAZZI, M. A. R, BARCELLOS, C, HACON, S. Velhos indicadores para novos problemas: a relação entre saneamento e saúde. *Rev Panam Salud Pública*.2007;22(3):000 Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v22n3/211-217>
- [3] BRASIL. Casa Civil. Lei nº 11.445, de 19 de setembro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2007 jan 8; Seção 1
- [4] DALL'AGNOL, A. L. B.; LOEBENS, L.; DEMARCO, C. F.; LEANDRO, D.; ANDREAZZA, R.; CASTRO, A. S.; QUADRO, M. S. Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado e indicadores de saneamento. *Revista Ibero Americana de Ciências Ambientais*, v.10, n.1, p.90-98, 2019. DOI:<http://doi.org/10.6008/CBPC2179-6858.2019.001.0008>
- [5] DUARTE, Juliana Lúcia et al. Variabilidade climática e internações por doenças diarreicas infecciosas em um município da Amazônia Ocidental brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2019, v. 24, n. 8 [Acessado 10 Novembro 2021] , pp. 2959-2970. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.21232017>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.21232017>.
- [6] FONSECA, F. R, VASCONCELOS, C. H. Análise espacial das Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado no Brasil. *Cad. Saúde Colet*. 2011; 19(4):448-53
- [7] GUARIENTO, M.E.; CARRIJO, C.M.; ALMEIDA, E.A.; MAGNA, L.A. (2011) Perfil clínico de idosos portadores de doença de Chagas atendidos em serviço de referência. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 9, n. 1, p. 20-24
- [8] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativa populacional para 2020. 28 de agosto de 2020.
- [9] INSTITUTO TRATA BRASIL. Benefícios Econômicos e Sociais da Expansão do Saneamento no Brasil. Disponível em: <<https://www.tratabrasil.org.br//images/estudos/itb/beneficios/Relat%C3%B3rio-Benef%C3%ADcios-do-saneamento-no-Brasil-04-12-2018.pdf>> . Acesso em: 29 nov. 2021.

- [10] MEDEIROS, A. C. M, et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. *Cad Saude Colet.* 2015 mar;23
- [11] MEIRA, Rafael Zielinski Carvalho et al. COMPARAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE PARASITÓSES INTESTINAIS NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista Thêma et Scientia*, v. 11, n. 1E, p. 189-203, 2021.
- [12] NUVOLARI, Arioaldo (org). *Esgoto sanitário: coleta, transporte e reúso agrícola*. 2 ed. São Paulo: Blucher, 2011
- [13] OLIVEIRA COSTA, Caroline Magna et al. Perfil epidemiológico da diarreia em crianças de 1 a 4 anos no estado de Alagoas. *Revista de Atenção à Saúde (ISSN 2359-4330)*, v. 19, n. 68, 2021.
- [14] OLIVEIRA, A. F, LEITE, I. C, VALENTE, J. G. Carga Global das doenças diarreicas atribuíveis ao sistema de abastecimento de água e saneamento em Minas Gerais, Brasil, 2005. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1027-1036.
- [15] OLIVEIRA, Carla Renata Milhomem et al. Saneamento básico e a relação intrínseca com o desenvolvimento sustentável: um desafio frente à desigualdade socioeconômica na Região Norte. *Meio Ambiente (Brasil)*, v. 3, n. 3, 2021.
- [16] PAIVA, R. F. P, SOUZA, M. F. P. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018.
- [17] PIUZEVAM, G, FREITAS, M. R, COSTA, J. V, FREITAS, P. A, CARDOSO, P. M. O, QUEIROZ, J. T. M, HELLER, L, SILVA, S. R. Análise da correlação de ocorrência da doença diarreica aguda com a qualidade da água para consumo humano no município de Vitória-ES. *Saude Soc.* 2009.
- [18] RAUPP, L, CUNHA, G. M, FÁVARO, T. R, SANTOS, R. V. Saneamento básico e desigualdades de cor/raça em domicílios urbanos com a presença de crianças menores de 5 anos, com foco na população indígena. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35 Sup 3:e00058518.
- [19] SANTOS, C da S et al. Análise temporal e espacial do número de casos e incidência de diarreia no Brasil no período de 2003 a 2016. *Scire Salutis*, v. 11, n. 2, 2021.
- [20] SIQUEIRA, M. S, ROSA, R. S, BORDIN, R, NUGEM, R. C. Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010 – 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017; 26(4):795-806.
- [21] SOUSA, Ana Cristina Augusto de; GOMES, Joyker Peçanha. Desafios para o investimento público em saneamento no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 43, n. spe7, p. 36-49, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01031042019001200036&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Apr. 2021. Epub July 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s703>
- [22] SOUZA, H. P. et al. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. *Rev Panam Salud Publica*, 2020; 44:e10.
- [23] UHR, J; SCHMECHEL, M; UHR, D. Relação entre saneamento básico no Brasil e saúde da população sob a ótica das internações hospitalares por doenças de veiculação hídrica. *Revista de Administração, Contabilidade e Economia da Fundace*. (2016). 7. 10.13059/racef.v7i2.104
- [24] VENSON, A. H, RODRIGUES, K. C. T. T, CAMARA, M. R. G. Evolução da distribuição espacial do acesso aos serviços de saneamento básico nos municípios do Estado da Bahia, nos anos de 2006 e 2012. *Ensaio FEE*, Porto Alegre. 2017; 38(1):107134.
- [25] ZANCUL, J de S. Direitos Humanos à Água e ao Saneamento e a Política de Saneamento Básico no Brasil. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet]. 30º de junho de 2015 [citado 11º de maio de 2021];4(2):23-46.

Capítulo 3

Assistência à saúde indígena e prevenção de doenças na região Norte: Uma revisão de literatura

Cimara Galdino da Silva^{2}*

Graciana de Sousa Lopes²

Resumo: **Objetivos:** Tem-se como objetivo geral descrever os desafios enfrentados por enfermeiros no cuidado à saúde da população indígena na região Norte. **Metodologia:** O presente artigo adota a pesquisa qualitativa, com fins exploratório e como procedimento metodológico por meio da pesquisa bibliográfica em bases de dados online PubMed, Scielo e BVS na forma on line ou impressas, compostas de livros, artigos, teses e dissertações. **Resultados:** Constatou-se que embora se tenha evoluído na questão da Saúde Indígena, onde os Enfermeiros tem papel fundamental, por estarem na linha de frente no trato com os indígenas, fatores socioculturais, geográficos e estruturais são desafios constantes. **Conclusão:** Conclui-se que apesar da modernidade muito ainda há de ser feito, como forma de primar pela valorização dos profissionais que atuam na atenção à saúde indígena, pois esses são os representantes da efetiva implantação de políticas públicas em vigor, essa percepção se consolida se avaliarmos o contexto sócio-histórico de abandono desses povos.

Palavras Chaves: Saúde Indígena, Enfermagem, Cultura Indígena.

² Acadêmico(a) Finalista do curso de Enfermagem. Centro Universitário FAMETRO (CEUNI-FAMETRO), Manaus - AM. *amaragts@gmail.com

² Mestre em Enfermagem, docente do Centro Universitário FAMETRO (CEUNI-FAMETRO), Manaus - AM. (gracilopess@hotmail.com)

1. INTRODUÇÃO

Em meio a um mundo globalizado e altamente conectado as diversas tecnologias de informação e comunicação, onde as distâncias geográficas inexistem, uma porção de terras chamada Amazônia Brasileira, se sobressai como um mundo à parte a ser entendido, explorado e (re)descoberto pois ao mesmo tempo que esse sofre a influência da cultura do chamado homem branco (ZUIN; MIGUEL, 2020) e tem na preservação cultural um dos empecilhos para a evolução da raça e a prevenção e conservação da sua saúde, fato esse envolto em discussões acaloradas em âmbito mundial (MACIEL, 2015).

Afirma Garnelo; Sampaio; Pontes (2019) ao se referir a saúde indígena, essa faz parte da estratégia governamental como forma de prover serviços de saúde dos índios das diversas etnias existentes no Brasil, em especial aos que habitam em regiões remotas da Amazônia. Uma região que é considerada de maior incidência de índios no Brasil, alguns deles isolados (isto é, sem contato com homem branco) fica no extremo oeste do estado do Amazonas, na região do Vale do Javari, que envolve terras de Atalaia do Norte e Guajará (IBGE, 2011). Estudos de Giovanella et al., (2012) indicam que nos últimos anos, com a descoberta de tribos isoladas na Amazônia brasileira, em especial no estado do Amazonas, vem ocorrendo o aumento intenso do fluxo de famílias indígenas tanto de índios aculturados como povos de recente contato, com destino aos centros urbanos como São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Atalaia do Norte em busca de cuidados com a saúde.

Esses índios ao chegarem na Casa de Saúde Indígena (Casai) após dias remando ou trazidos pelas equipes de saúde indígena, viajando pelos rios a região, atravessando a floresta fechada, indo as vezes de lago em lago puxando canoas em geral se instalam às margens do perímetro urbano em acampamentos ou sobre pedras das margens do rio (TEIXEIRA; GARNELO, 2014).

Por outro lado, destaca Pereira et al., (2014), que a influência das lideranças indígenas mais tradicionais e até mesmo o processo de submissão das índias a seus maridos, tem se mostrado um grande empecilho no trabalho de enfermeiros que atuam na saúde indígena. Sabe-se que o Amazonas é o estado brasileiro com maior número de índios do Brasil com isso, a atuação dessas equipes de saúde, tem um papel fundamental para que esses povos mantenham a qualidade de vida por meio de ações em saúde.

Estudos de Prous (2007), Gondim (2007), Benchimol (2009) citados por Pizarro, Alto e Sepúlveda (2012) indicam que a presença de índios na Amazônia decorre desde os tempos remotos, e foram consolidando-se ao longo do tempo.

Ao fazer uma leitura inicial sobre a atual política de saúde indígena percebe-se que essa constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, uma vez que esses profissionais não só devem adequar-se as realidades locais quanto enfrentar os empecilhos relacionados as suas ações e serviços, o contexto sociocultural na qual se constitui o emaranhado de etnias espalhadas Brasil a fora (FERREIRA, 2013).

Afirma Garnelo (2012), que isso ocorre devido as peculiaridades da região no que se refere aos aspectos socioambientais a população indígena enfrenta uma série de doenças tropicais que se não devidamente cuidadas podem levar a dizimar esses povos.

Essa situação foi assim expressa no Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: “A malária continua sendo considerada um grave problema de saúde pública, atingindo 40% da população mundial, com cerca de 300 a 500 milhões de casos e aproximadamente um milhão de óbitos por ano”. (BRASIL, 2015, p. 137).

Sabe-se que Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena instituída em 2002 reconhecia os povos indígenas, em um contexto social, étnico e cultural, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e ao assumir a tutela desses visava garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde (GIOVANELLA et al., 2012).

Percebe-se que o processo de adoecimento e de cura que envolve a relação enfermeiro-paciente indígena é relacionado de formas bem pontuais e alguns nos parece não retratar a realidade dos mais diversos rincões do Estado do Amazonas.

Justifica-se a escolha da temática da atuação do enfermeiro na saúde indígena uma vez que ao ler alguns relatos na bibliográfica, percebe-se que há características, desafios e oportunidades específicas em função de cada etnia e região estudada.

O presente estudo tem como objetivo geral: descrever os desafios enfrentados por enfermeiros no cuidado à saúde da população indígena na região Norte. Especificamente pretende-se: descrever o contexto histórico da saúde Indígena na Amazônia e discutir os desafios e incertezas enfrentados por Enfermeiros na saúde indígena.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS E DESAFIOS DE SE LEVAR SAÚDE INDÍGENA NA AMAZÔNIA

O estado do Amazonas, se faz conhecido no cenário nacional, entre outros atributos de reconhecida beleza e exuberância natural, é destaque também por ser o local do Brasil, conforme Araújo et al., (2014), onde existem 65 grupos étnicos indígenas e o estado com a maior população indígena do País, com uma população de silvícola estimada em 168,6 mil indivíduos.

O percentual de autodeclarados índios no Censo de 2010, dessa população na atualidade atinge 76,6% dos habitantes de municípios como São Gabriel da Cachoeira, no município habitam 23 etnias que residem ali há milênios, aliado a isso percebe-se que o município enfrenta problemas socioambientais e econômicos facilmente percebidos.

Isso posto, ao analisar a política indigenista desenvolvida desde a elevação do Amazonas a categoria de Província, em 1850, onde encontrou-se estudo tais como o de Sidney Chalhoub em sua obra “Cidade Febril” e de Gabriela Sampaio com o título de “Nas trincheiras da cura” que fazem um retrospecto da historiografia sobre a medicina, nessas paragens e tornaram-se importantes referências e inspiração para o desenvolvimento desse artigo.

Dessa forma, tal como afirma Moutinho (2010), entende-se que antes de se tecer crítica ao atual sistema ou aos profissionais que atuam na atenção à saúde indígena, deve-se entender contexto histórico e cultural e o próprio protagonismo indígena na luta por seus direitos a um sistema de saúde eficaz, e assim após uma prévia reflexão entender-se as práticas sanitárias desenvolvidas nos Distritos Sanitários de Saúde Indígena (DSEIs) espalhados pelo estado do Amazonas com ênfase na organização do trabalho dos profissionais da área de saúde indígena.

Para levar saúde a essas comunidades indígenas tem que superar desafios que vão além das grandes distâncias, reflete-se em quadro que envolvem a busca contínua dos profissionais da saúde em levar saúde a esses povos.

2.2. SAÚDE INDÍGENA NO AMAZONAS: CONTEXTO HISTÓRICO E CULTURAL

Resume assim Lopes esse período em sua pesquisa: “séculos antes dos europeus chegarem à região, hoje conhecida por Amazônia, ela já era povoada. Estima-se cerca de dois milhões de pessoas, (...) apontam a possibilidade de uma população ainda maior” (LOPES, 2016, p. 97).

Os estudos da Doutora em Sociologia Violeta Loureiro indicam que junto com o primeiro europeu a pisar as terras amazônicas, que se tem registros, o espanhol Vicente Pinzon ao percorrer a foz do Amazonas, conheceu a ilha de Marajó e surpreendeu-se em com o fenômeno da pororoca e a exuberância do Rio Amazonas (LOUREIRO, 2010).

Ao fazer contato como os índios da região foi por eles bem na conhecida hospitalidade que os povos amazônicos conservam até hoje, assim como a forma das quais esses silvícolas curavam seus enfermos.

Mas, apesar de toda afetividade recebida, relata Loureiro (2017, p. 108) que a “sua viagem marca o primeiro choque cultural e o primeiro ato de violência contra os povos da Amazônia: Pinzon aprisiona índios e os leva consigo para vender como escravos na Europa”. Onde há relatos de mortes por maus tratos e doenças como cólera, malária e tuberculose.

Essa violência também se fez presente na forma de doenças até então desconhecidas desses povos, de uma forma mais mitológica e cercada de delírios heroicos em um processo de autovalorização de seus feitos Francisco de Orellana, em 1549, ao descrever as Amazonas – índias guerreiras, bravas habitantes de uma aldeia sem homens implicitamente busca associar os povos da floresta como selvagens e bárbaros e como um povo a ser “domesticado”, destacava as habilidades dos pajés e das entidades da flores na cura de malefícios.

O conflito de interesses nas narrativas históricas tem no significado dos recursos naturais, culturais entre eles a percepção própria na visão de quem observa e vive essas realidades e que perduram até os dias atuais (ARAÚJO et al., 2014). De uma forma simplista ousamos a inferir que esses interesses sejam de ordem governamental, de empresas ou grupo dessas e/ou políticos tem no poder (econômico, legal, político, religioso e/ou militar) a forma de fazer prevalecer suas aspirações em detrimento aos povos da floresta.

No que se refere a questão da saúde no período anterior a elevação do Amazonas a categoria de Província em 1850, afirma Maciel (2015) que nessas paragens Norte do Império do Brasil, vivia-se uma realidade bem diferente daquela idealizada pela elite burguesa que faziam parte da elite política da Corte Imperial.

Nesse período discorre Almeida et al., (2013) que a província do Grão-Pará, devido as precárias situações econômica e social, entre eles a precariedade do sistema de saúde desencadeou o Movimento Cabano. Ao analisar como estava organizado o aparato da saúde pública na província do Amazonas.

Sob a jurisdição da Inspeção-Geral, esses agentes de saúde se reuniam semanalmente, onde se tratava assuntos concernentes à saúde pública, “especialmente o serviço de limpeza e saneamento, construções públicas, licenças para venda de alimentos e medicamentos, instalação de hospitais particulares, casas de saúde e maternidades (ARAÚJO et al., 2014, p. 35).

Complementa Amaral (2011) que era de responsabilidade da Inspeção-Geral nas províncias, às chamadas inspeções provinciais, realizar o registro dos médicos,

cirurgiões, farmacêuticos, boticários, parteiras e dentistas, que entre outros controles, deveriam apresentar os respectivos títulos ou licenças.

Pelo até aqui exposto, percebe-se que processo de colonização, assim como o Império e depois a República, trouxe para os índios brasileiros inúmeros problemas de saúde e que nos cabe uma reflexão sobre a representatividade social que envolve a questão da saúde indígena.

2.3. OS DESAFIOS DA SAÚDE INDÍGENA

Ao buscar-se correlacionar os contexto da Amazônia Brasileira frente a políticas públicas, voltadas a Atenção a Saúde Indígena, remete-nos as experiências nesse campo como forma de se compreender essa relação: sociedade brasileira moderna e indígena, dada a grande relevância do tema sob os pontos de vista do pensamento filosófico, sociológico e antropológico (GARNELO, 2012), como no que se refere ao contexto social, histórico e cultura da formação da identidade indígena brasileira (FERREIRA, 2013).

Nesse sentido, ao buscar os primeiros relatos da colonização portuguesa, encontrou-se os estudos de Arenz (2010) a explicação do termo *Educere ex silvis* que caracteriza essa expressão latina “encontrada em muitas cartas escritas e enviadas por missionários jesuítas que trabalharam, ao longo do século XVII, na América Portuguesa. Uma tradução aproximativa seria “fazer sair das selvas”, sendo que esta atividade se refere aos índios” (ARENZ, 2010, p. 1).

Percebe-se dessa forma as primeiras ações do colonizador branco no sentido de “pacificar” os indígenas amazônicos ao longo do tempo essa ação se tornou mais contumaz, onde a sociedade foi construindo e reconstruindo uma imagem em torno do índio sob a forma das conquistas territoriais e de formas de vida mais modernas.

É nesse cenário que se pretende levar ao leitor(a) a refletir sobre esse conflito por vezes observado na Assistência à Saúde Indígena que é perceptível na comunidade indígena no que se refere a Atenção à Saúde Indígena, o que de um lado a aprovação de uns, uma vez constitui-se um dos pilares da cidadania, por outro que gera controvérsias em grande parte da população em função da descaracterização do indígena amazônico (AMARAL, 2011).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo refere-se a uma pesquisa de cunho exploratório, descritivo, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), onde se buscou investigar os desafios enfrentados por enfermeiros no cuidado à saúde e dos indígenas na busca de obter esses cuidados.

Para coleta de dados, a bibliografia embasa o trabalho com os argumentos necessários para a correlação e entendimento do leitor relativo ao assunto descrito, para atingir os objetivos deste estudo, a partir da pesquisa em bases de dados online: Scielo; PubMed e BVS de estudos publicados entre 2011 a 2021. Quanto à natureza tem abordagem qualitativa sem excluir os aspectos quantitativos.

Utilizou-se os seguintes descritores, como forma de tornar mais eficaz a pesquisa: “assistência de enfermagem”, “saúde indígena” e “enfermeiro na saúde indígena”. Como

critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, publicados em língua portuguesa relacionados ao tema pesquisado.

Critérios de inelegibilidade foram: Artigos com texto incompleto, resumos, monografias e estudos não indexados nas plataformas supra citadas.

Os estudos são correlacionados por nossas argumentações e as observações pessoais e de experiências de conhecidos vivenciados na região do Vale do Javari e nas cidades de Atalia do Norte (nossa cidade natal), Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira no estado do Amazonas região essa de maior concentração de indígenas no mundo.

Como objetivo metodológico adotou-se a pesquisa sistemática que “expõe as características de uma determinada população ou fenômeno, demandando técnicas padronizadas de coleta de dados. (PRODANOV; DE FREITAS, 2013, p. 127). Utilizou-se descritores para facilitar a pesquisa, a saber: aspectos culturais da ação do enfermeiro, desafios culturais da saúde indígena; atuação enfermeiro na saúde indígena, história saúde indígena.

Quadro 1 - Seleção de Estudos

Plataforma	Encontrados	Selecionados
Scielo	141	29
PUBMED	38	8
LICACS	29	5
Sub. Total	208	42
Total	13	

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante desses estudos iniciais, retornaram 208 estudos, assim como forma de selecionar os estudos procedeu-se a leitura do resumo e da conclusão desses estudos, onde se localizou-se que 166 estudos estavam duplicados 49 estavam duplicados, 28 estavam fora do foco desse estudo, 15 estavam incompletos, outros 74 foram descartados por motivos diversos, entre eles: não apresentavam a metodologia, envolviam outras áreas como antropologia, serviço social e odontologia.

Foram utilizados para a produção desse artigo 38 estudos formado por livros, artigos e dissertações, que conforme os preceitos éticos quando utilizados de forma de citação direta ou indireta são citadas as fontes conforme estrutura definida pela ABNT.

A pesquisa bibliográfica teve início em março de 2021, onde inicialmente seria um estudo de caso, mas devidos as restrições de se entrar em áreas indígenas e as medidas de isolamento social em decorrência da pandemia da COVID-19 e por essa autora ser do grupo de risco em função da gravidez e parto. Com isso mitigou-se os riscos decorrentes da pesquisa.

Como benefícios, desses estudos se dá na medida que se expõe, não somente com a parte teórica dos desafios que é levar saúde de qualidade aos indígenas, mas por meio de nossas inferências enquanto filha de indígenas vivendo na região do Vale do Javari e que ao se formar enfermeira, buscar-se-á levar aos nossos parentes (como os índios se chamam) um pouco de acalento de suas dificuldades em obter atendimento de enfermagem.

Para a comunidade acadêmica, em especial aos nossos pares, isso se reflete na troca de experiência de alguém que viveu essa realidade de dificuldade em obter os cuidados da atenção indígena, com intuito de sensibilizá-los a juntar-se na luta para levar saúde indígena na Amazônia, em especial no estado do Amazonas, na medida do possível.

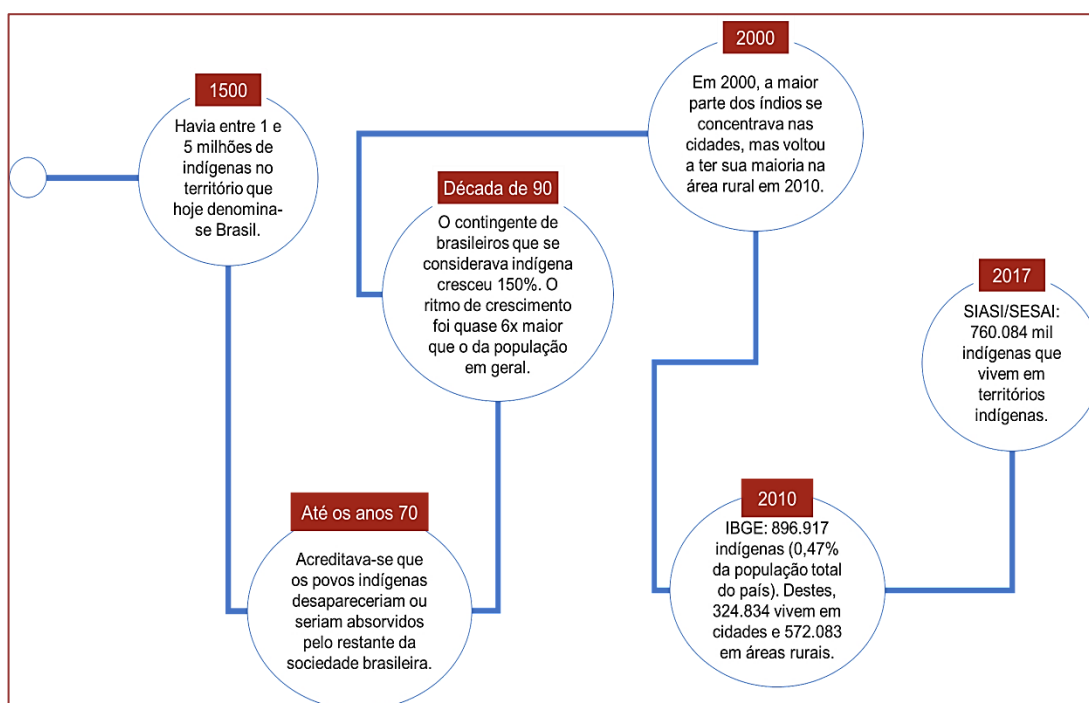
O estudo atende as recomendações éticas e legais contidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que trata sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, e está isenta de passar no Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) e conforme Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, Art. 1º, nos incisos V que isenta estudos feitos em bancos de dados, cujas informações são não permitem a identificação individual e VI – que se aplica quando se trata de pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos – tal como ocorre aqui.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA NA AMAZÔNIA

A presença de índios na Amazônia é registrada em artefatos que remontam séculos antes do descobrimento do Brasil, em 1500. Esses contatos segundo Loureiro (2010, 2015 e 2017) é envolto em situações na qual o contato “civilizatório” trouxe dor, sofrimento e doenças pelas quais os índios não terem anticorpos protetivos.

Figura 1 - Evolução da população indígena no Brasil



Fonte: Adaptado de IBGE (2010) e Garnelo (2012).

Há tempos, nossas populações indígenas enfrentam inúmeras tensões no âmbito da saúde, desde os primeiros contatos com os não indígenas, ainda no século 16, passando pelas epidemias de gripe e sarampo, no século 20, mais recentemente com a gripe H1N1, em 2009, até a pandemia de Covid-19, em 2020.

Isso posto, ao analisar a política indigenista relacionada a saúde desenvolvida desde os primórdios da Elevação do Amazonas a categoria de Província, em 1850, historiadores como Sidney Chalhoub em sua obra “Cidade Febril” e Gabriela Sampaio (Nas trincheiras da cura) fazem um retrospecto da historiografia sobre a medicina, nessas paragens e tornaram-se importantes referências a difícil relação cultura tanto no que se refere a dificuldade de se chegar nos diversos municípios, como a resistência dos indígenas nos aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento das diversas doenças que acometem esses silvícolas (GARNELO, 2012).

Cada uma dessas epidemias e/ou crises sanitárias impactaram de diferentes formas os grupos indígenas atingidos, seja social, econômica ou demograficamente, sendo, portanto, importante um olhar para as especificidades de cada região e de cada povo na compreensão e no enfrentamento de questões de saúde pública entre os povos indígenas.

Ao refletir sobre o conceito de cultura, afirma Horiba, que se constitui “aqueles aspectos de nossas identidades que surgem de nosso “pertencimento” a culturas étnicas, raciais, linguísticas, religiosas e, acima de tudo, nacionais” (HORIBA, 2012, p. 12).

Ao fazer-se um paralelo entre as modernidades presenciada nas mídias sociais, onde os chamados índios aculturados posam para “selfies”, tem caminhonetes, grandes fazendas, estabelecem e definem preços de minerais de suas terras constatarem como o modo de vida tradicional dos indígenas brasileiros, que se encontram ainda em raros casos sem contato direto como os “brancos”, mantendo assim suas raízes culturais, místicas-religiosas e de relações socioambientais.

Essa mesma controvérsia se nota por exemplo, por parte de alguns membros da Etnia Deni (localizada entre os rios Juruá e Purus), em especial no que se refere aos cuidados com a saúde da mulher e das crianças que muitas vezes são impedidos de receberem vacina ou fazer tratamentos por proibição de seus maridos ou por lideranças indígenas.

Porém, as maiores dificuldade segundo Peres; De Moura e De Aguiar (2020), se relacionam a falta de compreensão da cultura da etnia, assim como os desafios linguísticos e a própria discriminação tanto por parte dos bancos e até mesmo entre os índios uma vez que alguns são censurados ou deixados de certa forma isolados, por preferir a cura do branco em vez da cura dos indígenas.

Outra questão a ser levada em conta refere-se as longas distancias, por exemplo os que vivem as margens do Alto Itaquí para chegar ao Rio Javari e chegar a Atalaia do Norte, por exemplo, onde funciona a Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai) de canoa são três dias e noites de viagem rio abaixo.

No período da seca dos rios, essas dificuldades aumentam, onde as equipes de saúde indígenas, tem que empurrar as canoas no leito do rio geralmente abarrotadas de medicamentos e para encurtar distâncias fazer os transbordos desses insumos pelo meio da mata que lhes rendem um encurtamento de caminhos, porém com alto desgastes físicos e emocionais dos profissionais da saúde, além dos perigos da floresta, devido ao ataque de cobras, jacarés, caititus, onças arraias e poraquê.

Da mesma forma os indígenas, quando está seco levam dias para chegar a comunidades mais próximas e de fácil navegação até as sedes dos municípios, levando seus doentes em redes colocadas em uma vara forte que são carregadas por dois homens, geralmente vem mais indígenas que se revezam no caminho para levar o doente para receber assistência.

4.2. O CONTEXTO SÓ CULTURAL OS DESAFIOS DA SAÚDE INDÍGENA

O Serviço de Proteção aos Índios (SPI) foi a primeira instituição brasileira, vinculada ao governo federal, voltada para a questão indígena no Brasil. Entre 1910 e 1967, o SPI desenvolveu ações pontuais de assistência sanitária aos indígenas, a partir de estruturas simplificadas de atenção à saúde, como a manutenção de alguns postos com enfermeiros e convênios itinerantes de prestação de assistência médica ou de levantamentos sanitários entre os grupos indígenas (BRITO; LIMA, 2014).

Nesse cenário, porém, ocorreu aquilo que se considera importante investida institucional no contexto da saúde indígena, a criação de um “Serviço Médico Sanitário do SPI”, idealizado pelo médico Herbert Serpa, em 1947. Dando início a fuma nova fase na saúde indígena.

Similarmente do que acontece hoje esses amazônidas, os indígenas, quando doentes eram nos primeiros momentos das fases colonial e Imperial eram levados ao pajé ou eram transportados em redes em busca de ajuda, em busca de cura suas mazelas.

Dessa forma, ficavam separados do convívio longe dos familiares, segregados por estigma social na qual doenças tinha-se como principais doenças: lepra (hanseníase), malária, febre amarela e tuberculose. Assim:

Várias foram as concepções e práticas da Assistência diante deste contexto brasileiro arraigado na má distribuição de renda e de direitos, sendo a realidade da Assistência caracterizada por um sistema que se nega a garantir direitos de uma política social integrada (DIAS, 2016, p. 5).

Essas percepções se interlaçam nos aspectos socioculturais do levar para os indígenas uma saúde universalizada. Ao avançar um pouco no tempo, as mudanças ocorridas no que se refere a saúde indígena sofreram modificações significativas nas décadas de 1930 a 1980 com a criação e fortalecimento da Fundação Nacional do Índio e de outras políticas públicas que tinham como público alvo essa parcela de brasileiros.

Malheiro (2015) destaca que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), teve como primícias chamada Lei Arouca (a Lei nº 9.836/99) na qual estabeleceu um Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI) sendo consolidado por meio da PNASPI estabelecida com propósito promover e assegurar uma assistência à saúde integral aos povos indígenas sob a perspectiva, princípios e diretrizes do SUS considerando suas diversidades sociais, culturais e geográficas (MALHEIRO, 2015).

Refletindo um pouco sobre os antecedentes históricos que antecederam a promulgação da Constituição Federal de 1980, no que se refere a saúde indígena, percebe-se que de uma forma mais contundente do que acontece na atualidade esse período podemos classifica-lo como de descaso e de pífias políticas públicas (MACIEL, 2015).

As dificuldades sanitárias vividas pelas populações indígenas e das realidades geralmente precárias de profissionais da saúde que atuam na Saúde Indígena, são temas que sempre em discussões no âmbito do Ministério da Saúde e da Fundação nacional do Índio (FUNAI) (LANGDON; CARDOSO, 2015).

Percebe-se que muitos dos problemas e desafios enfrentados pelos pioneiros da saúde indígena, em especial no estado do Amazonas, onde para se chegar em certas localidades leva-se até 15 dias (DA SILVA et al., 2021). O motivo é a distância e a dificuldade de locomoção, pois para que o profissional de saúde indígena chegue em determinados polos e localidades, se faz necessário pegar canoas ou lanchas, andar pela mata fechada, etc. E isso dificulta e muito o trabalho dos profissionais da saúde pois é extremamente cansativo a viagem até essas localidades ou polos distantes.

Porém com o novo modelo de assistência proposto pela implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), gerida pelo Ministério da Saúde trouxe uma forma mais inclusiva desses indígenas no sistema de saúde pública (MARTINS, 2017).

No contexto evolutivo das políticas públicas e da construção da cidadania ocorridas por meio da reforma sanitária, foi instituída pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) por meio da Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, o que demonstrou ser um desafio constante para os profissionais da área da saúde, para governos e para a própria sociedade civil, para sua efetiva implantação (LANGDON; CARDOSO, 2015).

Destacamos como principal avanço dessa legislação a criação de 34 Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI), distribuídos por todas as regiões do país. Conforme o Ministério da Saúde:

Uma das missões iniciais da Sesai foi transformar os DSEI em unidades gestoras, para que tenham autonomia de realizar licitações, contratar serviços, adquirir medicamentos, entre outras ações. Esta era uma reivindicação antiga dos povos indígenas. (BRASIL, 2015a, p. 56).

Ao fazer uma crítica construtiva e ao mesmo tempo comparando o passado e o presente, infere-se que os desafios atuais são similares aos de antigamente, afirma Marta (2018), uma vez que apesar de haver dotação orçamentária por vez esses recursos ou são contingenciados ou não chegam ao cliente final (índios).

Com isso, de uma forma similar os profissionais que atuam nos DSEI's têm que fazer um esforço extra no sentido de aliviar as dores de nossos compatriotas, porém destaca-se ser essa uma missão prazerosa profissional e pessoalmente, pois tem-se a oportunidade de interagir com culturas riquíssimas e de conhecimentos milenares.

Políticas essas que foram consolidadas pela Constituição de 1988, destacamos nesse sentido para atender as especificidades culturais, epidemiológicas e geográficas desses povos foi instituído pela Lei 9.836 de 1999 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dessa forma instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2015a).

Dessa forma, a prestação dos serviços de saúde nos chamados Polos-Base segundo diretiva governamental deve ser realizada de modo preferencial a partir da Assistência à

Saúde “feito pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) nos postos de saúde instalados nas aldeias e por meio de visitas domiciliares juntamente com os demais membros da Equipe Multidisciplinar” (OLIVEIRA, 2010, p. 26). Assim, cabe entender como se relacionam o passo e o presente relacionado a saúde indígena até aqui explanado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos aqui utilizados indicam que o Estado brasileiro avançou no âmbito da Saúde Indígena, especialmente após a criação de um subsistema de saúde indígena e na concepção de uma Política Nacional de Atenção à Saúde aos povos indígenas.

Porém, há de se destacar que a saúde indígena não é somente o cuidar da saúde, há outras demandas que envolvem questões política, ordem social e econômica, culturais e como está ocorrendo atualmente, um descaso das autoridades Nacionais e Estaduais no que se refere a infraestrutura da saúde indígena, recursos esses que podemos destacar com maior ênfase os humanos e financeiros.

Ao fazermos um retrospecto do exposto nesse estudo, constatou-se esse atingiu seus objetivos uma vez que se discorreu sobre a questão étnico-cultural enquanto forte influenciador na atuação do enfermeiro na Atenção à Saúde Indígena. Demonstrou-se que quando se fala em Amazônia, esse desafio é ainda maior devido a diversidade de etnias e grupos que por vezes de uma mesma etnia tem percepções diferente sobre o tema tratamento de doenças e processos de cura.

Conclui-se que somente a partir de um processo humanizado, de compartilhamento e respeito mútuo intercultural é que as ações do enfermeiro tornar-se-á eficaz.

Da mesma forma, os desafios do enfermeiro na saúde indígena se refletem nas formas de resistências indígenas no Brasil, em especial na Amazônia no decorrer do tempo onde conclui-se que para atuar na atuação indígena a imposição não surte o efeito que se quer, para isso o enfermeiro enquanto profissional que possui um contato mais direto com esses indígenas tem um papel fundamental no apaziguamento do uso da medicina tradicional indígena com as técnicas e ações da medicina curativa utilizada na Atenção à saúde Indígena.

Por mais forte que seja a tendência em privilegiar ações de cunho técnico, burocrático-administrativo com o intuito de atender as demandas da Saúde Indígena, o enfermeiro deve estar preparado e buscar apoio para a resistência dos indígenas em receber o tratamento indicado, sem, contudo, interferir em sua cultura.

Por ser um tema amplo e específico sugere-se como novos estudos o comparativo entre ações e os dilemas culturais enfrentados por enfermeiros em diferentes aldeias do Amazonas.

AGRADECIMENTOS

Quero aqui agradecer primeiramente a Deus por ter chegado até aqui, nessa etapa da minha vida, e meus pais por toda dedicação e paciência que teve comigo nesses cinco anos de faculdade, contribuindo para que eu pudesse ter um caminho mais fácil durante essa jornada.

Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para o melhor aprendizado, em especial a minha orientadora, Graciana Lopes, pela paciência e dedicação ao longo desse trabalho.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, Cândido Mendes de et al. Memórias para a história do extinto estado do Maranhão cujo território compreende hoje as províncias do Maranhão, Piauí, Grão-Pará e Amazonas. 2013. Disponível em <http://bdlb.bn.gov.br/redememoria/handle/123456789/220459>. Acesso em 15 jan. 2021.
- [2] AMARAL, Josali do. Ritmos e Dissonâncias: controle e disciplinarização dos desvalidos e indigentes nas políticas públicas do Amazonas (1852-1915). Dissertação de Mestrado em História Social. UFAM/PPGHS. Manaus, 2011. Disponível em <http://bdt.d.ufam.edu.br/bitstream/tede/3720/4/Josali%20do%20Amaral.pdf>. Acesso em 02 fev. 2021.
- [3] ARAÚJO, André Luiz Passos et al. O movimento de apoio à resistência Waimiri-Atroari: ecos de uma ação indigenista católica contra grandes projetos. 2014. Disponível em <http://bdt.d.ufam.edu.br/handle/tede/3969>. Acesso em 01 mar. 2021.
- [4] ARENZ, Karl Heinz. Do Alzette ao Amazonas: vida e obra do padre João Felipe Bettendorff (1625-1698). Revista de Estudos Amazônicos, v. 5, n. 1, p. 25-78, 2010. Disponível em http://etnolinguistica.wdfiles.com/local--files/artigo:arenz-2010/arenz_2010_bettendorff.pdf. Acesso em 24 fev. 2021.
- [5] BRASIL. Portaria nº 1.801, de 9 de novembro de 2015. Define os Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1801_09_11_2015.html. Acesso em 21 jan. 2021.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.
- [7] BRITO, Carolina Arouca Gomes de; LIMA, Nísia Trindade, Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). In: SAÚDE indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- [8] CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva. Atividade educativa para o desenvolvimento de competências culturais de enfermeiras (os) que atuam na saúde indígena na Amazônia paraense. Universidade de São Paulo. 2020. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-24022021-110713/en.php>. Acesso em 06 jun. 2021.
- [9] DA SILVA, Domingas Machado et al. Vivências de Diferentes Etnias em Uma Casa de Saúde Indígena na Região Amazônica/Brasil Experiences of ethnic groups in a care facility in the Amazon region of Brazil. 2018. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Maura_Figueira/publication/339786489_Vivencias_de_Diferentes_Etnias_em_Uma_Casa_de_Saude_Indigena_na_Regiao_AmazonicaBrasil/links/5e65a55a92851c7ce05353f0/Vivencias-de-Diferentes-Etnias-em-Uma-Casa-de-Saude-Indigena-na-Regiao-Amazonica-Brasil.pdf. Acesso em 01 jun. 2021.
- [10] DA SILVA, Edivania Cristina et al. Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 1, p. e5413-e5413, 2021. Disponível em <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5413>. Acesso em 30 mai. 2021.
- [11] DE ALMEIDA, Natalia Rodrigues. A SAÚDE INDÍGENA E A INTERAÇÃO MÉDICO-PACIENTE. São Paulo: Pedro & João Editores, 2020.
- [12] DE OLIVEIRA, Eliene Mendes et al. GESTÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA EM RORAIMA. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 16, n. 2, 2018. Disponível em <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4621>. Acesso em 09 jun. 2021.
- [13] DIAS, Renata Colares. O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE INDÍGENA: POVOS XAKRIABÁ. 2016. In Anais do 4º Congresso Mineiro de Assistentes Sociais. Disponível em <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/ec/ec4194da-6fde-4761-866c-3bf5da53575.pdf>. Acesso em 04 mar. 2021.

- [14] FERREIRA, Luciane Ouriques. Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.
- [15] FREITAS, Fernanda Pereira de Paula et al. Experiências de médicos brasileiros em seus primeiros meses na Atenção Primária à Saúde na Terra Indígena Yanomami. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200212, 2021. Disponível em <https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200212/>. Acesso em 02 jun. 2021.
- [16] GARNELO, Luiza (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
- [17] GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully de Souza; PONTES, Ana Lúcia. Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.
- [18] GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.
- [19] HORIBA, Nubia Maria de Souza. Um olhar da enfermagem à saúde no distrito sanitário especial indígena do Alto Rio Negro. 2012, 75 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8814>. Acesso em 03 jun. 2021.
- [20] IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 20 fev. 2021.
- [21] LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.
- [22] LOPES, Rafael de Figueredo. IMPRESSÕES AMAZÔNICAS: A RELAÇÃO COMUNICACIONAL DO IMAGINÁRIO ROMANTIZADO COM FRAGMENTOS DA REALIDADE. *Textos e Debates*, v. 2, n. 30, 2016. Disponível em <https://revista.ufrb.br/textosedebates/article/view/2920/pdf>. Acesso em 28 fev. 2021.
- [23] LOUREIRO, Violeta Refkalefsky. Desenvolvimento, meio ambiente e direitos dos índios: da necessidade de um novo ethos jurídico. *Revista Direito GV*, v. 6, n. 2, p. 503-526, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rdgv/v6n2/a08v6n2.pdf>. Acesso em 12 mar. 2021.
- [24] LOUREIRO, João de Jesus Paes. Cultura amazônica: uma poética do imaginário. 4ª ed. Belém: Editora Cultural Brasil, 2015.
- [25] LOUREIRO, Violeta Refkalefsky. História da Amazônia: do período da borracha aos dias atuais. Belém: Cultural Brasil, 2017.
- [26] MACIEL, Benedito do Espírito Santo Pena. Histórias intercruzadas: Projetos, ações e práticas indígenas e indigenistas na Província do Amazonas (1850-1889). 2015. 316 f. Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, 2016. Disponível em <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5643#preview-link0>. Acesso em 13 mar. 2021.
- [27] MARTA, José Manuel Carvalho. Rondônia da Colonização à Integração Latino - Americana. Cuiabá: EDUFMT, 2018.
- [28] MARTINS, Juliana Cláudia Leal. O trabalho do enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competências para a atuação no contexto intercultural. 2017. Disponível em <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/720/2/520576206.pdf>. Acesso em 28 mai. 2021.
- [29] OLIVEIRA, Rita de Cassia Cordeiro de. Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara. *Interface Comum Saúde Educ.*, v. 14, n. 32, p. 233-4, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/21>. Acesso em 10 jan. 2021.
- [30] MALHEIRO, Bruno Cezar Pereira. Territórios e Saberes em disputa: por uma epistemologia da fronteira. In: TROCATE, C. (Org). Iguana: reflexão amazônica. Marabá: Editorial Iguana, 2015.
- [31] PEREIRA, Érica Ribeiro et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde e Sociedade*, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1077.pdf>. Acesso em 05 mar. 2021.
- [32] PERES, Amanda Ossami; DE MOURA, Felipe Mota; DE AGUIAR, Denison Melo. SAÚDE INDÍGENA E DIFICULDADES NO ACESSO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO AMAZONAS. *BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, v. 19, n. 13, p. 1-11, 2020. Disponível em

<https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/7641>. Acesso em 02 jun. 2021.

[33] PIZARRO, Ana; ALTO, Rômulo Monte; SEPÚLVEDA, Sebastián. *Amazônia: as vozes do rio; imaginário e modernização*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

[34] PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2ª Edição. Editora Feevale, 2013.

[35] RIBEIRO, Gustavo Ferreira. *Saúde indígena: as lutas de ontem e de hoje no Amazonas*. Artigo Científico. 2017. Pós-Graduação em Saúde Indígena. FAVENI Material gentilmente cedido pelo autor.

[36] KABAD, Juliana Fernandes; PONTES, Ana Lúcia de Moura; MONTEIRO, Simone. *Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1653-1666, 2020. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/reia/article/download/230071/28994>. Acesso em 01 nov. 2021.

[37] SILVA, Renata de Oliveira et al. *Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil*. *Saúde e Sociedade*, v. 25, p. 920-929, 2016. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n4/920-929/>. Acesso em 02 jun. 2021.

[38] TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

[39] THIOLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. In: *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2011.

[40] TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. *Metodologia da Pesquisa*. 3ª. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2019.

[41] VIEIRA, Flávia Martins. *Uma incursão à saúde indígena no Brasil: breve panorama histórico e algumas reflexões antropológicas sobre experiências recentes de articulação entre saberes indígenas e biomédicos*. 2017. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/reia/article/download/230071/28994>. Acesso em 01 jun. 2012.

[42] ZUIN, Aparecida Luzia Alzira; MIGUEL, Vinicius Valentin Raduan. *A Amazônia e os povos indígenas: conflitos socioambientais e culturais*. Porto Alegre: Editora Appris, 2020.

Capítulo 4

Liderança em enfermagem no âmbito unidade de terapia intensiva

Bruno de Almeida Lima^{3}*

Mirlandya Maquine Nunes¹

Railson Oliveira da Silva¹

Graciana de Sousa Lopes²

Resumo: **Objetivo:** Discorrer sobre a liderança em enfermagem no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa sob a forma de revisão integrativa. O levantamento bibliográfico será realizado por meio de consulta nas bases de dados SciELO – Scientific Electronic Library, LILACS- Literatura Latino-americana, BDEFN – Banco de Dados em Enfermagem. Resultados: foram selecionados 11 artigos para discorrer sobre o tema proposto. Os autores falam sobre os principais aspectos de liderança da enfermagem na UTI e as principais características do enfermeiro líder. **Resultados:** Foram selecionados 11 artigos para discorrer sobre o tema proposto. Os autores falam sobre os principais aspectos de liderança da enfermagem na UTI e as principais características do enfermeiro líder. **Conclusão:** O presente estudo proporciona uma visualização bibliográfica a respeito da liderança em enfermagem no âmbito unidade de terapia intensiva, Visto que as principais características de um enfermeiro líder na UTI incluem conhecimento técnico e científico saber alicerçar a liderança em bases de justiça, responsabilidade, ética, autonomia, e capacitação constante.

Palavras-chave: Liderança; Unidades de terapia intensiva; Enfermagem; Gestão em Saúde; Cuidados Críticos.

³ Acadêmico(a) Finalista do curso de Enfermagem. Centro Universitário FAMETRO (CEUNI-FAMETRO), Manaus - AM. *brunolima92@outlook.com.br

² Mestre em Enfermagem, docente do Centro Universitário FAMETRO (CEUNI-FAMETRO), Manaus – AM. (gracilopess@hotmail.com)

1. INTRODUÇÃO

A capacidade de influenciar as pessoas e capacitá-las a fazer seu trabalho com eficácia é chamada de liderança. Com o tempo, as pessoas tendem a confundir gestão com liderança. Um líder é alguém que pode realizar atividades e práticas de forma positiva. Incentivando e valorizando, um gerente é capaz de cuidar dos bens e serviços da organização, ou seja, qualquer líder pode se tornar um gerente, mas nem todos os gerentes podem ser considerados líderes (SILVA et al., 2016).

Alguns autores distinguem entre os conceitos de liderança / gestão e chefia. Na verdade, supervisão/gestão refere-se à distribuição do poder organizacional, enquanto liderança corresponde ao poder concedido pelos seguidores. A teoria da liderança baseada em traços de personalidade é baseada na ideia central de que traços pessoais distinguem líderes de não-líderes (SILVA; MOURÃO, 2015).

No entanto, para que o enfermeiro desempenhe um papel de liderança, as instituições de saúde devem ter um modelo de gestão favorável ao seu exercício (BALSANELLI; CUNHA). Tendo em vista que a necessidade de abordar esta temática voltada para liderança em UTI, este estudo permite uma indagação e surge a pergunta que norteia esta pesquisa bibliográfica: Qual a importância da liderança em enfermagem no âmbito unidade de terapia intensiva?

A incompatibilidade entre o treinamento e a prática dos enfermeiros cria estresse, falta de motivação e conflito. As escolas de enfermagem priorizaram o treinamento de enfermeiros altamente qualificadas para fornecer atendimento personalizado com base científica; na prática, porém, a função esperada desse especialista é, na maioria das vezes, a gestão de serviços, muitas vezes limitada ao controle de equipamentos e pessoal em detrimento da gestão (SANTOS et al., 2013).

Lima et al (2017) afirmam que a liderança é considerada uma das principais competências que precisam ser desenvolvidas e proporcionadas em um ambiente seguro para serviços de qualidade. Na UTI, além de prestar cuidados muito complexos para atender às necessidades de saúde dos usuários, o enfermeiro também é considerado o elo de uma equipe multiprofissional, portanto, deve ser especialista, e demonstrar liderança.

Pensando nisso principal motivação para sustentar o presente estudo, reside na importância que o tema possui para a enfermagem, principalmente no que se refere a unidades de terapia intensiva, que é um setor, onde os enfermeiros devem aplicar a liderança com bastante afinco e organização. Discorrendo a respeito do tema, esperamos atrair a atenção e contribuir para novas descobertas e formulação de novas pesquisas voltadas para esta temática.

A esfera de influência de um líder em uma organização é crucial para o sucesso da organização e para mudar quaisquer percepções negativas de algo ou alguém. Um líder é alguém que tem o direito de influenciar um indivíduo ou grupo (PEREZ; OLIVEIRA, 2015).

Ante o exposto, o objetivo deste estudo é discorrer sobre a importância da liderança em enfermagem no âmbito unidade de terapia intensiva. Para isso é necessário Identificar as principais características de um enfermeiro líder na UTI e descrever sobre os aspectos de liderança da enfermagem na UTI.

2. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A unidade de terapia intensiva (UTI) foi projetada em torno das práticas de Florence Nightingale. Em 1954, ocorreu a Guerra da Crimeia, na qual a Grã-Bretanha, França e Turquia declararam guerra à Rússia, soldados morreram em condições precárias, mas as taxas de mortalidade diminuíram quando intervieram por cuidados complexos e especializados, ou seja, são classificados por grau de gravidade, o local mais grave foi próximo à equipe de enfermagem com acompanhamento constante. Portanto, o objetivo principal da unidade de terapia intensiva é restaurar ou apoiar as funções vitais do paciente em um ambiente físico e psicológico adequado (OUCHI et al., 2018).

A confidencialidade e a individualidade estão relacionadas à proteção da privacidade, sendo que a garantia desses componentes pode ser alcançada por meio de partições que permitem integração e segurança, facilitam o processo de trabalho, aprimoram o trabalho em equipe e possibilitam atendimento personalizado (CHAVAGLIA et al., 2011).

Vale destacar que, para oferecer o suporte necessário aos pacientes internados em uma UTI, uma grande variedade de outros profissionais precisa estar envolvida no processo de restabelecimento de sua saúde, a exemplo: nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, dentre outros, como equipe de apoio (ARAUJO NETO et al., 2016).

O enfermeiro intensivista é responsável por cuidar do indivíduo de forma contínua e integrado com os membros da equipe médica nas mais diversas situações críticas dentro da UTI. Portanto, o enfermeiro da UTI deve pensar criticamente, analisar o problema e encontrar uma solução. Para eles, sempre garantimos que sua prática esteja de acordo com os princípios éticos e biológicos da profissão. Este especialista também é responsável por avaliar, sistematizar e determinar a utilização adequada dos recursos humanos, físicos, materiais e informacionais no atendimento aos pacientes em unidade de terapia intensiva para o trabalho em equipe, eficiência e lucro. (VARGAS; BRAGA, 2015).

3. LIDERANÇA NO CONTEXTO HOSPITALAR

As organizações de saúde são reconhecidas por sua complexidade e singularidade, mas essencialmente não são diferentes de outros tipos de organização. No perfil dos recursos humanos das instalações médicas, há heterogeneidade em especialidades, dando às organizações médicas um espaço com as mais diversas especialidades, reunindo médicos, enfermeiros, especialistas, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, contador, farmácia, auxiliar de cozinha, entre outros. Essa diversidade de experiências exige que o gerente-líder seja capaz de se comunicar com as pessoas e compreender a estratégia organizacional adequada para cada situação. (ROQUETE et al., 2014)

Na situação atual do setor hospitalar, o modelo de assistência mudou, buscando se distanciar do paradigma médico hegemônico e das relações verticais de poder, abrindo espaço para novos métodos de saúde e fortalecendo e melhorando a credibilidade das ações do enfermeiro. Nesse caso, há necessidade de desenvolver líderes profissionais de enfermagem (SOBRINHO et al., 2018).

A liderança é uma das competências gerais estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, que sinaliza a necessidade de uma abordagem consistente no meio acadêmico, bem como de professores com experiência na prática pedagógica horizontal, de acordo com a dinâmica de formação e fortalecimento na liderança, espírito crítico e determinação dos alunos, em

atuar resolutamente no atendimento às demandas de saúde das pessoas, na preservação do Sistema Único de Saúde e nas lutas em favor da classe profissional (AMESTOY et al., 2017).

O conhecimento da liderança e do suporte gerencial de enfermagem precisa ser aprimorado, a fim de contribuir para o desenvolvimento dessa capacidade com base nos achados. Portanto, um estudo desta natureza é relevante na medida em que tenta demonstrar os principais aspectos relacionados à liderança do enfermeiro em unidades hospitalares (SOBRINHO et al., 2018).

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), método de disponibilização do conhecimento e dos resultados de pesquisas do mundo real, com abordagem metodológica. Conceitos extensivos e integrados, revisão teórica, evidências e análises de questões metodológicas (SOUZA, 2010).

Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: SciELO – Scientific Electronic Library, LILACS- Literatura Latino-americana, BDENF – Banco de Dados em Enfermagem mediante os seguintes descritores: Liderança, unidades de terapia intensiva, enfermagem, Gestão em Saúde; Cuidados Críticos

De acordo com os critérios de elegibilidade, foram selecionados artigos originais, disponíveis gratuitamente, nos idiomas português e inglês, publicados entre 2010 e 2020, relacionados ao tema da pesquisa.

Os critérios de elegibilidade são os seguintes: artigos com conteúdo incompleto, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado.

Os artigos são selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade e desqualificação com base naqueles com títulos, em seguida, é realizada uma análise resumida e, por fim, os artigos são lidos na íntegra e é utilizado um instrumento criado para coletar informações diretamente do banco de dados.

As informações extraídas de cada artigo foram: título, autor, ano, base de dados, metodologia e resultados. Os dados obtidos através da pesquisa na base de dados foram organizados e categorizados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Word para análise qualitativa.

Após a coleta de dados, é realizada uma leitura flutuante para coleta e assimilação de ideias, onde é utilizada a análise de conteúdo temática e sistematização da classificação temática em todo o repositório (BARDIN, 2011).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da seleção e leitura dos artigos destacados na tabela no apêndice, foram designadas duas categorias conforme os objetivos deste artigo. Categoria I: Principais características de um enfermeiro líder na UTI. Categoria II: Aspectos de liderança da enfermagem na uti e a importância no desenvolvimento da liderança pelos enfermeiros na uti.

5.1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DE UM ENFERMEIRO LÍDER NA UTI.

Para Balsanelli e Cunha (2016), um dos primeiros pontos de partida para o enfermeiro atuar na UTI é a realização de um curso de especialização em UTI. A necessidade de ampliar o conhecimento para complementar a prática do cuidado torna-se uma necessidade na atualidade. Isso é corroborado por esses achados. O próprio ambiente de trabalho estimula os enfermeiros a buscarem treinamento para prestar cuidados que sejam adequados e adequados às necessidades dos pacientes e da equipe (COPELLI et al., 2017).

Para de Jesus, Silva e Borges (2015), os líderes precisam ser capazes de liderar com base na justiça, responsabilidade, ética, compreensão, evidência e, imbuídos de um cuidado humano. As necessidades dos dilemas de conforto do paciente e, dúvidas e medos familiares, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento e estimular os membros da equipe multiprofissional a atingirem os mesmos objetivos.

Conz et al (2019) relatam que a liderança requer autonomia na tomada de decisões. Estudos indicam que o ambiente de prática da enfermagem e a satisfação no trabalho em unidades de terapia intensiva são propícios à autonomia e à relação médico-enfermeiro, demonstrando satisfação no trabalho.

Segundo Carvalho et al (2016), o desenvolvimento de um líder autêntico é baseado em sua história pessoal, influências familiares, desafios de vida, experiências educacionais e profissionais que facilitam o crescimento e desenvolvimento pessoal, permitindo aos indivíduos desenvolver habilidades que requerem criatividade e originalidade. Ele atua como um catalisador para níveis mais elevados de autoconsciência. Mesmo enfermeiros que não estão familiarizados com a liderança autêntica ou algum outro padrão, eles podem demonstrar comportamentos de liderança autênticos com foco na autoconsciência, graças às oportunidades de desenvolvimento que os indivíduos tiveram ao longo de suas vidas.

Massaroli et al (2015) sugerem que no cotidiano da UTI, o enfermeiro muitas vezes se depara com o estado de saúde de pacientes que se encontram no limiar da vida ou da morte, exigindo constante desenvolvimento da complexidade da técnica de alta. procedimentos, para preservar a vida do paciente que você está cuidando.

Medeiros et al. (2016) enfatiza que na gestão da terapia intensiva de enfermagem, existem desafios relacionados à complementaridade das ações de forma ampla e integrativa. É, portanto, evidente a necessidade de criar ações de gestão inovadoras e criativas, capazes de integrar na prática processos mais flexíveis, dinâmicos e colaborativos, baseados no diálogo e na construção coletiva, bem como resultados mais favoráveis para o produtor do cuidado, incluindo o usuário e família no processo. Para que esse processo seja realizado, em ambiente individual e coletivo, de acordo com as

necessidades dos usuários, é necessário o planejamento de políticas públicas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde.

Os autores concordam que o enfermeiro intensivista deve estar apto a atender as necessidades do paciente e que sua formação deve ser pautada nas necessidades assistenciais e no conhecimento científico, técnico e de pesquisa, com formação contínua para a finalização do processo. Responsabilidade, equidade e liderança ética entre os membros de uma equipe multidisciplinar e humana estão no centro do atendimento ao paciente. Além da autonomia que o enfermeiro deve ter como habilidade.

Novaretti et al (2015) afirmam que embora se trate de uma unidade de terapia intensiva local de alta complexidade, dependente da atuação do gestor, harmonia e integração são essenciais para que funcione adequadamente, demonstrando que o papel de gestor, gerando milhares de peças de informação, requer uma abordagem de equipe multidisciplinar, que deve ser altamente qualificado e treinado para o desempenho de suas funções, exigindo insumos variados e abundantes, equipamentos de difícil localização e grande complexidade, número de publicações sobre o assunto nos últimos dez anos igual, correspondendo a 0,8% da Produção Científica do Brasil para o mesmo período precisava de um forte aumento para estimular essa atividade.

5.2. ASPECTOS DE LIDERANÇA DA ENFERMAGEM NA UTI E A IMPORTÂNCIA NO DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA PELOS ENFERMEIROS NA UTI.

A liderança é uma habilidade extremamente necessária e imperativa para o enfermeiro, segundo Balsanelli, David e Ferrari (2018). As organizações de saúde estão procurando profissionais que possam exercer esse atributo para obter resultados eficazes. Desde a graduação, a pós-graduação lato sensu, o sensu rigoroso e a educação continuada em serviços têm abordado esse tema para aprimorar sua prática diária.

Balsanelli e Cunha (2016) em seu estudo mostram que o enfermeiro necessita de um plano de desenvolvimento individual, que contemple quais conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e entregas são necessários para exercer esta competência e é importante destacar o papel dos Centros Formadores de Enfermeiros, responsáveis em capacitar e desenvolver líderes que possam atuar no cuidado intensivo.

Massaroli et al. (2015) refere-se ao fato do enfermeiro intensivista exercer uma série de funções, envolvendo coordenação clínica e funcional da unidade, educação com a equipe de enfermagem e também orientação ao paciente e família. Enfatiza-se a função de informar os diversos especialistas envolvidos no atendimento ao paciente e também de informar sobre o paciente, incluindo neste processo as áreas administrativas do hospital que estão envolvidas no projeto Direito hospitalar e finalidades financeiras de estabelecimento.

Segundo Teixeira et al (2015) as principais dificuldades sobre as funções pelo enfermeiro são os problemas vivenciados no setor, como conciliar atividades assistenciais e de gerenciais são incluídas, os autores referem à relação com o processo de enfermagem; sistematização da assistência; falta de comunicação; equipe bem preparada; acesso os recursos necessários; e divisão do processo de trabalho. É fundamental reconhecer estas diferenças entre as pessoas, pois sabemos que todo ser humano consiste um ser único, ou seja, possuem aptidões, valores, cultura e experiências que o tornam diferente como indivíduo e, por consequência, como profissional.

Nunes (2020) define tecnologia em saúde como todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelos enfermeiros de enfermagem. A discussão sobre o tema tecnologia em saúde deve se basear na construção do conhecimento e nas intervenções no processo saúde-doença para produzir o efeito desejado. Por se tratarem de ambientes ruidosos, alarmes e procedimentos constantemente invasivos, somado ao fato de a estruturação desses ambientes ser baseada na burocracia e despersonalização do paciente, tem limitado a implantação de políticas voltadas à humanização.

Sobrinho et al (2018) observaram a necessidade de uma habilidade de liderança para identificar e intervir nas alterações fisiológicas dos pacientes, aliviar a ansiedade deles e de seus familiares, utilizando os recursos tecnológicos que criam esse ambiente e facilitam a facilitação intersetorial. Bem como a capacidade de garantir a manutenção e organização do ambiente, de articular-se com os demais membros de sua equipe e de decidir sobre a utilização adequada dos recursos humanos, materiais, materiais e informacionais no cuidado ao paciente, voltados para o trabalho em equipe, eficiente e custo-benefício.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem no âmbito unidade de terapia intensiva tem uma grande importância no que se refere a liderança. Nota-se que a liderança é uma habilidade requerida pelas instituições de saúde, pois emite resultados eficazes. Os autores destacados no estudo referem características específicas dos enfermeiros em UTI. Além das dificuldades vivenciadas pelos mesmos em um ambiente assistencial complexo.

As principais características de um enfermeiro líder em uma unidade de terapia intensiva são saber liderar com base na justiça, responsabilidade, ética, compreensão, credenciais que devem inculcar no cuidado as necessidades do paciente e confortar os dilemas, dúvidas e medos dos familiares do paciente, bem como desenvolver habilidades para exigir soluções criativas e originais, apoiar a prática assistencial e ter autonomia na tomada de decisões.

Mediante essas análises coletadas e no cenário ainda pandêmico, é necessário que os pais procurem ajuda de profissionais qualificados com o objetivo de amenizar tais eventos que sugiram nesse período, o que proporcionará benefícios no bem-estar mental das crianças, mas também de si próprio. E aos profissionais de enfermagem buscar qualificação visando a identificação dos sinais que foram prevalentes na pesquisa que as crianças apresentaram durante a pandemia. Contendo estratégias e planos terapêuticos visando a singularidade de cada criança ou paciente, além disso, oferecendo um cuidado qualificado, flexível e individualizado por meio de orientações aos familiares sobre o autismo.

REFERÊNCIAS

- [1] ARAUJO NETO, João Dutra de et al. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 43-50, 30 mar. 2016. Fundação Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p43>.
- [2] AMESTOY, Simone Coelho et al. Leadership in nursing: from teaching to practice in a hospital environment. Escola Anna Nery, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1-7, 7 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0276>.

- [3] BALSANELLI, Alexandre Pazetto; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Liderança ideal e real dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva em hospitais privados e públicos. *Cogitare Enfermagem*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-7, 29 jan. 2016. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.42129>.
- [4] BALSANELLI, Alexandre Pazetto; DAVID, Daiane Rossi; FERRARI, Thais Guglielminetti. Liderança do enfermeiro e sua relação com o ambiente de trabalho hospitalar. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 187-193, Mar. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200187&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Mar. 2021. Epub July 06, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800027>.
- [5] CARVALHO, Amanda Gleice Fernandes et al. Liderança autêntica e perfil pessoal e profissional de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.L.], v. 29, n. 6, p. 618-625, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600087>.
- [6] CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro et al. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 654-661, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472011000400003>.
- [7] CONZ, Claudete Aparecida et al. ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS LÍDERES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: abordagem compreensiva. *Enfermagem em Foco*, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 41-46, 21 fev. 2020. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n4.2196>.
- [8] MASSAROLI, Rodrigo et al. Nursing work in the intensive care unit and its interface with care systematization. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150033>.
- [9] MEDEIROS, Adriane Calvetti de et al. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp, Rio Grande do Sul*, v. 50, n. 5, p. 816-822, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600015>.
- [10] NOVARETTI, Marcia Cristina Zago et al. Gestão em Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras: estudo bibliométrico dos últimos 10 anos. *Rahis*, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 16-30, 20 out. 2015. RAHIS - Revista de Administracao Hospitalar e Inovacao em Saude. <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v12i4.2623>.
- [11] NUNES, Maurício Rouvel. A atuação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva na pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S.L.], v. 12, n. 11, p. 1-6, 27 nov. 2020. *Revista Eletronica Acervo Saude*. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e4935.2020>.
- [12] OUCHI, Janaina Daniel et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Revista Saúde em Foco*, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 412-428, jan. 2018.
- [13] PEREZ, Olivia Cristina; OLIVEIRA, Ana Paula Modesto. Liderança eficaz: o poder e a influência de um líder no comportamento organizacional de uma empresa. *Administração de Empresas em Revista*, [S.L.], v. 1, n. 10, p. 1-16, dez. 2015. ISSN 2316-7548. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/admrevista/article/view/889>>. Acesso em: 24 nov. 2021.
- [14] ROQUETE, Fátima Ferreira et al. LIDERANÇA EM SAÚDE: uma revisão integrativa da literatura. *Seget, Minas Gerais*, v. 1, n. 1, p. 1-14, nov. 2014.
- [15] SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 66, n. 2, p. 257-263, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000200016>.
- [16] SILVA, Neilda de Souza Oliveira da; MOURÃO, Luciana. A influência dos estilos de liderança sobre os resultados de treinamento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 260-283, 15 abr. 2015. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2015.16074>.
- [17] SOBRINHO, Aline Bezerra et al. Liderança do Enfermeiro: Reflexões sobre o papel do Enfermeiro no Contexto Hospitalar. ID on line. *Revista de psicologia*, [S.L.], v. 12, n. 41, p. 693-710, jul. 2018. ISSN 1981-1179. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1238>>. Acesso em: 24 nov. 2021. doi:<https://doi.org/10.14295/idonline.v12i41.1238>.

[18] TEIXEIRA, Josilene Dias et al. Os desafios do enfermeiro no processo de gestão e assistência na unidade de terapia intensiva (uti) de um hospital geral de um município da zona da mata mineira. Univértix, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2015.

[19] VARGAS, Divani de; BRAGA, Ana Lúcia. O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel,[S.L.], 2015. Fafibe.

Capítulo 5

Fatores associados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem que atuam durante a pandemia da Covid-19

Italo Everton Bezerra Barbosa

Emmanuele Neuza Moreira de Andrade

Graciana de Sousa Lopes

Resumo: A seguinte pesquisa tem por objetivo realizar uma busca na literatura sobre os principais fatores associados ao desenvolvimento da SB nos profissionais de enfermagem que atuam durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, utilizando a Revisão Integrativa de Literatura (RIL) como técnica em conjunto com estratégia de PICO para formulação da pergunta norteadora. A seguinte pesquisa foi elaborada entre os meses de junho a agosto de 2021 nas bases de dados disponíveis e indexadas dentro da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): LILACS, BDNF e MEDLINE, através da junção de quatro Descritores em Saúde (DeCS) cruzados com operador booleano "AND": Esgotamento profissional, Saúde mental, COVID-19, Profissionais de enfermagem. Foram encontrados 316 artigos na totalidade, ao adicionar os critérios de elegibilidade esse número reduziu para 89. Após análise e interpretação das publicações, 13 artigos foram selecionados. A SB é uma doença decorrente da sobrecarga de trabalho mental, física, onde determinados fatores como: perda ou diminuição da motivação no trabalho, atitudes negativas e de distanciamento em relação aos outros, são evidenciados com maior frequência nos profissionais de enfermagem que atuam na linha de frente no combate ao novo coronavírus. Diante disso, espera-se que este estudo possa servir de subsídio para elaboração e introdução de programas voltados a saúde ocupacional desses trabalhadores, contribuindo assim para a diminuição de complicações psicossociais nesses profissionais.

Palavras-chave: Esgotamento profissional; Profissionais de enfermagem; COVID-19.

1. INTRODUÇÃO

Na cidade de Wuhan, localizada na província de Hubei na China, em 31 de dezembro de 2019, foi relatado o primeiro caso de infecção ocasionada pelo novo coronavírus Coronavirus Disease (SARS-CoV-2), popularmente conhecido como (COVID-19), principal causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (LESCURE et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em janeiro de 2020 a doença já apresentava uma taxa de 2,3% de mortalidade, sendo considerada como um grave problema de Saúde Pública (OMS, 2020). Em decorrência da sua alta transmissibilidade e por estar presente em mais de 144 países, em 11 de março de 2020, a OMS definiu o surto da doença como uma pandemia, por conta da sua rápida disseminação no mundo (WU et al., 2020).

No Brasil, o primeiro caso de infecção causada pelo novo coronavírus ocorreu em fevereiro de 2020 e segundo Ministério da Saúde (MS) em junho do mesmo ano, o país registrava um número de 850.514 casos confirmados, sendo que, 42.700 evoluíram para óbito (BRASIL, 2020).

A infecção ocasionada pelo novo coronavírus possui aspectos clínicos diferenciados, podendo variar de um simples resfriado até complicações mais graves como a SRAG, que pode levar o indivíduo a necessitar da admissão em uma unidade hospitalar, podendo ser necessário o uso de Ventilação Mecânica (VM) e cuidado dos profissionais de enfermagem (GUAN et al., 2020).

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem que atuam diretamente no atendimento desses pacientes, enfrentam elevadas exposições estressantes que influenciam na sua saúde e qualidade de vida, com destaque para o cenário criado pela COVID-19 (BARROS, 2008; COLVILLE, 2019). Em conjunto ao estresse, esses profissionais apresentam um grande desgaste físico e mental em decorrência do contato (direto ou indireto) com pacientes infectados (PAIVA et al., 2017).

Com isso, os profissionais de enfermagem tornam-se mais susceptíveis ao desenvolvimento de patologias psicossociais, com destaque para Síndrome de Burnout (SB) que é interligada diretamente com determinados estressores interpessoais voltados para a profissão (ALMEIDA, 2020).

Segundo Maslach (2001), a SB é uma síndrome psicológica provocada pelo estresse crônico que ocorre em decorrência originadas do trabalho em relação ao organismo (MASLACH, 2001). FREUDENBERGER (1974), introduziu o termo Burnout na literatura científica para descrever questões que segundo suas observações eram apresentadas com frequência nesses profissionais (ARAGÃO et al., 2020),

A terminologia Burnout, significa “aquele que queima ou que chegou ao limite”, deixando de funcionar por diminuição ou falta de energia, apresentando como consequência diversos prejuízos ao seu desempenho físico e mental (COLVILLE et al., 2019).

A SB é descrita como um conjunto de sintomatologia psicológica e física segundo Maslach e Jackson (1981), sendo constituída por três dimensões, independentes, mas relacionadas, sendo a exaustão emocional a primeira a ocorrer, seguindo da despersonalização e em sequência à baixa realização pessoal (CAMPOS et al., 2015).

A exaustão emocional ocorre principalmente pela sobrecarga frente aos conflitos

pessoais e interpessoais originados no setor de trabalho, gerando esgotamento dos recursos emocionais dos indivíduos; a despersonalização é direcionada para a instabilidade emocional do profissional, passando a agir de maneira impessoal com os colegas no trabalho; por último, o baixo rendimento profissional, que é correlacionado com infelicidade/insatisfação em conjunto com a autoavaliação negativa mediante a realização do seu trabalho (MUDALLAL et al., 2017).

Diante do exposto, no que tange a importância desses profissionais para sociedade, estudos que possam servir de subsídio para introdução de medidas preventivas são válidos. Logo, a seguinte pesquisa, tem por objetivo realizar uma busca na literatura sobre os principais fatores associados ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem que atuam durante pandemia da COVID-19, em conjunto possíveis preditores e os sinais e sintomas apresentados por esses profissionais.

2. MÉTODOS

A seguinte pesquisa corresponde a uma estudo descritivo, qualitativo utilizando a Revisão Integrativa de Literatura (RIL) como técnica. A RIL é capaz de resumir o passado seja ele teórico ou empírico através de publicações em diferentes bases metodológicas (qualitativo ou quantitativo), contribuindo assim para o ensino, pesquisa e extensão, melhorando em conjunto a escrita científica (SOARES et al., 2014).

Para elaboração de uma pergunta problema/norteadora adequada para questão pesquisada utilizou-se a estratégia de PICO: onde P - corresponde a população a ser pesquisada (profissionais de enfermagem); I - intervenção (fatores associados); C - comparação (não se aplica a este estudo, a pesquisa não corresponde a um estudo comparativo); O - desfecho (desenvolvimento da Síndrome de Burnout) (SOUZA et al., 2017). Após isso, foi formulada a seguinte pergunta norteadora: Quais os principais fatores associados ao desenvolvimento da síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem que atuam durante a pandemia da COVID-19?

A pesquisa foi desenvolvida em cinco momentos subsequentes e interligados: 1 - identificação da questão problema a ser pesquisada; 2 - elaboração dos critérios de elegibilidade inelegibilidade; 3 - revisão e avaliação das publicações selecionadas; 4 - interpretação e leitura dos artigos; 5 - síntese completa das publicações selecionadas. A metodologia aplicada para seleção das pesquisas para compor essa revisão foram a leitura do título e do resumo, sendo realizado a leitura completa do manuscrito quando necessário.

A seguinte pesquisa foi elaborada entre os meses de junho a agosto de 2021 nas bases de dados disponíveis e indexadas dentro da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Bibliográficas Especializada na área de Enfermagem (BDENF) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), através da junção de quatro Descritores em Saúde (DeCS) cruzados com operador booleano “AND”: Esgotamento profissional, Saúde mental, COVID-19, Profissionais de enfermagem.

As bases de dados utilizadas para seleção dos artigos foram selecionadas por possuírem inúmeros artigos publicados em diferentes revistas, com diversas abordagens metodológicas, proporcionado uma melhor análise e interpretação dos manuscritos.

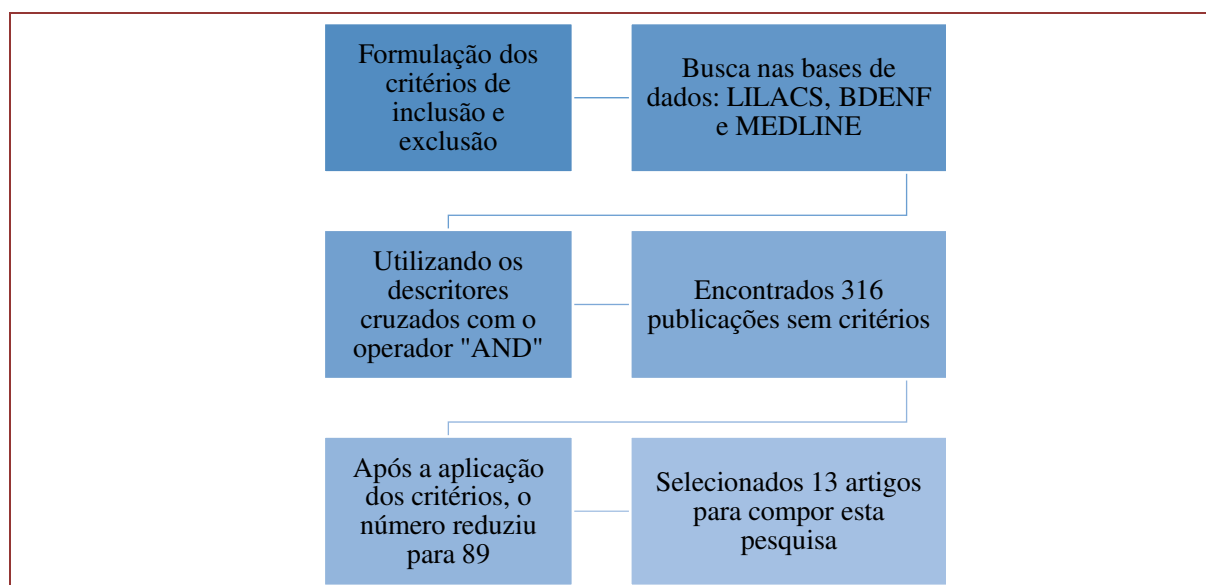
Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão para seleção dos artigos: publicações dentro dos idiomas português e inglês publicadas no corte temporal de (2016 a 2021) e que apresentassem semelhança com a pergunta norteadora, artigos disponíveis gratuitamente e publicações completas.

Os de exclusão foram: publicações fora dos idiomas pré-estabelecidos, (inglês e português), anteriores ao ano de 2016 e que não apresentassem semelhança com a pergunta a ser respondida, monografias, publicações em formato de resumo, dissertação de mestrado, tese de doutorado e pesquisas que não apresentavam aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3. RESULTADOS

Utilizando os seguintes DeCS: “Esgotamento Profissional, Saúde Mental, COVID-19, Profissionais de enfermagem”, foram encontrados 316 artigos na totalidade (**Tabela 1**). Ao adicionar os critérios de elegibilidade esse número reduziu para 89. Após análise, leitura e interpretação das publicações, 13 artigos com foco na pergunta problema foram selecionadas (**Figura 1**).

Figura 1: Fluxograma das etapas de seleção dos artigos para revisão.



Fonte: Autores (2021).

Tabela 1: Bases de dados e quantidade de artigos selecionados.

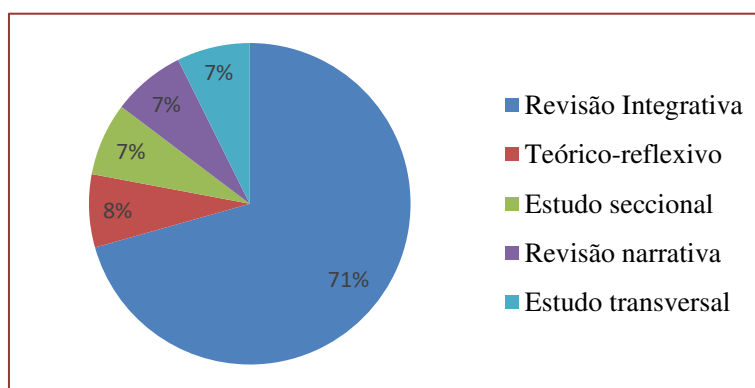
Biblioteca Virtual de Saúde			
Nº	Bases de dados	Total	Selecionados
1	LILACS	15	6
2	BDNF	18	3
3	MEDLINE	383	4

Fonte: Autores (2021).

Para que as publicações selecionadas fossem compreendidas da melhor forma possível, será apresentado uma síntese das publicações conforme autor, ano, título, estudo, resultados e publicação, facilitando assim na análise dos artigos que compuseram essa revisão integrativa.

Na presente pesquisa não houve revista ou periódico dominante, porém com maiores contribuições tivemos Brazilian Journal of Development com três publicações, uma no ano de 2020 e duas em 2021, seguindo da Electronic Journal Collection Health com duas publicações, uma no ano de 2020 e outra em 2021. Em relação aos tipos de estudos selecionados, todas as pesquisas são de caráter descritivo, sendo: (71,0%) Revisão Integrativa de Literatura, (7,0%) Teórico-Reflexivo, (7,0%) Estudo Seccional, (7,0%) Revisão Narrativa da Literatura e (8,0%) Estudo Transversal (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Tipos de estudos encontrados.



Fonte: Autores (2021).

4. DISCUSSÃO

4.1. SB NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Segundo Borges et al. (2020) a SB é uma doença decorrente diretamente da sobrecarga de trabalho mental, física e de estresse excessivo no setor de trabalho, onde determinados fatores como: perda ou diminuição da motivação no trabalho, atitudes negativas e de distanciamento em relação aos outros, são evidenciados com maior frequência no período pandêmico por profissionais de enfermagem que atuam frente ao combate do novo coronavírus.

Acrescido a isso, Ribeiro et al. (2020) abordam que os profissionais de enfermagem que se encontram envolvidos diretamente com o atendimento, diagnóstico e tratamento de pacientes infectados, possuem maiores chances de desenvolver processos estressantes e como consequência a SB. Corroborando com a pesquisa de Borges et al. (2020), Luiz et al. (2020) enfatizam que quando o maior o número de casos suspeitos e confirmados, maior torna-se a responsabilidade e a tensão desses profissionais, vivenciando cenário de pânico e estresse excessivo, em conjunto com medo do risco ocupacional.

O estresse ocupacional ocorre com mais frequência, com destaque nos profissionais que atuam no serviço de urgência e emergência, onde lidam com a morte, dor e sofrimento dos pacientes e seus familiares, dispendo de uma tensão emocional e física que proporciona um maior aumento ao desenvolvimento da SB (SANTOS et al., 2020).

Segundo Luiz et al. (2020) profissionais de enfermagem que se encontram em situação de emergência no trabalho possuem maior risco ocupacional, em conjunto com maior nível de estresse e ansiedade, tornando-os mais vulneráveis a SB, isso ocorre principalmente pelo aumento e sobrecarga de trabalho exaustiva, afetando assim sua saúde mental.

Acrescido a isso, Lima et al. (2020), abordam que 70% dos profissionais que atuam durante a pandemia apresentam elevadas taxas de insônia, depressão, ansiedade e estresse. O estresse é um dos principais preditores para a SB, onde é identificado mediante uma série de sinais psicossomáticos, como: taquicardia, alterações cardiovasculares, gastrite e outros.

Segundo Barros et al. (2020) o contato com pacientes infectados e o isolamento dos amigos e familiares tornam os profissionais de enfermagem mais vulneráveis ao desenvolvimento de exaustão física e mental, assim como medo, diversos distúrbios emocionais e graves problemas no padrão do sono. Onde segundo a pesquisa de Santana et al. (2020) abordam sobre a divulgação de notícias errôneas através da mídia, dificultando o trabalho desses profissionais, em conjunto com o sentimento de desvalorização profissional frente a sobrecarga de trabalho na pandemia, dispendo de baixo apoio social, que está presente em todas as três dimensões da SB, independente de turno ou sexo.

Em consenso, Borges et al. (2021) e Lima et al. (2020) enfatizam que a falta de Equipamentos de proteção individual (EPIs) e de medicamentos aumentam a insegurança dos profissionais no setor de trabalho, onde a falta de recursos para realização de uma assistência segura e de qualidade afetam drasticamente as ações exercidas por esses profissionais, interferindo assim na sua qualidade de vida.

Freitas et al. (2021) citam que os motivos que levam os profissionais de enfermagem a desenvolverem sofrimento psicológico estão interligados com as dificuldades de se sentirem seguros no setor de trabalho, assim como a limitação que existia sobre a prevenção e controle do vírus, em conjunto com a escassez dos EPIs. Onde segundo Ribeiro et al. (2020), em decorrência do trabalho em excesso os profissionais de enfermagem estão mais susceptíveis ao desgaste emocional e a despersonalização devido as atividades exaustivas realizadas no setor de trabalho durante a pandemia, contribuindo assim grandiosamente para a SB na presente classe.

4.2. PREDITORES E SINAIS DA SB NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA

Segundo Humere et al. (2020) os principais fatores associados a SB que acabam comprometendo a saúde mental desses profissionais são: sobrecarga de atividades exercidas no setor de trabalho, exposição a mortes em larga escala, frustração pela vida dos pacientes, agressões por interpretações errôneas ocasionadas pela limitação dos recursos e principalmente o afastamento de seus familiares e amigos.

Em uma pesquisa realizada por Santana e colaboradores (2020) na China, com 292 enfermeiros, abordou que os principais sinais e sintomas apresentados por esses profissionais durante a pandemia da COVID-19 foram: distúrbios do sono, desespero, irritabilidade, declínio físico, medo, dormência e desatenção, sendo que esses podem estar fortemente associados a indícios de traumas que podem levar as pessoas a cometer suicídios.

Segundo Luz et al. (2020) os sinais e sintomas apresentados por esses profissionais são incertos, porém na maioria dos estudos realizados a irritabilidade, medo e fadiga são apresentados com maior frequência, seguindo de alto índice de quadros depressivos. Frente a pandemia, os preditores são unificados e apresentados com maior intensidade, Barba et al. (2021), abordam em sua pesquisa sobre o medo e apreensão entre os profissionais, onde apresentam um grande risco de contrair o vírus e contaminar seus familiares, trabalhando assim com insegurança frente ao fluxo de atendimento e protocolos institucionais criando mediante ao cenário pandêmico.

Segundo Borges et al. (2020) profissionais de enfermagem do sexo feminino possuem uma maior probabilidade de apresentarem sintomas graves de angústia e depressão onde os profissionais que estão na linha de frente e proporcionam assistência aos pacientes infectados estão mais expostos a infecção pelo vírus, devido seu atendimento está possivelmente comprometido pela alta carga de trabalho exercida. Onde segundo Reis et al. (2021), a sintomatologia pode sofrer alterações em cada profissional e está interligada diretamente com situações estressantes vivenciadas no setor de trabalho, sendo identificado: tensão muscular, cefaleia, problemas de memória, diminuição de libido, alterações de humor e sensibilidade emocional em excesso.

Luiz et al. (2020) abordam que o estresse ocupacional é considerado um dos principais fatores que podem desencadear a SB nesses profissionais, principalmente por estar relacionada a excesso de demandas e exigências que a equipe de enfermagem sofre frente a alta tensão do cenário pandêmico, assim com a interrupção das tarefas.

Acrescido a isso, Barbosa et al. (2021) aborda que o sofrimento psicológico e o estresse são as duas principais sintomatologia apresentada por desses profissionais durante a pandemia, seguindo da falta de energia, ansiedade generalizada, irritabilidade, tristeza e o comprometimento das relações pessoais e interpessoais.

Segundo Horta et al. (2021) os preditores para o desenvolvimento da SB que são apresentados com maior frequência durante a pandemia por esses profissionais são inúmeros, com destaque para: sobrecarrega e o medo do risco ocupacional, assim como condições inadequadas de repouso, medo de infecção pelo vírus, testes insuficientes, falta de vacinas ou de tratamento ineficaz.

Adicionalmente, a pesquisa de Saidiel et al. (2020) realizada na com profissionais de enfermagem que atuavam diretamente na assistência a pacientes infectados em 34 hospitais de durante a pandemia da COVID-19, demonstrou que 50% desses profissionais apresentavam indícios de sintomas depressivos, sendo 45% ansiedade, 34% insonia e 72% angústia, destacando que a maioria dos participantes eram do sexo feminino.

Segundo Santos et al. (2020) a mudança de comportamento ou de atitudes desses profissionais podem estar relacionadas a possíveis mecanismos de fuga, na tentativa de fugir dos conflitos (pessoais ou interpessoais), destacando o fato de não ter um prazo para o termino da pandemia, em conjunto com a escassez dos EPIs e a pressão para proteção e utilização dos mesmo por parte da instituição, aumentando consideravelmente o desgaste físico, mental e emocional frente as atividades exercidas no setor de trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos aspectos analisados, diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento da SB nos profissionais de enfermagem que atuam frente a pandemia da

COVID-19 foram identificados, com destaque para o excesso de trabalho e o medo da contaminação, gerando como consequência ansiedade e estresse em excesso, interferindo assim na qualidade de sono. Logo, para que a efetividade das atividades realizadas por esses profissionais dentro do setor de trabalho seja feita de forma correta, torna-se primordial o seu bem-estar físico e mental.

Frente as informações expostas, espera-se que este estudo possa servir de subsídio para elaboração de programas assistenciais direcionados a saúde ocupacional desses trabalhadores, para que seja possível a compreensão do perfil de risco relacionado ao desenvolvimento da SB, contribuindo assim para a diminuição de complicações mentais nesses profissionais.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, I. M. DE. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020.
- [2] ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista práxis*, v. 3, n. 6, 2013.
- [3] BARROS, A. B. et al. Impactos da pandemia da covid-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 10, p. 81175-81184, 2020.
- [4] BARBA, M. L. DA et al. Síndrome de Burnout na Covid-19: os impactos na saúde dos trabalhadores da saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 7, p. 72347-72363, 2021.
- [5] BARROS, D. DE. S. et al. Intensive care unit physicians: socio-demographic profile, working conditions and factors associated with burnout syndrome. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, v. 20, p.
- [6] BORGES, F. E. DE. et al. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 95, n. 33, 2021.
- [7] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Doença pelo Coronavírus COVID-19.
- [8] CAMPOS, I. C. M. et al. Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais Associados à Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 28, p. 764-771, 2015.
- [9] COLVILLE, G. A. et al. A survey of moral distress in staff working in intensive care in zhe UK. *Journal of the Intensive Care Society*, v. 20, n. 3, p. 196-203, 2019.
- [10] FREITAS, R. F. et al. Preditores da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, p. 12-20, 2021.
- [11] GUAN, W. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, 2020.
- [12] HUMEREZ, D. C DE. Et al. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, 2020.
- [13] LESCURE, F. X. et al. Clinical and virological data of the first cases of COVID-19 in Europe: a case series. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 20, n. 6, p. 697-706, 2020.
- [14] LIMA, E. S. et al. Síndrome de burnout no profissional enfermeiro durante a pandemia de covid-19. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 4, p. 15023-15029, 2021.
- [15] LUZ, E. M. F. DA. et al. Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 10, 2020.
- [16] MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. *Annual review of psychology*, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.
- [17] MUDALLAL, R. H.; OTHMAN, W. M. et al. Nurses' burnout: the influence of leader empowering behaviors, work conditions, and demographic traits. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization*,

Provision, and Financing, v. 54, p. 0046958017724944, 2017.

[18] OLIVEIRA B., M. V. DE. Lopes et al. Síndrome de Burnout em profissionais da saúde no contexto da pandemia por COVID-19: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 7, p. 70288-70302, 2021.

[19] PAIVA, L. C. DE. et al. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, v. 72, p. 305-309, 2017.

[20] PEREIRA, M. D. et al. Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, p. e67985121-e67985121, 2020.

[21] RIBEIRO, L. M et al. Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 11, p. e5021-e5021, 2020.

[22] SANTOS, K. M. R. DOS. et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Escola Anna Nery*, v. 25, 2021.

[23] SANTANA, A.C. C. S. DE. et al. COVID-19, estresse contínuo e síndrome de burnout: como anda a saúde dos profissionais da enfermagem? *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE*, v. 6, n. 2, p. 101, 2020.

[24] SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 335-345, 2014.

[25] SOUSA, L. M. M. DE. et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Nº21 Série 2-Novembro 2017*, v. 17, 2017.

[26] WU, F. et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, v. 579, n. 7798, p. 265-269, 2020.

Capítulo 6

Estresse o vilão da eficácia do tratamento oncológico

Flavia Karolyne Aiambo Tralde

Beatriz Rodrigues Pereira

Ruth Azevedo de Macedo

Eduarda Albuquerque Vilar

Ketty Marroni Alves de Souza

Graciana de Sousa Lopes

Luan Cristóvão dos Santos Dias

Resumo: **Introdução:** Embora a prevenção ao estresse esteja presente com grande frequência no tratamento oncológico, ainda existe pouca visibilidade e efetivação dos multiprofissionais e usuários em relação a métodos inovadores e já existentes que possa inibi-lo. **Objetivo:** O estudo foca em demonstrar a grande influência do combate ao estresse no tratamento oncológico, bem como apresentar de que forma as terapias lúdicas como a terapia do riso, doutores da alegria e a musicoterapia podem contribuir para um tratamento humanizado e uma evolução de excelência. **Métodos:** Desenvolveu-se por meio de pesquisas bibliográficas, que foram realizadas com base em artigos de pesquisas em âmbito nacional e internacional. Foram selecionadas as publicações que melhor correspondiam ao objetivo da pesquisa. **Resultados:** Verificou-se que as terapias lúdicas ajudam na potencialização do tratamento convencional oncológico e a melhorar a eficácia do prognóstico, e atenuação do estresse resultante de toda a pressão que o paciente sofre durante o tratamento do câncer, e após o mesmo. **Conclusão:** Com tudo, podemos ver a demonstração da importância do bom-humor na relação profissional-paciente, além de salientar como isso tem grande ação terapêutica na evolução da doença, tornando-se um tratamento mais humanizado, menos estressante, obtendo mais resultados positivos e uma evolução mais eficaz.

Palavras-chave: Câncer, Estresse, Alegria, Humor, Humanização.

1. INTRODUÇÃO

O processo de luta do paciente contra o câncer muitas vezes desencadeia níveis inadequados de cortisol que podem vir a estressar o organismo do indivíduo e colaborar para a não evolução e cura do paciente, já que o próprio tratamento é estressante e é inevitável que isso não ocorra.

Em vista disso, o objetivo da pesquisa bibliográfica é mostrar que o alívio do estresse no período do tratamento oncológico, pode beneficiar de forma colaborativa, para a melhor recuperação do indivíduo. Assim, através do bom humor, das terapias do riso, dos doutores da alegria, da boa companhia, da transmissão de energias positivas, possa permitir ao paciente um atendimento e um processo de recuperação mais humanista. E demonstrar que pode ser relevante, a utilização de métodos simples e que tragam esperança de melhora ao paciente e qualidade em seu tratamento.

Segundo pesquisas bibliográficas realizadas pelos universitários de enfermagem da UFSM-Universidade Federal de Santa Maria, UEFS-Universidade Estadual de Feira de Santana, o riso tem um importante papel na redução dos hormônios envolvidos na fisiologia do estresse, diminuindo a dor e a pressão sanguínea, e melhorando a imunidade (COUTINHO, LIMA e BASTO, 2016).

O cuidado lúdico, que é o voltado para atividades que estimulam a criatividade e o prazer, é um dos cuidados que se torna objeto das ciências da enfermagem. Porém cabe aos cuidadores ou multiprofissionais terem resiliência e estarem abertos ao processo de resgate ao cuidado integral, unindo todos os saberes científicos, tornando o atendimento humanizado, com mais respeito, alegria, carinho e não só integrar o saber lúdico, mas também o ético. É notório, que esse objeto da ciência do saber em prol do cuidado, deveria começar durante o período da formação acadêmica e ser mantida durante a prática clínica do exercício da profissão. A maioria dos acadêmicos da saúde jamais presenciou a terapia do riso durante a sua formação (COUTINO et al. 2016, FREITAS et al. 2013).

Faz-se necessário o conhecimento lúdico para a sua prática integrativa, que visa unir as outras que são utilizadas no âmbito hospitalar a fim de potencializar o tratamento do usuário e o seu bem-estar. Os efeitos da *risoterapia* são pouco conhecidos, mas bem aceitos por enfermeiros, médicos e psicólogos (COUTINO et al. 2016, FREITAS et al. 2013).

Apesar disso, é percebido que cada vez mais a *risoterapia* ganha espaço em pesquisas realizadas em todo o mundo, e a enfermagem vem se destacando nelas, por se encontrar cada vez mais envolvida e preocupada com o processo de humanização, o olhar diferente sobre o ambiente hospitalar, o desenvolvimento de trabalhos em equipe, a intensificação de respeito frente a quem solicita ajuda, e a postura mais ativa e acolhedora com visão holística do processo saúde-doença (COUTINO et al. 2016, FREITAS et al. 2013). Assim, esta revisão bibliográfica visa ressaltar a importância da utilização desses métodos inovadores já existentes que traz benefícios não só para o paciente quanto para a equipe de saúde.

2. REFERENCIAL TEORICO

2.1. MECANISMOS DO ESTRESSE

O estresse é uma reação natural do organismo, quando submetido a um agente agressor que o coloque em um estado de risco. Santo e Castro (1998 apud HANS SELYEI 1936, 1956, 1985) caracterizava como SGD (Síndrome Geral de Adaptação), que passam por três fases: reação alarme, resistência e a fase exaustão. Desta maneira, ocorre uma desregulação homeostática no corpo do indivíduo. Os rins, especificamente as glândulas suprarrenais ou adrenais, são responsáveis por produzir o mais conhecido hormônio do estresse: o cortisol.

Quando o indivíduo se coloca em uma situação estressante, as glândulas suprarrenais aumentam a sua produção do hormônio cortisol, o liberando na corrente sanguínea para tentar manter sua constância. Deve-se pontuar que esse hormônio tem função benéfica e importante no organismo, já que o cortisol é um glicocorticoide importante para a manutenção da homeostasia corpórea. Ele atua aumentando o catabolismo proteico no músculo, reduzindo a síntese de proteínas, levando aminoácidos ao fígado para a gliconeogênese, aumentando a lipólise, fornecendo glicerol ao fígado e reduzindo o uso da glicose pelos tecidos e a sensibilidade à insulina (FONSECA, GONÇALVES, ARAUJO, 2014 apud BAUER, 2002; CONTANZO, 2007; GONZÁLEZ, 2005).

Mas em níveis inadequados, podem ser prejudiciais. Logo, “são expressos os indicadores do estresse, que se apresentam como: psicológicos, fisiológicos ou comportamentais” (SMELTZER, BARE, 2005). Cada indivíduo ao passar do tempo, irá desenvolver seu padrão de comportamento durante o processo de submissão ao estresse. Esses indicadores podem se apresentar como irritabilidade geral, depressão, comportamentos impulsivos, insônia, pesadelo e outros distúrbios do sono e principalmente instabilidade emocional (SMELTZER e BARE, 2006).

Segundo Zequi (2019), **da A.C.Camargo Câncer Center, foi abordado** no congresso da *American Association for Cancer Research* em Atlanta, estudos que buscassem comprovar a interação do câncer e o estresse. Com base nessas pesquisas, foram realizados estudos em animais e em linhagens celulares de câncer de mama, que sugeriram que os mecanismos de reparo do DNA, que nos protegem do câncer, podem também ser prejudicados por substâncias induzidas por estresse. Na pesquisa um marcador de estresse celular foi encontrado na urina de camundongos com tumores induzidos e de pacientes oncológicos. Especialistas de todo o mundo discutiram sobre a relação entre estresse e câncer. Foram divulgados que quando aumentado, pode resultar em um maior número de mutações cancerígenas. Isso porque o estresse desencadeia a liberação de cortisol, adrenalina e noradrenalina que resultam em aumentos dos triglicerídeos e elevação dos níveis de açúcar no sangue, colocando os pacientes em processo contínuo de inflamação, sob-risco oncológico.

2.2. O ESTRESSE NA ALA PEDIÁTRICA

O estresse no âmbito hospitalar é bastante comum levando em consideração os fatores externos em que cada paciente tende a enfrentar sua luta, entre a esperança e a falta dela. É visível o fator desesperança entre os pacientes, pois há uma grande mudança de vida (MARQUES, 2004).

Os pacientes que tendem a sofrer mais com essa mudança são os da ala pediátrica, fazendo assim perguntas a respeito da mudança de rotina, muitas dessas crianças passam por um processo longo de aceitação, onde alguns profissionais buscam de maneira mais leve falar a respeito do seu estado de saúde, dando assim apoio psicológico e mantendo as crianças seguras. A quimioterapia é um momento estressante para pacientes mais novos, onde acabam se frustrando muito, mais que pacientes mais velhos, passando a verem como uma rotina não tão atraente e precisando então ser acompanhados por profissionais da enfermagem.

As áreas de manifestação são comuns com a rotina, muitas vezes a distância dos familiares acaba afetando de maneira intensa nos casos de estresse mais comuns, que seriam enfrentar suas barreiras longe de casa, algumas crianças e adultos têm mudanças drásticas, onde buscam a aceitação de estarem doentes e precisarem mais que tudo de doses intensas de esperança, fazendo com que os profissionais estejam ainda mais capacitados a ajudar da melhor maneira esses pacientes (SANCHES et al., 2010).

A diferença é bem notável entre a faixa etária de cada paciente, fazendo com que os profissionais envolvidos tenham métodos diferenciados com cada um, trazendo a eles uma alternativa para que passem pelo tratamento de formas mais leves, os dando esperança.

A parte psicológica do paciente é a mais afetada, pois saber o seu estado e a sua gravidade acaba afetando de maneira extremamente negativa, podendo assim ser ineficaz para o seu tratamento; tendo em vista esses problemas, a equipe de enfermagem tem como trabalho prestar assistência psicológica ao paciente.

Porquanto, a esperança terá caráter terapêutico, ofertada aos pacientes por intermédio dos projetos criados para ajudar de forma positiva crianças e adultos. Os adolescentes são os mais assistidos, assim como as crianças na faixa etária de 5 a 10 anos, por serem as que mais precisam de apoio, por não entenderem a sua real situação de saúde, os profissionais de maneira agradável tentam se reinventar cada vez mais nesse assunto, desenvolvendo ajudas paliativas, pois a rotina diária de tratamentos acaba afetando bastante esses indivíduos. O apoio aos familiares também é muito importante, a equipe de enfermagem também necessita relacionar-se com eles de forma leve, como por exemplo, agir em situações em que os pacientes são terminais, o desespero de familiares acaba influenciando na quimioterapia, por isso os familiares também precisam de apoio psicológico para tentar lidar com o paciente, transmitindo segurança, acolhendo de maneira positiva e levando incentivo a elas (MAREQUES, 2004).

Alguns profissionais buscam fazer grupos de apoio para pacientes não pediátricos, fazendo com que a pessoa se sinta confortável em contar a sua trajetória de luta, para que vejam de que maneira possam ajudar cada vez mais os pacientes em determinada situação. Já outros criam grupos de visitantes, a levar alegria para a ala pediátrica, gerando às crianças uma dose de ânimo diário, fazendo com que se sintam melhores depois de uma sessão intensa de quimioterapia, os profissionais são chamados de “auxiliares do bem”, pois fazem de tudo pelo bem-estar do paciente, os auxiliares são compostos por profissionais da área da saúde ou não.

Uma das principais características desses grupos de apoio seria liberar a tensão do âmbito hospitalar, tentando levar doses de esperança, buscando o método do riso como apoio aos pacientes, para que se divirtam, e não se frustrem diante de seu estado. Essa tendência vem crescendo cada vez mais, por eles influenciarem de formas positivas no

tratamento desses indivíduos, onde mostram apoio intenso, trazendo novidades e felicidade (SILVA, 2019).

Portanto, a ajuda psicológica a esses pacientes e familiares é muito importante, pois servem como acolhimento e para que aceitem de maneira mais leve a sua situação, e aos familiares a saber como lidar com seus filhos, pais ou irmãos. Já os auxiliares do bem tendem a levar brincadeiras e outras técnicas do riso que ajudam os pacientes a saberem lidar com o estresse no âmbito hospitalar, fazendo assim um grande e lindo trabalho com esses pacientes, ajudando a terem doses de esperança diárias, pois a sua luta pode ser longa, e doses de amor e esperança podem ser bastante eficazes diante de tais situações (PEREIRA et al. 2016).

2.3. TERAPIAS MAIS UTILIZADAS EM COMBATE AO CÂNCER E SEUS EFEITOS COLATERAIS COMO DESENVOLVEDORES DO ESTRESSE

Existem diversas terapias que são utilizadas em combate ao câncer, porém, as duas mais utilizadas são a quimioterapia e a radioterapia. Para Leite et al. (2013) o tratamento em combate ao câncer se divide em duas modalidades, a local (cirurgias e radioterapia) e a sistêmica (quimioterapia). Elas são utilizadas associadamente no enfrentamento de neoplasmas malignos, diferindo apenas de suas indicações e prescrições, são utilizadas em conjunto, ou separadamente.

2.4. RADIOTERAPIA

A radioterapia é, segundo Rolim et al. (2011), um tipo de tratamento que se baseia na utilização de energia ionizante e corpuscular habilitado a agir de forma terapêutica no câncer. Já para Silva (2013) é a terapia que age por meio de ação ionizante internamente à célula, desencadeando a lise celular ou limitando essa célula. Estabelecendo um tratamento local, através de equipamentos e/ou radioisótopos naturais (LEITE et al., 2013).

A radioterapia é utilizada de dois modos: externamente que se denomina teleterapia utilizando-se de fontes radioativas nucleares, e/ou aceleradores nucleares, já a braquiterapia é usada em menor distância, em contato com a área externa do tumor (MUNIZ e ZAGO, 2008); analogamente, Brasil (2008) relata que a teleterapia é realizada à curta distância nessa modalidade, usando-se raio X e radiação gama, elétrons e nêutrons e são utilizadas entre 25 a 35 seções, a braquiterapia é a modalidade de tratamento radioterápico que consiste na inserção da fonte de radiação à recipiente metálico, e é aplicado a poucos centímetros da lesão/tumor.

Segundo Lisboa (2014 apud LOBO e MARTIN, 2009), a radioterapia têm três finalidades, são elas curativas remissivas e sintomáticas. Na curativa, o intuito é de exterminar todas as células cancerígenas, já o remissivo pretende reduzir a proporção da célula neoplásica, ou é agregada ao pós cirúrgico, e também a quimioterapia, a sintomática tem caráter paliativo, objetivando a redução das dores locais do paciente.

2.5. EFEITOS COLATERAIS NA RADIOTERAPIA

Existem diversas manifestações clínicas decorrentes da radioterapia, essas lesões geralmente ocorrem no local de aplicação; segundo Brasil (2008), na pele, são elas:

radiodermite aguda e crônica, que consiste nos seguintes sintomas na fase aguda: “eritema, edema progressivo, hiperpigmentação, descamação seca, úmida e ulcerada” (BRASIL, 2008, p.387), já na fase crônica apresenta “isquemia, alterações pigmentares, espessamento, telangiectasia, ulcerações e fibrose” (BRASIL, 2008, p. 387). Observou-se também em paciente submetidos a Teleterapia: Fadiga, sonolência, disgeusia, disfagia, xerostomia e mucosite oral, notou-se ainda a existência em muito pacientes de radioepitelite em locais de dobras no corpo (BRASIL, 2008).

2.6. QUIMIOTERAPIA

Segundo Moura et al. (2014), a quimioterapia é uma das terapias mais utilizadas no combate ao câncer, e possui duas vertentes, a curativa e a paliativa, e o fator determinante de seu uso está relacionado ao tumor, no que tange o tipo e a sua expansão. No entanto, Brasil (2008) destaca cinco utilidades: curativa – que visa exterminar as células cancerígenas; paliativa – reduz o número de células neoplásicas, diminuindo dessa forma os sintomas ocasionados pelo câncer; potencializadora, que é utilizada em conjunto com a radioterapia, no objetivo de maximizar o efeito da radioterapia; adjuvante, utilizada após o tratamento principal, quer seja radioterapia ou cirurgia; neo-adjuvante, quando é utilizada anteriormente à terapia principal.

Para Soares et al. (2009), por ser uma terapia sistêmica, a quimioterapia alcança todas as células do corpo, em especial as células de proliferação rápida. Ela utiliza substâncias químicas isoladas ou combinadas atuando nos tumores malignos, age também como medidas profiláticas a metástases (BONASSA, 1996).

Brasil (2008), ressalta que esses antineoplásicos estão divididos em dois grupos, quimioterápicos de ciclo-específico: que atuam em um momento específico do ciclo celular, levando a lise apenas as células sensíveis a este ciclo. E as drogas de ciclo-inespecíficos: que atuam em qualquer fase do ciclo celular.

Esses quimioterápicos são administrados por seis vias, que são elas: via oral, via endovenosa, intramuscular, subcutânea, intratecal (através da espinha dorsal) e por via tópica (BRASIL, 2010).

2.7. EFEITOS COLATERAIS NA QUIMIOTERAPIA

Segundo Sawada et al. (2009 apud BALLATORI e ROILA, 2003), as manifestações clínicas resultantes da quimioterapia são: náuseas, emese, lesão esofágica, fraturas, desequilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, que podem acarretar na abstenção e interrupção do paciente ao tratamento, reduzindo dessa forma a qualidade de vida relacionada à saúde, prejudicando os resultados do tratamento.

Os principais efeitos colaterais da quimioterapia são: toxicidade hematológica, toxicidade gastrointestinal, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológica e reações alérgicas e anafilaxia. Causando dores, mal-estar e desconforto tanto aos pacientes quanto aqueles que o rodeiam (MOURA et al 2014, p.5).

Todos esses processos geram no paciente desconforto, dor e sobretudo estresse, desenvolvendo gatilhos emocionais relacionados ao tratamento, o que os fazem ter

memórias negativas, tornando esses processos dolorosos não somente a nível físico, mas também emocionalmente, o que muitas das vezes os levam a cogitar a desistência da terapia e/ou interrupção momentânea do tratamento, desenvolvendo a postergação do retorno, que compromete a eficácia e o resultado esperado.

O estresse relacionado ao tratamento é resultado das mudanças vividas pelo paciente, no âmbito fisiológico gerando transtornos psicológicos e sociais, o tratamento lhes cobra mudanças de hábitos e rotinas, que são importantes a este indivíduo enquanto ser sociável e emocional, trazendo uma nova realidade, “com necessidade de criar novas maneiras de viver e adaptar-se à realidade apresentada, uma vez que esse paciente passa a depender de medicações e a conviver com os efeitos adversos da terapêutica” (SOARES et al., 2009, p.2).

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, que visa analisar como o estresse se torna um vilão no processo de recuperação e tratamento de um paciente oncológico, e ressalta a importância da alegria e do bom humor que é expressa principalmente no filme: *O amor é contagioso* (ADAMS, 1998).

Foram selecionados vários artigos e publicações nacionais e internacionais que defendiam como essas terapias humanistas são extremamente benéficas para o organismo, não só dos pacientes, mas também de todos que participam e realizam essa prática.

Primeiramente foram analisados os títulos e resumos de cada artigo. Relacionando-os ao tema proposto posteriormente. Os artigos foram estudados minuciosamente, com o intuito de agregar conhecimento. Desenvolvendo desta forma novas perspectivas do assunto.

4. TERAPIAS QUE AUXILIAM NA RECUPERAÇÃO ONCOLÓGICA

Todo procedimento hospitalar é sugestivo de estresse, seja ele influenciado pelo processo mais simples ou complexo. No tratamento oncológico não é diferente, essa realidade interfere diretamente na resposta do organismo frente aos procedimentos que estão sendo realizados, analisando essa realidade vivenciada pelos pacientes oncológicos, buscou-se implementar e implantar medidas que venham minimizar essa tensão. As medidas implementadas vão desde programas interativos a terapias alternativas que visam complementar de forma positiva o tratamento e momento vivido pelo paciente, familiares e profissionais.

4.1. TERAPIA DO RISO/BOM HUMOR E SEUS BENEFÍCIOS

A terapia do riso/bom humor mostram-se importantes na promoção da saúde, influenciando de forma positiva e benéfica o organismo do indivíduo que luta contra algumas doenças. A prática dessa terapêutica ajuda a diminuir as situações de estresse que acaba sendo o grande vilão no processo de recuperação e cura de enfermidades.

O riso é uma das principais expressões utilizadas na comunicação social. Causa bem-estar e conecta pessoas desviando-as, em certos momentos, de situações de estresse e dificuldades cotidianas. É um

fenômeno universal que ultrapassa culturas, idade e grupo étnicos. Teorias sobre o humor são relatadas desde a época de Aristóteles (CAPELA, 2011, p. 176 apud MCGHEE e GOLDSTEIN, 1983).

“Comportamentos como alegria, tristeza e ansiedade podem ativar e desativar conjuntos de regiões cerebrais específicas” (ABREU, 2011, p. 71 apud LIOTTI et al., 2000). Mesmo não havendo esclarecimentos sólidos por meio de estudos é bem notório que há uma relação entre o estado emocional e as estruturas biomoleculares do corpo.

O riso estimula liberação e produção de endorfinas que minimizam ou evitam a dor, reduzindo a pressão sanguínea, doenças cardíacas e hormônios do estresse (BERK, 1988). A prática do bom humor ajuda a lidar com a dor (WEISENBERG, 1995), além de ser usado como forte influenciador na redução do medo, ansiedade, estresse psicológico, no mecanismo de luta contra a doença (CAPELA, 2011 apud BERK, 2001; KUIPER, 2004; WOOTEN, 2005). O riso quando aplicado de forma forçada demonstrou a melhora no estado emocional sem a necessidade de estímulo prévio (FOLEY, MATHEIS e SCHAEFER, 2002). O papel do bom humor vivenciado pelos profissionais de saúde é visualizado como parte no cuidado psicossocial do paciente. O humor reduz a dor e ansiedade, possibilitando a normatização de situações oriundas de estresse (PENSON, 2005).

Avaliando essa gama de benefícios ofertados por essa terapêutica, o termo “humanização” passa a ser vivenciado com mais frequências no âmbito hospitalar, sendo compreendida, “como um fenômeno complementar indispensável da assistência, em que se valoriza a ética do cuidado, o reconhecimento das individualidades e a subjetividade que se faz verdade nos tratamentos dos doentes” (ABREU, 2001, p. 72).

Capela (2011 apud WATT 1998) ressalta que foram revelados “alguns resultados positivos com a implementação de técnicas que utilizam o bom humor e que podem ser economicamente viáveis, apesar de algumas limitações para se aplicar amplamente na população”.

A incorporação de programas que auxiliam e aumentam a qualidade de vida e promovem o bem-estar, fazendo uso de técnicas que venham a induzir o bom humor e o riso deveriam ser mais estudadas e incentivadas dentro dos serviços de saúde. Tendo em mente que a medicina convencional associada às terapêuticas alternativas tente a acarretar mais benefícios.

4.2. DOUTORES DA ALEGRIA

O projeto “Doutores da alegria” foi criado por uma ONG há 17 anos, e conta com grupos de pessoas que realizam mais de 75 mil visitas por ano, fazendo uso da terapia do bom humor que viabiliza resultados benéficos nos pacientes. Um dos objetivos desse grupo é “diminuir traumas ligados à hospitalização infantil, que correspondem, muitas vezes, à perda de controle sobre o corpo e a vida, e atitudes negativas em relação às doenças e à recuperação” (ABREU, 2011, p.72).

Teorias sobre o humor são relatadas desde a época de Aristóteles. Atualmente a palavra “humor” tornou-se referência primária com o Dr. Hunter “Patch” Adams (1998) no filme que retrata sua vida: um jovem médico que aplica o humor e o riso como forma de promover saúde e o bem-estar de seus pacientes (ZEQUI, 2019). Capela (2011 apud TANIGUCHI, 2007) aborda que o indivíduo que apresenta doença passa a manifestar saúde quando praticam o riso e o bom humor. Logo, o pensador defende que viver com

alegria e sorrindo ajuda a atrair bons pensamentos, e podem contagiar as pessoas presentes no ambiente e influenciar seu estado mental e também o seu corpo.

O riso estimula a produção de endorfinas que diminui ou previne a dor, diminui pressão sanguínea, diminui doenças cardíacas, diminui hormônios do estresse e conseqüentemente, o estresse (CAPELA 2011 apud MCGHEE, 1983). Takahashi observou o aumento na atividade das células tipo “naturalkiller”, importantes na defesa contra tumores, mostrando os efeitos do riso e do bom humor no aumento da atividade desse componente imunológico, ao mesmo tempo em que os estados depressivos enfraqueciam esse aspecto da defesa orgânica (ABREU, 2011 apud TAKAHASHI, 2001).

Em uma experiência realizada por (CAPELA, 2011 apud DILLON, 1985), constatou-se que o bom humor e o riso são benéficos para a produção de anticorpos. Desta maneira, para chegar a esta conclusão foi realizada uma pesquisa com dois grupos em duas situações diferentes. O primeiro grupo foi submetido a assistir uma comédia e o segundo grupo a um documentário. Ao final, foram coletadas salivas de ambas as equipes para análise. Foi observado um aumento de imunoglobulinas Igm, anticorpos com a função de combater infecções respiratórias.

Em virtude dos fatos mencionados, podemos citar também outros estudos (CAPELA 2011 apud BERK, 2001; MARTIN, 2001; e MAHONY, 2002) que constataram os benefícios do riso no sistema imune. Além de ajudar no aumento de produção de células de defesa e anticorpos.

Assim também colabora para a diminuição do hormônio do estresse. Em meados dos anos 1970, foram surgindo estudos sobre como o humor está relacionado à saúde. A terapia do bom humor e do riso é uma terapia nova e existe pouca visibilidade e efetivação dos multiprofissionais em relação a esta. Com base em diversos estudos (CAPELA 2011 apud BALTRUSCH, 1991; CHOPRA, 1989), constatou-se que o estresse, a baixa imunidade e doenças como o câncer podem estar associadas a sentimentos negativos e reprimidos pelo indivíduo. A terapia do riso é de fácil aplicação, baixo custo e simples aplicabilidade, que além de promover melhora orgânica e emocional, também é um fator importante para humanizar o atendimento e saúde (COUTINHO, LIMA e BASTOS, 2016).

Conseqüentemente, quando entramos em uma abordagem fisiológica, a alegria e o bom humor estimulam a modulação glandular da hipófise para a síntese de endorfinas, dando sensação de bem-estar e relaxamento. Já a modulação glandular pineal, também estimulada, gera o processamento do aminoácido triptofano para a produção de serotonina, a qual regula os estados emocionais. Ressalta-se ainda que a simples tentativa de esboçar um sorriso já é suficiente para ativar no cérebro, na região do sistema límbico, no centro do prazer, a produção de tais neurotransmissores. O riso eleva o ritmo cardíaco e a absorção de oxigênio, age na musculatura abdominal e promove energia mecânica ao trato gastrointestinal, facilitando a digestão e o funcionamento do mesmo. Promove, também, maior bombeamento de sangue, fortalecendo o sistema imunológico ao aumentar a produção de células de defesa do organismo (COUTINHO, LIMA e BASTOS 2016 apud LUCHESI e CARDOSOS, 2012; BALLONE, PEREIRA e ORTOLONI, 2007).

Com tudo, a finalidade do riso é estabelecer a comunicação e a interação social através de emoções positivas. É nesse sentido que o riso se torna uma ferramenta aplicável para melhorar a assistência e o relacionamento interpessoal entre profissional e cliente.

4.3. MUSICOTERAPIA

A musicoterapia faz parte das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), as quais se baseiam em conhecimentos terapêuticos práticos dos tratamentos tradicionais, voltadas à prevenção doenças. Sendo uma forma alternativa e complementar no tratamento de algumas doenças crônicas, como o câncer. Objetivando com isso a diminuição das características do tratamento oncológico, possibilitando melhores perspectivas ao paciente (BRASIL, 2020).

Essa terapêutica utiliza a música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, objetivando dentre tantas finalidades efeitos relevantes como os terapêuticos, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (BRASIL, 2017).

Foram os gregos os responsáveis pela criação da palavra música (*musiké téchne*, a arte das musas), foram também os pioneiros na utilização da música como terapia. Eles presavam pelo equilíbrio entre o corpo e o espírito, acreditavam que o desequilíbrio era responsável pelas enfermidades e que a música possuía o poder de harmonizar a duas esferas. Não por acaso, na antiga Grécia, Apolo era o Deus da medicina e música (SOUZA, SANTOS E FERREIRA, 2018 apud DINIZ, OLIVEIRA, 2006; MENDEZ, SILVEIRA, GALVÃO, 2008)

Com o declínio da cultura helênica, a música como forma de cura foi esquecida, voltando a ressurgir em um mundo pós Primeira Guerra Mundial. Foi aplicado para tratar sequelas da guerra como ansiedade, pânico e depressão em veteranos nos Estados Unidos. Em meados de 1940, profissionais de diferentes áreas se reuniram em Michigan, nos Estados Unidos, no que ficaria conhecida como o 1º Plano de Estudos sobre os efeitos terapêuticos da música, dando início a criação da música como metodologia científica (SOUZA, SANTOS E FERREIRA, 2018 apud MENDEZ, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; MOHER et al. 2010).

A interação com música além de intervir sobre aspectos emocionais e físicos, contribui na redução de emoções negativas, comportamentos e distúrbios psíquicos, no âmbito terapêutico beneficiar o paciente ao promover através das ondas sonoras em amplitude e frequência adequada estímulos em vários aparelhos do organismo, atuando principalmente no sistema nervoso, endócrino e cardiovascular (BENZON R, 1998).

Apesar de não haver estudos concretos sobre os efeitos da musicoterapia, essa prática apresentou um papel bem relevante sobre o sistema autônomo, ocasionando diminuição na liberação de catecolaminas consequentemente alterando a pressão arterial diastólica e sistólica, além de reduzir os episódios de vômitos, refletindo alterações na liberação de neurotransmissores como dopamina e serotonina (GENCER D, et al., 2019; WANG X, et al., 2018).

5. RESULTADOS

Com base nos artigos analisados verificou-se que o estresse segundo Santos e Castro (1998 apud SELYE.H.(1936,1956,1985), podem se encontrar em três estágios:

1. Reação de alarme: Fase em que o organismo se encontra em reação de alerta, após ter recebido um estímulo de ameaça. O estresse é resultante de um ataque e fuga;
2. Reação de resistência: O organismo ao se sentir em ameaça, tentará se adaptar ao agente agressor, para tentar manter a homeostase do organismo deixando-o mais susceptível a problemas de saúde. Esta fase se caracteriza como “Doença de adaptação”,
3. Reação de Exaustão: O estresse enfraquece o sistema imunológico e esgota as reservas energéticas do organismo que já se encontram debilitadas, já que o mesmo tentou se adaptar ao fator ou agente agressor. É nessa fase que os fatores do estresse aliam-se a doença (câncer) e influenciam o organismo a evoluir ao processo de morte.

O presente trabalho analisa as diversas maneiras de utilizar as terapias lúdicas no âmbito hospitalar. Logo, se torna evidente que essas terapias são efetivas para melhorar a qualidade de vida e o tratamento do indivíduo. Já que o ambiente hospitalar é um ambiente hostil. É bastante visível que essas terapias tragam benefícios não só para os pacientes, mas também para os profissionais. A qualidade do atendimento é melhorada, permitindo com que os profissionais da saúde ofereçam um serviço humanizado, com resultados excelentes e satisfatórios.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação da família é de suma importância em todo processo que inclui o diagnóstico e o tratamento da doença assim como o acompanhamento multiprofissional, com ênfase na equipe de enfermagem, os quais contribuem positivamente com a prática do bom humor, musicoterapia, além da implementação de programas como os Doutores da Alegria. Consequentemente, traz mais leveza e esperança da cura. As atenções dos profissionais de enfermagem que buscam levar humor, alegria, simpatia, possibilitam leveza na concepção do processo saúde-doença do paciente.

O trabalho mostra que as terapias não convencionais, como as terapias do riso, bom humor, trazem muitos benefícios para os pacientes no âmbito hospitalar, sendo excelente na complementação dos tratamentos convencionais como radioterapia, quimioterapia, tratamentos medicamentosos os quais são aplicados conforme o estágio de doença dos pacientes. Com tudo, essa junção do tratamento convencional e lúdico potencializa a eficácia do processo de cura do paciente oncológico.

REFERÊNCIAS

- [1] ABREU, G. R. F., A terapia do (bom) humor nos processos de cuidado em saúde. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i1.5062> >. Acesso em: 20/03/2021.
- [2] ADAMS, Patch. O Amor é contagioso [filme] Califórnia, 1998.

- [3] Ballone GJ, Pereira Neto E, Ortoloni IV. Da emoção à lesão: um guia de Medicina Psicossomática. São Paulo: Manole; 2007 apud COUTINHO, M. O.; LIMA, I. C.; BASTOS, R. A.; Terapia do riso como instrumento para o processo de cuidado na ótica dos acadêmicos de enfermagem. Portal Regional da BVS, 2016. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-827390>> Acesso em: 20/02/2021.
- [4] BALTRUSCH, H.J., Stangel W., Titze I. Stress, câncer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. Acta Neurol– Napoli 13:4, 315-27 (1991) apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.
- [5] Bauer, Moisés Evandro Bauer. Estresse como ele abala as defesas do corpo. Instituto de Pesquisas Biomédicas e Faculdade de Biociências, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2002. 20. Ciência Hoje • vol. 30 apud FONSECA, N. C., GONÇALVES, J. C., ARAUJO, G.S., Influência do estresse sobre o sistema imunológico. NIP, 2014. Disponível em: < http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/844c84423cfd7e05d2720770d2ee271.pdf > Acesso em: 20/02/2021.
- [6] BENENZON, R., Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. 3ª ed. São Paulo: Summus, 1998; 184p.
- [7] BERK, L. S., Tan, et al. Humor associated laughter decreases cortisol and increases spontaneous lymphocyte blastogenesis. Clin Res 36(3), 435A (1988) Apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.
- [8] BERK, R. The active ingredients in humor: Psychophysiological benefits and risks for older adults. Ed Gerontol 27, 323-339 (2001) apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.
- [9] _____. The active ingredients in humor: Psychophysiological benefits and risks for older adults. Ed Gerontol 27, 323-339 (2001) Apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.
- [10] BONASSA, Edva Moreno Aguilar. Enfermagem em quimioterapia. São Paulo: Atheneu, 1996.
- [11] BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do Câncer uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- [12] _____. Portaria Nº 849 de 27 de Março de 2017. Ministério da Saúde. Disponível: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html#:~:text=Inclui%20a%20Arteterapia%2C%20Ayurveda%2C%20Biodan%C3%A7a,de%20Pr%C3%A1ticas%20Integrativas%20e%20Complementares >. Acesso em: 29/03/2021.
- [13] _____. Instituto Nacional do Câncer. Quimioterapia orientações ao paciente. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- [14] _____. In: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama: Versão para Profissionais de Saúde. Ministério da Saúde, 2020 Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>. Acesso em 28 mar 2021.
- [15] CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.
- [16] CHOPRA, D. Quantum Healing. Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc (1989) apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

- [17] COSTANZO, L. S. Fisiologia. [tradução Vilma Ribeiro de Souza Varga]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 3ª Edição, 2007. ISBN: 9788535221466 apud FONSECA, N. C., GONÇALVES, J. C., ARAUJO, G.S., Influência do estresse sobre o sistema imunológico. NIP, 2014. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/844c84423cfdc7e05d2720770d2ee271.pdf> Acesso em: 20/02/2021.
- [18] COUTINHO, M. O.; LIMA, I. C.; BASTOS, R. A.; Terapia do riso como instrumento para o processo de cuidado na ótica dos acadêmicos de enfermagem. Portal Regional da BVS, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-827390>> Acesso em: 20/02/2021.
- [19] DILLON, K., Baker K. Positive emotional states and enhancement of the immune system. Int J Psyc Med 5(1) (1985) apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em:<<https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf>>. Acesso: 20/03/2021.
- [20] DINIZ, E. L. B., OLIVEIRA, J.N. Música e saúde: o olhar da musicoterapia. Fórum de Pesquisa Científica em Arte, 4, 2006, Curitiba. Anais Eletrônicos. Curitiba; 2006 apud SOUZA S. A., SANTOS P. M. P., FERREIRA L. E. N., Musicoterapia como instrumento de conforto para o paciente oncológico: revisão integrativa da literatura. Revista Saúde. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33947/1982-3282-v12n3-4-3596>>. Acessado em: 29/03/2021.
- [21] FOLEY, E., Matheis, R., Schaefer, C. Effect of forced laughter on mood. Psyc Rep 90(1), 184 (2002) Apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em:< <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf>>. Acesso: 20/03/2021.
- [22] FONSECA, N. C., GONÇALVES, J. C., ARAUJO, G.S., Influência do estresse sobre o sistema imunológico. NIP, 2014. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/844c84423cfdc7e05d2720770d2ee271.pdf> Acesso em: 20/02/2021.
- [23] FREITAS N. A., et al. Laugh therapy practice in hospital care: reflections from interdisciplinary experience. Sanare. 2013. Apud COUTINHO, M.; LIMA, I.; BASTOS, R.; Terapia do riso como instrumento para o processo de cuidado na ótica dos acadêmicos de enfermagem. Portal Regional da BVS, 2016. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-827390>> Acesso em: 20/02/2021.
- [24] GENCER D, et al. Cancer patients and music: (prospective) results from a survey to evaluate potential complementary treatment approaches. J Cancer Res Clin Oncol, 2019; 145(8): 2141-2148.
- [25] GONZÁLEZ, H. D. Hormônios da Glândula Adrenal. Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no primeiro semestre de 2005 apud FONSECA, N. C., GONÇALVES, J. C., ARAUJO, G.S., Influência do estresse sobre o sistema imunológico. NIP, 2014. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/844c84423cfdc7e05d2720770d2ee271.pdf> Acesso em: 20/02/2021.
- [26] KUIPER, N., et al. Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. Int J Humor Res 17, 135-168, (2004). Apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em:<<https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf>>. Acesso: 20/03/2021.
- [27] LEITE, F. M. C, Et. al., Diagnósticos de Enfermagem Relacionados aos Efeitos Adversos da Radioterapia. REME, 2013 Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v17n4a14.pdf>> Acesso em: 19/04/2021.
- [28] LIOTTI, M. et al. Differential limbic-cortical correlates of sadness and anxiety in healthy subjects: implications for affective disorders. Biol Psychiatry, San Antonio, v. 48, n. 1, p. 36-42, jul. 2000. Apud ABREU, G. R. F., A terapia do (bom) humor nos processos de cuidado em saúde. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i1.5062>>. Acesso em: 20/03/2021.
- [29] LISBOA, L. N., Tratamento de Radioterapia em Pacientes Oncológicos. Vitória, 2014. Disponível

em: < http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC-2015_1-Liliane.pdf > Acesso em: 19/04/2021.

[30] LUCHESI, A., CARDOSO, F.S. Terapia do riso – um relato de experiência, Ver Eletr Fac Evang Paraná. 2012 apud COUTINHO, M.; LIMA, I.; BASTOS, R.; Terapia do riso como instrumento para o processo de cuidado na ótica dos acadêmicos de enfermagem. Portal Regional da BVS, 2016. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-827390> > Acesso em: 20/02/2021.

[31] MAHONY, D., Burroughs, W., Lippman, L. Perceived attributes of health-promoting laughter: A cross-generational comparison. *J Psychol* 136(2), 171-181 (2002) apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. *Rev. Simbio-Logias*, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

[32] MARQUES, A. P. F. S.; Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Rev. Psicol. hosp. São Paulo*, 2004. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200006 >. Acesso em: 20/04/2021.

[33] MARTIN, R. A. Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychol Bul* 127, 504-519 (2001) apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. *Rev. Simbio-Logias*, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

[34] MCGHEE, P., Goldstein, J. *Handbook of humor research*. Vol. 1. New York: Spring R. Verlag (1983) apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. *Rev. Simbio-Logias*, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

[35] MCGHEE, P., Goldstein, J. *Handbook of humor research*. Vol. 1. New York: Spring R. Verlag (1983) Apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. *Rev. Simbio-Logias*, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

[36] MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R. C. P., GALVÃO, C. M., Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17(4):758-764 apud SOUZA S. A., SANTOS P. M. P., FERREIRA L. E. N., Musicoterapia como instrumento de conforto para o paciente oncológico: revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde*. 2018. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.33947/1982-3282-v12n3-4-3596> >. Acessado em: 29/03/2021.

[37] MOHER, D., et al. Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: the prisma statement. *Int J Surg*. 2010; 8(5):336-41 apud SOUZA S. A., SANTOS P. M. P., FERREIRA L. E. N., Musicoterapia como instrumento de conforto para o paciente oncológico: revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde*. 2018. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.33947/1982-3282-v12n3-4-3596> >. Acessado em: 29/03/2021.

[38] MOURA, J. W. S., et al. Enfermagem e quimioterapia: um estudo no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. *Caderno de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde*, Recife, 2014. Disponível em: < <https://periodicos.set.edu.br/facipesaude/article/view/1712> > Acesso em: 19/04/2021.

[39] MUNIZ, R. M., ZAGO, M. M. F., A experiência da radioterapia oncológica para os pacientes: um remédio-veneno. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600010> > Acesso em: 19/04/2021.

[40] PENSON, R.T., et al. Laughter: The Best Medicine? *The Oncol* 10, 651–660 (2005) Apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. *Rev. Simbio-Logias*, Botucatu, 2011. Disponível em: < <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

[41] PEREIRA, T. B. et al. Estresse e Burnout no trabalho em oncologia pediátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, 2016, Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9893201500020043 >. Acesso em: 20/04/2021.

[42] RODRIGUES, K. R. O., et al. Terapia do riso em crianças hospitalizadas: relato de experiência. *Anais VI CONGREFIP*, Editora Realize, Campina Grande, 2017. Disponível em: < https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/congrefip/2017/TRABALHO_EV069_MD4_SA1_ID >

532_04042017115313.pdf > Acesso em: 20/02/2021.

[43] ROLIM, A. M. H., et al., Repercussão da Radioterapia na Região Orofacial e Seu Tratamento. Radiologia Brasileira, São Paulo, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842011000600011> > Acesso em: 19/04/2021.

[44] SANCHES, K. O. L. et al. Apoio a família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. Revista Brasileira de Enfermagem, São Carlos, 2010. Disponível em:< https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=estresse+no+ambito+hospit+alar+artigos+pacientes+com+c%C3%A2ncer&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DJj-gvXY34cQJ >. Acesso em: 20/04/2021.

[45] SAWADA, N. O., et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. Rer. esc. enferm. USP, São Paulo, 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300012> > Acesso em: 19/04/2021.

[46] SILVA, D., Considerações e reflexões sobre o psicodiagnóstico de stress em pacientes com câncer. Faculdade Santana Revista Disponível em: <<https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/index>>. Acesso em: 20/04/2021

[47] SMELTZER S. C., BARE, B. C. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. Editora Guanabara Koogan S.A, 10 ed. Rio de Janeiro, 2006.

[48] SOARES, L. C., et al. A quimioterapia e seus efeitos adversos: relato de clientes oncológicos. Rev. Cogitare Enfermagem, Curitiba, 2009. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16388> >. Acesso em: 19/04/2021.

[49] TAKAHASHI, K., et al. The elevation of natural killer cell activity induced by laughter in acrossover designed study. Int J Mol Med 8(6):645-50 (2001) apud ABREU, G. R. F. A terapia do (bom) humor nos processos de cuidado em saúde. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i1.5062>>. Acesso em: 20/03/2021.

[50] TANIGUCHI, M. A. A Verdade da Vida. 7: 36-41. 21a edição (2007) apud CAPELA, R. C. Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em:< <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

[51] WANG X, et al. Effects of music intervention on the physical and mental status of patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Breast Care, 2018; 13(3): 183-190.

[52] WATT, D., Verma S., Flynn L. Wellness programs: a review of the evidence. CMAJ 27, 158(2):224-30 (1998) Apud CAPELA, R. C. Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em:< <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

[53] WEISENBERG, M., Tepper, I., & Schwarzwald, J. Humor as a cognitive technique for increasing pain tolerance. Pain 63, 207-212 (1995) Apud CAPELA, R. C. Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em:< <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

[54] WOOTEN, P. Humor, laughter, and play: maintaining balance in a serious world. In B. Dossey, L. Keegan, & C. Guzzetta (Eds), Holistic nursing: A handbook for practice, 497-520, Boston: Jones & Bartlett (2005) Apud CAPELA, R. C. Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011. Disponível em:< <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/riso-e-bom-humor-que-promovem.pdf> >. Acesso: 20/03/2021.

[55] ZEQUI, S. C.; AACR 2019: estresse e câncer – o quê a ciência está encontrando?. A.C.Camargo Cancer Center, 2019; Disponível: <https://www.accamargo.org.br/sobre-o-cancer/noticias/aacr-2019-estresse-e-cancer-o-que-ciencia-esta>. Acesso em: 20/03/2021.

Capítulo 7

Percepções de idosos a cerca da assistência do enfermeiro em um centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI) de Manaus

Dielma Silva da Silva

Laleyska Deucylane Costa Rodrigues

Raimunda da Costa Braga

Flávia Karolyne Aiambo Tralde

Graciana de Sousa Lopes

Resumo: **Objetivo:** Descrever a percepção do idoso acerca da assistência do enfermeiro em um centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, realizado em um centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI), identificando o perfil dos idosos, sexo, idade, profissão, motivo da adesão e satisfação do serviço. Ao avaliar os idosos no (CAIMI). **Resultados:** foi possível constatar predominância do sexo feminino, elevado número de viúvos, aposentados com baixa escolaridade. Observou-se também que os idosos não somente participam de consultas clínicas, mas também de diferentes atividades em grupo. **Conclusão:** Espera-se que este estudo desperte os profissionais da enfermagem no atendimento de saúde a idosos desenvolvendo uma abordagem que considere a peculiaridade dos mesmos, isto é, sua cultura, crenças, normas e práticas de saúde, para que as ações de cuidados sejam mais assertivas.

Palavras-chave: Relações Enfermeiro-Paciente, Serviços de Saúde para Idosos, Envelhecimento.

1. INTRODUÇÃO

Essa pesquisa trata acerca da percepção do idoso ao atendimento do enfermeiro dentro de centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI). Os CAIMIS surgem como contribuição para a pessoa idosa no envelhecimento saudável e com qualidade de vida, oferecendo um atendimento de media complexidade, com equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e odontólogos. Os Caimis oferecem diversas atividades de grupo, incluindo caminhada, oficina de memória, alfabetização, artesanato, dominó, atividade física recreativa, ginástica terapêutica, dança de salão, coral, educação em saúde e oficina de nutrição (SUSAM,2018).

E para lidar com o idoso é necessário entender que a velhice não é uma doença, e sim uma etapa da vida das pessoas com 60 anos ou mais. Salientando que esse grupo etário enfrenta um grande desafio para um envelhecimento saudável, onde existe uma preocupação com o aumento dos dias juntamente com a manutenção da saúde (SBGG, 2017).

De acordo com a Organização mundial de saúde (OMS), entre 1950 e 2025 a população de idosos no país crescerá 16 (dezesesseis) vezes contra 5 (cinco) vezes o crescimento populacional total, colocando nosso país como a sexta população em contingente de idosos no mundo.

Tendo em vista as diversas mudanças que essa faixa etária passa, mudanças físicas, no aspecto biológico, psicológicos, cognitivos e sociais, a qual devemos ter um olhar mais holístico devido uma maior fragilidade e vulnerabilidade a intercorrências, vão surgindo indagações sobre a assistência prestada a mesma.(SILVA,2011).

O estatuto do idoso, Lei nº10. 741 art.15 assegura atenção integral a saúde do idoso, por intermédio do sistema único de saúde (SUS), garantindo um acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para então efetivação da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo a prevenção e manutenção efetivadas meio de atendimento geriátrico e gerontológico.

1.1. REFERENCIAL TEÓRICO

A pessoa idosa requer um cuidado maior, porque são pessoas que estão passando por mudanças físicas, e com maior fragilidade e vulnerabilidade e intercorrência Patologias, nos aspectos biológicos, psicológicos afetivos, emocional e cognitivo e sociais. E dado o aumento do envelhecimento populacional como um fenômeno global, ou seja, esse grupo etário tem se tornado cada vez mais representativo dentro do país (SILVA, 2011).

A população brasileira com 60 anos ou mais de idade cresceu 14,6% entre 2012 a 2017, com o contingente de 18,8%. O aumento foi constado na pesquisa “

Características Gerais dos Domicílios e dos moradores 2017” divulgada pelo IBGE. Os dados indicam que a população, ao manter a tendência de envelhecimento dos últimos anos, ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando os 32,2 milhões em 2017. Em 2012, os brasileiros com 60 anos ou mais eram 25,4 milhões. E com esse aumento na população idosa a parcela de crianças de 0 a 9 anos de idade na população residente caiu, passando de 14,1% para 12,9% (IBGE, 2017).

E com esse aumento populacional, surgem indagações sobre a assistência prestadas a essa faixa etária. O aumento da expectativa de vida de uma população este vinculado á melhoria das condições de vida, de educação e de atenção á saúde prestada á mesma. E como esse aumento vem ocorrendo de forma progressiva, exige que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros estejam capacitados para atender as especificidades dessa etapa da vida, melhorando a assistência prestada (OLIVEIRA JCA, TAVARES DMS, 2009).

1.2. PROBLEMA

Considerando então, que o centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI) possui em seu processo de trabalho o acolhimento, atendimento e acompanhamento do usuário idoso encontrando-se este usualmente em situações de vulnerabilidade e necessitando deste serviço se faz necessária identificar a satisfação destes indivíduos quanto ao atendimento. Dessa forma serão identificados os desafios encontrados pelo idoso acerca da assistência do enfermeiro.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. FISIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento faz parte da nossa vida, e está presente desde o nascimento até a morte, e pode ser compreendido como um processo em que os órgãos e tecidos são alterados em função de seu declínio morfológico e funcional (POPOV, 2014).

O envelhecimento não é sinônimo de doença, até porque é um processo biológico normal, porém o indivíduo fica mais vulnerável e exposto a fatores de agressões no meio interno e externo. Interno refere-se a contribuição genética, e os externos são ligados ao ambiente, tais como estilo vida (NUNES, 2012).

O envelhecimento humano é caracterizado por alterações previsíveis, progressivas, possuem uma maior suscetibilidade para vários tipos de doenças.

Segundo à autora Nunes (2012), acerca do início do processo do envelhecimento:

“Muito embora seja difícil de afirma o momento que se inicia, há um consenso entre os pesquisadores que seus primeiros sinais ocorrem na segunda década da vida, permanecendo pouco perceptíveis por mais uma década. (pg 37)”

As mudanças resultantes desse processo incluem como, por exemplo, o decréscimo na capacidade fisiológica, diminuição de respostas do organismo a eventos estressantes, causando a instabilidade da homeostasia e ao aumento do risco de patologias, ressaltando que advém de vários fatores (FREITAS, 2017).

Fechine, Basilio (2012) apud Birren e Schoots (1996) compreendi a definição do envelhecimento a partir de três subdivisões sendo, envelhecimento Primário, envelhecimento secundário e envelhecimento terciário. Onde o autor afirma que, envelhecimento primário, também conhecido como envelhecimento normal ou senescência, atinge todos os humanos pós- reprodutivos, pois esta é uma característica genérica típica da espécie. Este tipo de envelhecimento atinge de forma gradual e progressiva o organismo, possuindo efeito cumulativo. Ainda na mesma linha do autor, o envelhecimento secundário ou patológico, refere-se a doenças que não se confundem com

o processo normal de envelhecimento. Estas lesões variam desde lesões cardiovasculares, cerebrais, até alguns tipos de cancro. E o envelhecimento terciário ou terminal é o período caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pelo acumular dos efeitos do envelhecimento, como também por patologias dependentes da idade.

2.2. ALTERAÇÕES CELULARES E TECIDUAIS

Ao longo dos anos a capacidade de mitose celular, ou seja, de multiplicar-se, de proliferação celular normal, fica desregulada e, após aproximadamente a 50ª divisão, algumas param de se dividir. Várias funções celulares vão declinando com o tempo, como fosforilação oxidativa das mitocôndrias, síntese dos ácidos nucleicos e de proteínas estruturais e enzimas. Embora as modificações variem de intensidade, todo tecido sofre alterações no processo de envelhecimento. O tecido conjuntivo, que dá suporte ao corpo, pois conecta a liga células e órgãos desempenhando importante função estrutural, é um bom exemplo dessas alterações (NUNES,2012).

2.2.1. ALTERAÇÕES NA ESTATURA, PESO E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL.

A estatura do indivíduo se mantém até por volta dos 40 anos de idade, quando começa a se dar uma diminuição de altura de aproximadamente. 1 cm a cada década, isso se deve ao estreitamento dos discos intervertebrais, compressão das vertebbras, cifose e diminuição doas arcos dos pés (NUNES, 2012). A redução da estatura resulta em perda de cerca de 5 cm de altura por volta dos 80 anos. O encolhimento do corpo deve-se a menor hidratação, perda de cartilagem e afinamento das vertebbras (ELIOPOULOS, 2011).

Há perda progressiva da massa magra com aumento da proporção de gordura corporal, isso associado principalmente, ao sexo feminino.

2.2.2. ALTERAÇÕES NA COMPOSIÇÃO CORPÓREA

No organismo de uma criança, o teor de água corresponde a 70%, em um adulto jovem, a 60% e em um idoso, a 52%. Há diminuição da massa livre de gordura e de seus componentes, como mineral, proteínas, potássio e água (NUNES, 2012). Com a atrofia da gordura do corpo, o contorno corporal ganha uma aparência óssea, além de um aprofundamento das reentrâncias dos espaços intercostais e supra clavícula, orbitas e axilas (ELIOPOULOS, 2011).

2.2.3. ALTERAÇÕES DE PELE E TEGUMENTOS

Ocorre perda de fibras elásticas que se alteram e tornam a elastina mais porosa e menos flexível, e o tecido subcutâneo tem sua espessura diminuída, ocasionando rugas e sulcos na pele, com maior facilidade para aparecimento de equimose pouca pressão (NUNES, 2012). Proteção diminuída contra traumatismo e a exposição ao sol, proteção diminuída aos extremos de temperatura, secreção diminuída de óleos naturais e suor (POPOV, 2014).

2.3. ACESSO À SAÚDE

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, relacionado ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 1999).

No documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, publicado em fevereiro de 2006, por meio da Portaria n. 399/GM, que contempla o Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. O Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Inter gestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação para minimizar a heterogeneidade da população idosa (CIB-NORTE, 2006).

Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciam o envelhecimento ativo (BRASIL, 2011).

2.4. ATENÇÃO PRIMÁRIA E O CENTRO DE ATENÇÃO A MELHOR IDADE (CAIMI)

A atenção primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de um serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, parecendo uma prática fadada a uma “medicina simplista”. A atenção primária, ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência. Ao mesmo tempo, constitui um nível próprio de atendimento e deve ir resolvendo uma dada gama de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual, denominada necessidades básicas de saúde (LEÃO, 2009).

Em relação à saúde na promoção do envelhecimento ativo, deve se dar prioritariamente através da atenção primária atuando na prevenção e redução da carga de deficiências em excesso, bem como, reduzindo os fatores de risco associados às principais doenças e aumentando os fatores que protegem a saúde no decorrer da vida de modo a evitar hospitalização e institucionalizações. É necessário desenvolver serviços sociais e de saúde acessíveis e adequados facilitando o acesso aos diversos níveis de complexidade da atenção, abordando as necessidades e os direitos da pessoa idosa (SILVA et al., 2005).

Os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs) garantem o atendimento ambulatorial do idoso, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas relativas às Políticas de Saúde desenvolvidas na área de abrangência do CAIMI, agindo com equipe multidisciplinar capacitada objetivando maior resolutividade possível. Em Manaus, temos o CAIMI André Araújo situado à zona norte do bairro da Cidade Nova II, CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima na zona sul do bairro Colônia Oliveira

Machado e o CAIMI Ada Rodrigues Viana na zona oeste no bairro da Compensa (SASSAKI et al., 2010). Nesse contexto, o CAIMI se destina ao atendimento ambulatorial do usuário idoso, de acordo com as políticas de saúde adotadas pelo Estado, disponibilizando os serviços médicos em clínica geral, ginecologia, oftalmologia, cardiologia e em outras especialidades; atendimentos em fisioterapia, psicologia, nutrição, enfermagem, serviço social e em odontologia; exames radiológicos, ultrasonográficos e laboratoriais; serviços de curativo, imunização, nebulização, medicação e farmácia, bem como do serviço de remoção/transferência assistida por outras instituições mais especializadas (LEÃO, 2009).

3. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, com o objetivo de descrever a percepção dos idosos a cerca da assistência do enfermeiro, em um centro integral de atenção a melhor idade, identificando o perfil dos idosos, sexo, idade, profissão, motivo da adesão e satisfação do serviço ofertado. A amostragem foi feita através da Saturação Teórica, com meta inicial de 30 participantes para a entrevista. Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessária, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados (THIRY-CHERQUES, 2009).

3.2. CAMPO DE ESTUDO

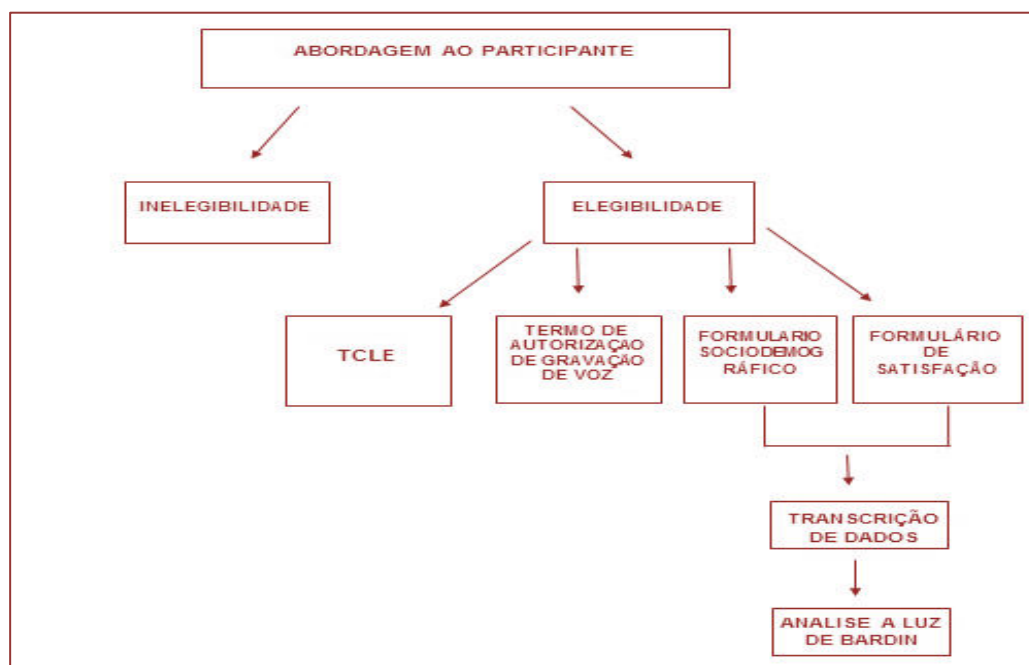
Foi realizado em um Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) em Manaus onde oferece um atendimento de media complexidade, com equipe multiprofissional, atendendo as especialidades de clínica geral, cardiologista, ortopedia, gastroenterologia, odontologia, psicologia, fonoaudiologia, ginecologia e nutrição, que funciona de segunda a sexta feira, no horário de 07h00min às 18h00min.

3.3. POPULAÇÃO DE PESQUISA

Critérios de elegibilidades: Idosos com idade a partir de 60 anos, ambos os sexos, analfabetos ou alfabetizados, que tenham ido ao centro ao menos duas vezes no último ano.

Critérios de inelegibilidades: Idosos com problemas de fala, com problemas auditivos severos e que estejam em caráter de acompanhantes apenas.

3.4. FLUXOGRAMA DE AÇÕES



3.5. METODOLOGIA DE COLETA

O participante foi selecionado conforme os critérios de elegibilidade, foi realizado uma abordagem em local reservado, onde apresentaremos o objetivo da pesquisa, seus riscos e benefícios, a qual o selecionado aceitando participar será apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o termo de autorização de gravação de voz, e logo em seguida aplicaremos os dois questionários, a qual o primeiro é um questionário sociodemográfico, e seguinte de satisfação do idoso referente a assistência prestada, e toda a entrevista terá uma duração de trinta minutos.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa iniciou após passar pelo Conselho de Ética, considerando o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012). CAAE: 19037619.7.0000.5015.

Primeiramente foi realizado contato com a gestão do CAIMI, após a autorização para a realização das entrevistas, foram realizadas abordagens junto aos idosos para explicar os objetivos da pesquisa e da importância das entrevistas.

A cada participante será apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que foi assinado, autorizando a utilização de seus depoimentos para o desenvolvimento do estudo, e o termo de autorização para gravação de voz, onde o mesmo será autorizado pelo participante para o desenvolvimento do estudo.

Riscos: Os riscos desta pesquisa podem ser classificados como riscos mínimos, pois a entrevista poderia gerar um desconforto transitório, impaciência recorrente a rotina de consultas e exames, uma quebra de sigilo, que pode vim acontecer de forma não intencional, e constrangimento para o entrevistado.

Para amenizar esses riscos, foi separado um local reservado para a entrevista, será feita uma escuta sensível, nos comprometemos que os dados colhidos serão usados apenas para fins da pesquisa em questão.

Benefícios: Espera-se benefícios de longo prazo para a comunidade idosa, pois com a realização de um estudo ira colaborar com o aumento de conhecimento a cerca da assistência do enfermeiro ao idoso em CAIMIS de Manaus, gerando uma melhor qualidade na assistência, dando uma visibilidade maior a gerontologia e geriatria. Para a enfermagem essa pesquisa possibilitara um melhor entendimento das necessidades dos usuários do centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI).

3.7. ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa:

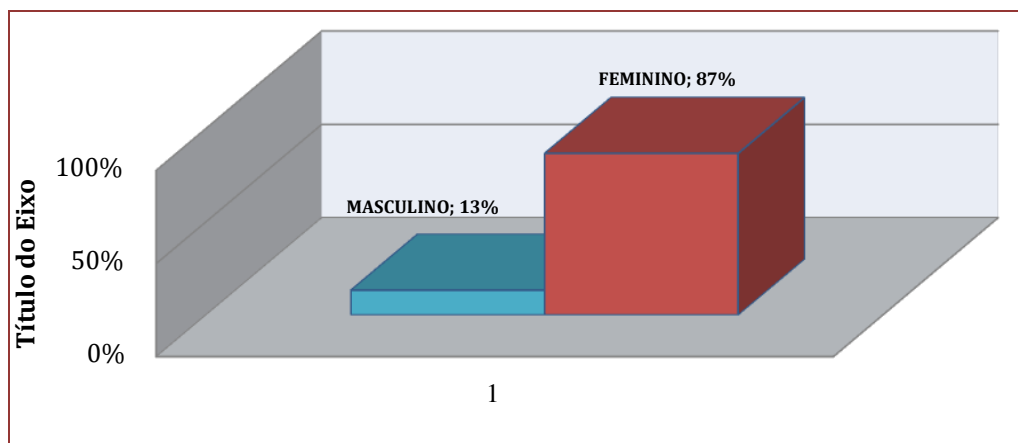
“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 47).

A análise a luz de Bardin compreende três fases, sendo a primeira chamada de pré-análise, onde foi desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas no referencial teórico e assim estabelecer indicadores das informações coletadas. Sendo está subdividida em leitura flutuante, onde será o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, seguida da escolha de documentos, que irá ser feita a definição do corpus de analise, a formulação de hipóteses e objetivos, e a elaboração de indicadores com a finalidade de interpretar o material já coletado. (BARDIN, 2011)

A segunda fase é chamada de exploração do material, que é a construção das operações de codificação, é nesta fase onde será feita a aplicação de regra de contagem e a classificação de e agregação, em categorias simbólicas ou temáticas. E então a última fase da análise de conteúdo vai compreender em o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, que vai consistir em uma captação dos conteúdos manifestos e latentes contidos no material coletado. (SILVA; FOSSÁ, 2015)

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Gráfico 01: Variável “Sexo” dos participantes



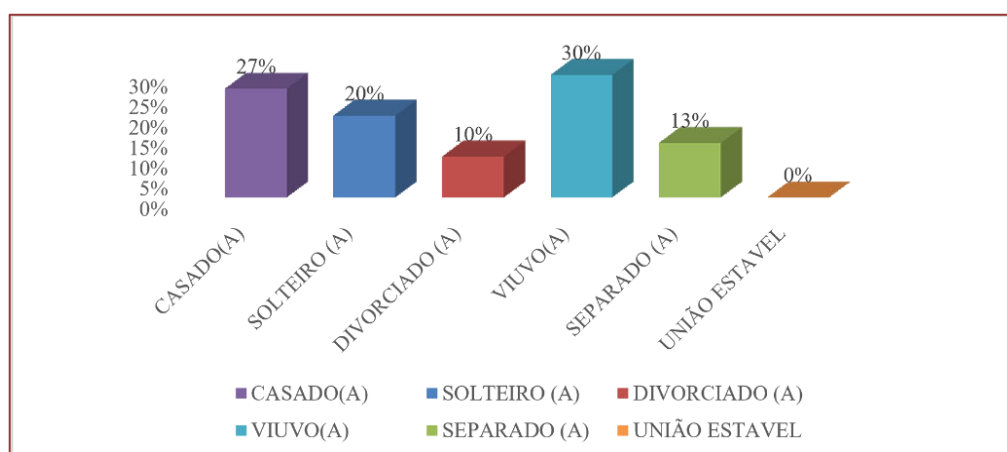
Fonte: Autoria própria

Sobre o variável “sexo”, foi observado o predomínio do sexo feminino com 87% dos participantes. O que corrobora com Silva et al (2009), que caracterizaram a população de seu estudo com treze mulheres e oito homens, com idades compreendidas entre 66 e mais de 90 anos.

Em comparação com outros artigos, é possível analisar que de fato as mulheres se cuidam mais, tendem a buscar uma expectativa de vida melhor. Assim fazendo maior uso dos serviços de saúde do que os homens.

De acordo com o ponto de vista comportamental, a procura por serviços de saúde tem sido explicada pelas diferenças na forma como homens e mulheres expressam a doença. Porém, devido um dado nível de limitação física, as mulheres tendem a avaliar mais positivamente seu estado de saúde do que os homens, afirma Travassos et al (2002).

Gráfico 02: Variável “Estado Civil” dos participantes

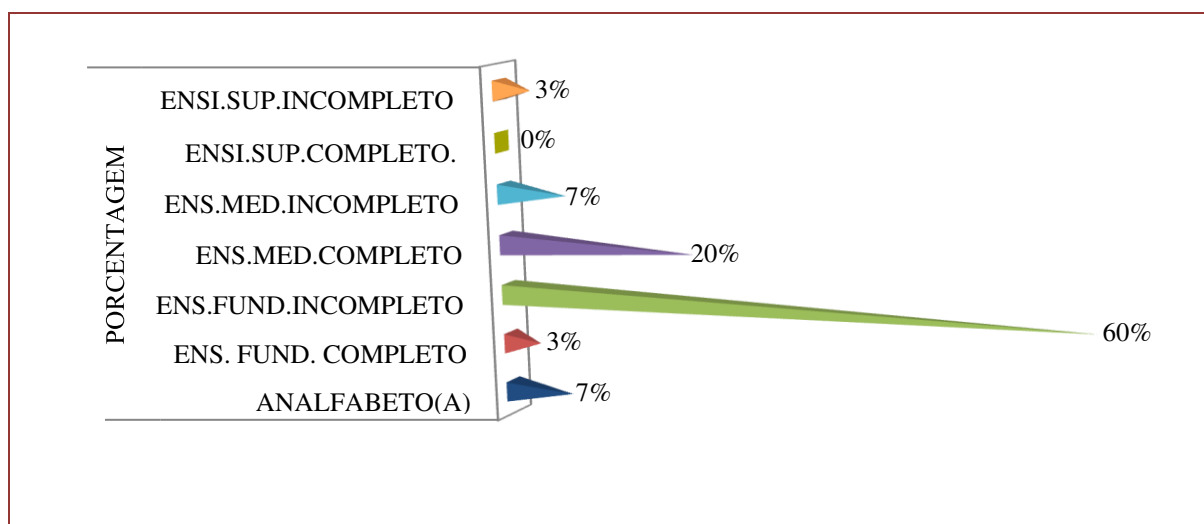


Fonte: Autoria própria.

Sobre o Estado civil, observa-se que 27% dos participantes eram casados, 20% solteiros, 10% eram divorciados, 30% viúvos e 13% eram separados. Corroborando com, Silva et al (2009), onde em sua pesquisa aponta uma porcentagem maior de viúvos, sendo onze viúvos, dois casados e oito solteiros, devido os indivíduos já se encontrarem em uma idade avançada.

A mulher idosa sente-se esmagada pelos preconceitos e alimenta o pensamento de que por ser “velha” já não oferece atrativos. Nessa perspectiva, opta por uma postura mais discreta para não ser rotulada com termos desagradável. Isso se aplica, obrigatoriamente, às vestimentas e ao modo de se Comunicar (Fernandes, 2009).

Gráfico 03: Variável “Escolaridade” dos participante



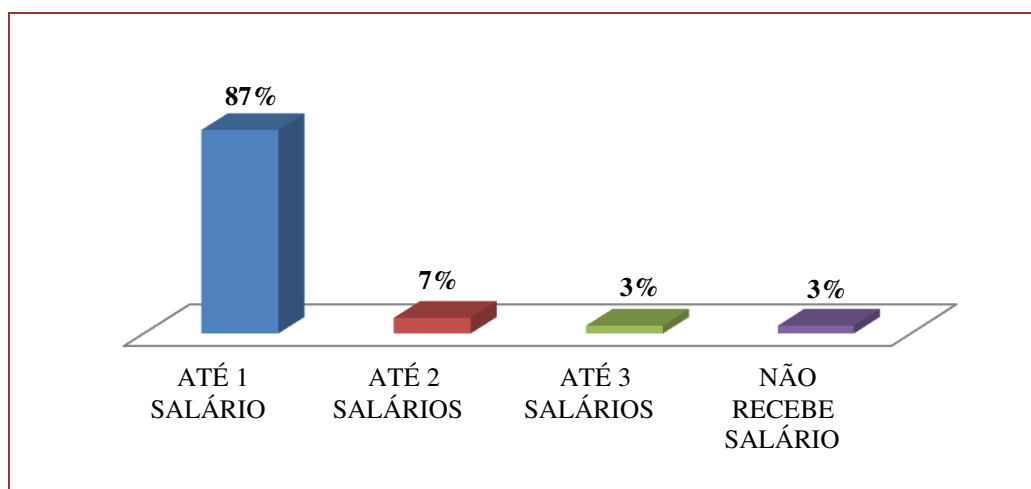
Fonte: Autoria própria.

Foi observado que 3% dos idosos possuem ensino superior incompleto, 7% possuem ensino médio incompleto, 20% possuem ensino médio completo, 60% possuem ensino fundamental incompleto, 3% ensino fundamental completo e 7% são analfabetos.

Em estudo recente, observou-se que os indivíduos entrevistados são alfabetizados sendo que 60% relataram ter frequentado a escola e possuem o ensino fundamental incompleto, é importantes destacar que quando jovens tinham que da prioridade ao trabalho, nessa época não havia exigência de maior nível de escolaridade para conseguir um emprego. Os dados afirmados acima se assemelham com outros estudos que usaram como um dos instrumentos o questionário sociodemográfico. (PARENTE 2017).

Mastroeni et al., em seu estudo também relataram que dos indivíduos entrevistados a dos que frequentaram a escola revelou não ter completado o ensino fundamental. Nessa época, grande parte da população estudava até a quarta série do primário.

Gráfico 04 : Variável “Renda Familiar” dos participantes



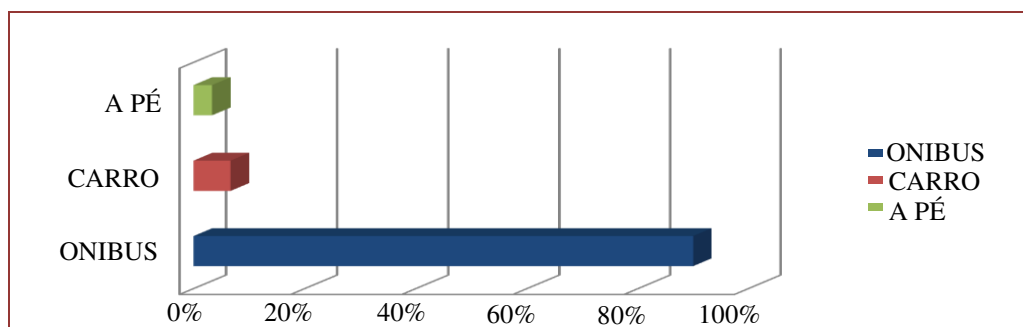
Fonte: Autoria própria.

Sobre a renda familiar, verifica-se que a média é de 1 salário mínimo, e apesar de nenhum destes estar exercendo alguma atividade trabalhista, por serem aposentados em sua maioria, analisou-se que apenas 7% recebia até dois salários, enquanto 3% não recebia nenhum, observa-se que devido sua idade avançada há impossibilidade de exercer demasiadas atividades.

Sobre a “moradia”, em sua maioria eram próprias e de alvenaria, pois apenas 7% morava de aluguel, dos quais dentre estes 3% possuíam casas de madeira.

A moradia é essencial para a qualidade de vida dos idosos. Idosos que não possuem família e bens próprios foram criados alternativas sociais para a manutenção de um mínimo de dignidade para sua vida. Temos como exemplo os dizeres de Quiroga (2005: 92) acerca do que qualifica como moradia para idosos: “os Albergues, Casas de Acolhimento, Casas de Convivência, Casa-Lar, República de Idosos, Moradia Provisória, Asilos, Casas de Repouso, Centro Dia do Idoso”. Quando os idosos gozam de autonomia, eles próprios podem providenciar arranjos para que seu ambiente torne-se mais seguro e interessante”.

Gráfico 06: Variável “Transporte” dos participantes



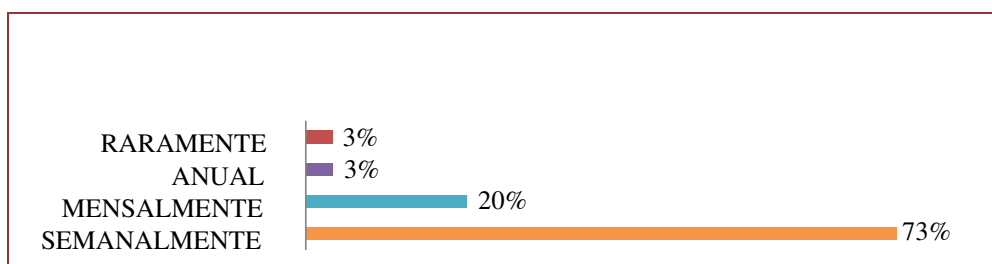
Fonte: Autoria própria.

Foi observado que o principal meio de transporte dos idosos participantes do estudo foi, 3% a pé, 7% de carro e 90% de ônibus.

Pode-se explicar que a maioria dos idosos andam de ônibus pelo fator de alguns possuírem limitações físicas, e o baixo poder de aquisição para adquirir um carro, ou outro meio de transporte particular. Sendo assim a lei garante gratuidade para a pessoa idosa nos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos (Lei do idosos 10741/03).

O transporte coletivo urbano, principalmente o ônibus, ainda é o meio de transporte muito utilizado por uma grande parcela da população brasileira, para realização de atividades necessárias à vida cotidiana, para viagens de trabalho, para acesso aos serviços de saúde, lazer, independente de sexo e idade (Araújo et al.(2011).

Gráfico 01: Com qual frequência você vem ao CAIMI?

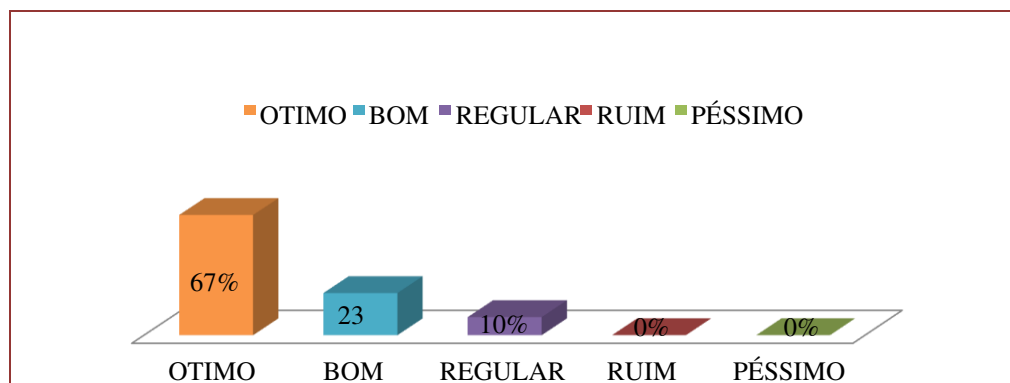


Fonte: Coleta de dados; Anexo 04 – Questionário de satisfação do idoso quanto ao atendimento prestado no centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI).

Foi observado que entre os idosos que participaram do estudo realizado, a respeito da variável, 3% responderam quem vem raramente, 3% anualmente, 20% mensalmente e 73% semanalmente.

É importante destacar que a maioria dos idosos que frequentam o CAIMI semanalmente, participaram de atividades socioeducativas, aulas de danças, artesanatos e passeios organizados. Em comparação com outros estudos onde a maior porcentagem de respostas está em mensalmente, onde é oferecido apenas os serviços de consultas e exames. (PARENTE 2017). Infere-se que a oferta de atividades socioeducativas incentivem a participação semanal do idoso, pois o Centro de Atenção torna-se um lugar de convivência social.

Gráfico 02: Como você avalia o atendimento prestado dentro do CAIMI? (de um modo geral)



Fonte: Coleta de dados; Anexo 04 – Questionário de satisfação do idoso quanto ao atendimento prestado no centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI).

Com relação à “como os mesmos avaliam o atendimento prestado dentro do CAIMI (de modo geral)”, as respostas foram da seguinte maneira: totalizando 67% dos investidos as respostas foram ótimo, somando 23% dos resultados apontando para avaliação bom o atendimento e apenas 10% afirmaram que o atendimento no CAIMI é regular.

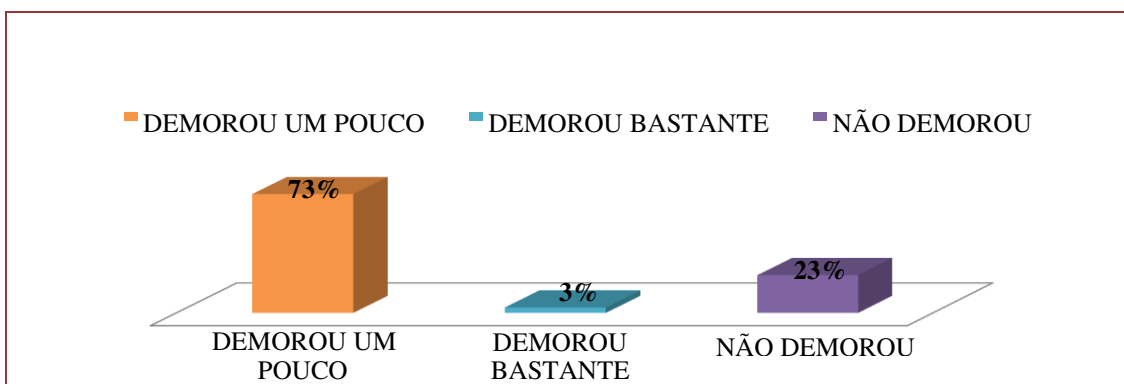
Diante desse resultado procurou-se identificar como os idosos percebiam a unidade de saúde, sendo que diante dos depoimentos foi possível considerar que as pessoas idosas consideram o CAIMI como um local com ótimo atendimento, como um cuidado especial a pessoa idosa, prestando um bom acolhimento, sendo um local onde os idosos buscam quando estão necessitando de cuidados de saúde, e também para participar de atividades educativas toda semana, assim ajudando o idoso a ter autonomia. Pois a unidade de saúde (CAIMI), oferece tanto atendimento primário, como várias atividades educativas como: atendimentos clínicos, fisioterapeuta, ortopedista, danças, artesanato, passeios, grupos de conversas, entre outros.

Em comparação com Parente et al (2017), onde segundo questionamento correspondeu à avaliação sobre o atendimento recebido pela equipe, sendo que a maioria relatou como sendo bom (58,33%). Podemos observar a satisfação dos participantes com o atendimento prestado pela instituição.

Nessa perspectiva, BORN, (2007, p. 743-57) afirma que “é recomendável que ofereçam oportunidades para a sociedade [...], organizando atividades tanto de pessoas mais jovens como de outros idosos. “É interessante que os administradores organizem cursos e palestras acerca das técnicas de cuidado para pessoa idosa, para familiares de idosos e voluntários (Born, 2007).

Portanto, foi claro que o CAIMI é considerado pelos idosos investigados como um lugar que oferece ótimo atendimento de modo geral. Um local onde recebem boa assistência em suas necessidades.

Gráfico 03: Como você classifica o tempo de espera para consulta?



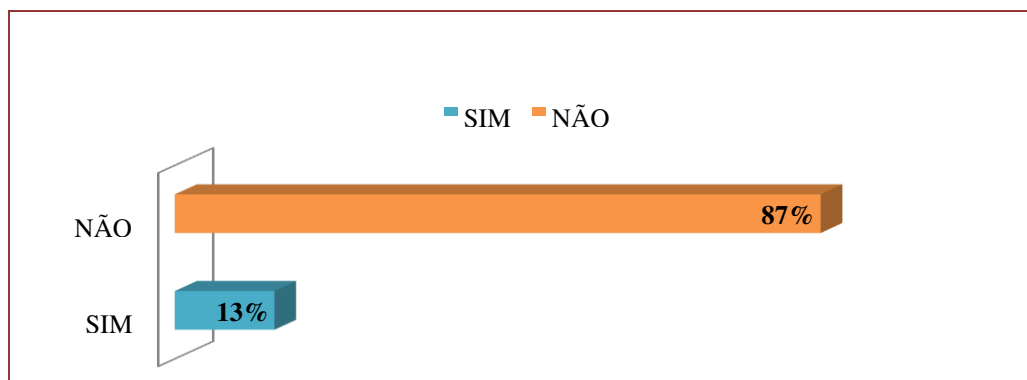
Fonte: Coleta de dados; Anexo 04 – Questionário de satisfação do idoso quanto ao atendimento prestado no centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI).

Observa-se que 73% dos idosos responderam que demorou um pouco, 3% que demorou bastante e 23% não demorou.

Santiago et al. descreveram ainda que o “tempo de espera” é adotado como parâmetro para medir a barreira de acessibilidade organizacional, o mesmo é apontado como um fator negativo no aspecto de satisfação com os serviços.

Ao responderem que demorava um pouco para serem atendidos, todos destacaram que era um tempo aceitável, devido à demanda de atendimento e o processo adotado para consulta clínica, como o acolhimento.

Gráfico 04: Você encontra desafios no atendimento do enfermeiro?



Fonte: Coleta de dados; Anexo 04 – Questionário de satisfação do idoso quanto ao atendimento prestado no centro de atenção integral a melhor idade (CAIMI).

Quando questionados sobre os desafios encontrados no atendimento do enfermeiro, os idosos em sua grande maioria responderam o equivalente a 87% dos resultados que não possuem dificuldades em relação ao atendimento do enfermeiro e apenas 13% dos entrevistados afirmaram que possuem alguma dificuldade em manter uma interação com o enfermeiro.

Em relação aos a maioria que não apresenta dificuldade em se relacionar com enfermeiro, sendo satisfatório este atendimento, porém os que apresentaram algum tipo de dificuldade representam a minoria, que também possuem sua parcela de atenção nesta amostragem.

O que corrobora com o resultado da pesquisa Parente et al (2017), os idosos responderam que a equipe de saúde atende as suas expectativas sempre que frequentam a unidade (82,29%). Neste sentido, de acordo com Costa (2010), um dos maiores desafios dentro da saúde do idoso é estabelecer vínculos entre profissionais e o idoso. Neste aspecto os sujeitos demonstram um vínculo forte com o enfermeiro baseado em respeito e simpatia. Considerando o que é preconizado no caderno de atenção básica envelhecimento e saúde da pessoa idosa e na Política Nacional de Humanização (PNH), o enfermeiro está conseguindo desenvolver essa forma de atenção e a confirmação deste fato se configura nas falas de satisfação dos idosos (BRASIL, 2007).

O enfermeiro tem um papel importante na prática, no planejamento, desenvolvimento e na organização do processo do trabalho em saúde. E precisa cotidianamente demonstrar seu valor e competência para o paciente, familiares, sociedade, instituições e o sistema de saúde como um todo, ainda que embora muitas das vezes não seja reconhecida pelos usuários, familiares e para alguns trabalhadores da área (Lacerda (2018).

É fundamental conhecer o entendimento que o usuário tem sobre o trabalho do enfermeiro podendo ajudar a melhorar o atendimento desse profissional, prestando um

serviço com qualidade a clientela e contribuindo positivamente com o processo e organização do trabalho em saúde (Pires et al, 2017).

Assim sendo, em se tratando dos desafios no atendimento do enfermeiro os idosos demonstraram satisfação, ressaltamos assim a importância da valorização assistencial, ao público alvo, logo, vale ressaltar a importância do profissional de enfermagem no atendimento a atenção básica de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do (CAIMI) onde se desenvolveu a pesquisa, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro como profissional, conseguiu estabelecer vínculos com os idosos de maneira que os usuários atribuí grande valor ao profissional enfermeiro. A imagem profissional e humana dele são elevadas positivamente entre os idosos. É enriquecedor encontrar resultados que engrandecem e valorizam não apenas ao enfermeiro da unidade, mas toda a classe de enfermeiros. Pois, a construção de uma imagem para a profissão deve partir de atos individuais até que reflita na coletividade.

Os dados foram analisados a luz do modelo de Bardin, divididos conforme os núcleos de sentidos em comum, liberados naturalmente nas falas dos entrevistados (MINAYO, 2009 apud LOZ, 2015). Com base no questionário sociodemográfico, os profissionais da equipe de enfermagem se responsabilizaram com a apropriação das técnicas procedimentais de comunicação interpessoal, para estabelecer interação segura com os idosos.

Os aspectos sociodemográficos são de importante relevância, pois a equipe de enfermagem deve estar sempre apta a se readaptar às mudanças sociais, manifestando-se em sua autonomia ao foco de sua assistência, tal qual neste caso, o idoso (LOZ, 2015). O aumento do quantitativo de idosos acarreta diversos pressupostos, então fazer levantamento destes aspectos colabora no equilíbrio de informação e disposição de novos trabalhos a serem realizados.

É certo que ainda há discussões em aberto para este tema, mas com base nos dados levantados, têm-se em vista a necessidade de sempre melhor preparar as equipes de enfermagem para uma abordagem que ao mesmo tempo que é técnica, vêm a ser também acolhedora e capaz de uma interação onde a ética profissional caminhe junto à solidariedade com o público alvo de seu atendimento.

REFERENCIAS

- [1] BARDIN, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- [2] Born T. Cuidado ao idoso em instituição. In: Papaléo Neto M. Tratado de gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007. p.743-57.
- [3] BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional da pessoa idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 de outubro de 2018.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2007.

- [6] BRASIL. Conselho de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- [7] BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, nº 237, 1999. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/protocolo-deatendimento-ao-idoso-em-instituicoes-de-longa-permanencia/13972>. Acesso em: 15 de outubro de 2018.
- [8] ELIOPOULOS, CHARLOTTE. Enfermagem gerontologia; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Vera Catarina C. Portela. 7. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011. Pg. 30.
- [9] ENCONTRO DAS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE DA AMAZÔNIA LEGAL, 3., 2006, Porto Velho / CIB-NORTE. Consolidação do SUS: o que muda? Compartilhando reflexões. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_DAD.pdf. Acesso em: 16 de outubro de 2018.
- [10] ESQUENAZI, Danuza; SILVA, Sandra R. Boiça da; GUIMARÃES, Marco Antônio M.. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. Revista Hupe, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.11-20, jun. 2014.
- [11] FECHINE, Basílio Rommel Almeida. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Inter Science Place, [s.l.], v. 1, n. 20, p.106-132, 13 fev. 2012. Interscience Place.
- [12] FERNANDES, M. G. M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 62, n. 5, p. 705-710, 2009.
- [13] FREITAS, ELIZABETE VIANA DE. Tratado de geriatria e gerontologia. Lúgia Py. 4 Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- [14] FREITAS, ELIZABETH VIANA DE. Tratado de geriatria e gerontologia. 3 Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- [15] GOV.AM. Disponível em: <https://govam.jusbrasil.com.br/noticias/367598/governo-inaugura-na-quinta-novasinstalacoes-dos-centros-de-atencao-ao-idoso> acessado 06 de dezembro às 02:17
- [16] LEÃO, Alice Alves Menezes Ponce de. Trajetória de trabalho e condições de saúde dos idosos participantes das unidades básicas de saúde dos bairros da zona norte de Manaus. Programa institucional de iniciação científica. Manaus: 2009. Disponível em: http://riu.ufam.edu.br/bitstream/prefix/1644/2/SA_015.pdf. Acesso em: 15 de outubro de 2018.
- [17] LITVOC, JÚLIO E BRITO, FRANCISCO CARLOS DE. Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- [18] LOZ, Rafaela Brito Gomes. A percepção do idoso quanto à assistência de enfermagem prestada em uma unidade básica de saúde no município de Boa Vista/RR. Roraima: Anais CIEH, Vol. 2, 2015.
- [19] MOTTA, L.B. Processo de envelhecimento. In: A.L. Saldanha e C.P. Caldas (Ed.), Saúde do Idoso: a arte de cuidar. 2 a edição. Rio de Janeiro: Interciência, p.115- 124, 2004.
- [20] NUNES, MARIA INES; SANTOS, MARIZA DOS; FERRETTI, RENATA ELOAH DE LUCENA. Enfermagem em geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2012.
- [21] OLIVEIRA, Juliana Costa de Assis; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. Usp, Minas Gerais, v. 44, n. 3, p.774-781, nov. 2009.
- [22] PAPALÉO NETO, MATHEUS. Tratado de gerontologia. 2. Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
- [23] PARENTE et al. Satisfação dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família em um município do interior de Pernambuco. Rev. Adm. Saúde, Vol. 17, nº68, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org>. Acesso em: Set/2019.
- [24] PEDROSA, W. C. ENVELHECIMENTO ATIVO: um desafio para a equipe multidisciplinar e para as pessoas idosas frequentadoras da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI), no município de Uberaba-MG. 2014. (Mestrado), Universidade Estadual Paulista, Franca, 2014.
- [25] POPOV, DÉBORA CRISTINA SILVA. Gerontologia e geriatria – aspectos fisiológicos, psicológicos e

sociais do envelhecimento. 1. Edição. São Paulo: Érica, 2014.

- [26] PROCHET TC, Ruiz T, Correa I. A humanização do atendimento ao idoso: o que o idoso hospitalizado sente, percebe e deseja? *Nursing*, São Paulo. 2006 mar; 9(94): 713-18.
- [27] PRODANOV, Cleber Cristiano. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013
- [28] Quiroga, O.L.L. (2005). Moradia do idoso. In: *Revés do A vesso*. Revista do CEPE: 92-3.
- [29] SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Nota: Envelhecimento não é doença. 2017. Disponível em: <https://sbgg.org.br/envelhecer-nao-e-doenca-sbgg-emite-posicionamento-em-retorno-as-colocacoes-expressas-pelo-pesquisador-aubrey-de-grey-que-quer-curar-o-envelhecimento/>. Acessado 04 de dezembro.
- [30] SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C.; SILVA, M. R. S.; SOUSA L. D. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. Fortaleza: *Rev. Rene*, v. 10, n. 4, p. 118-125, out./dez. 2009.
- [31] SILVA, Luípa Michele. Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais. 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2011.
- [32] SILVA, N.L; CAMPOS, W.M.P; SOUZA, E, M, S, C; SOUZA, N.V; NUNES. J.O.S; ALVES, M.L.M.J.A; SILVA, R.J.M. Gerontologia Social a práxis no envelhecimento. Aracaju - ed. J. Andrade, 2005.
- [33] SOLOMON, M. R. As tomadas de decisão organizacionais e domésticas. In: *O comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.
- [34] Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002.

Capítulo 8

Gestão de recursos da atenção primária de saúde

Leticia de Nazaré Costa Flexa

Sabrina Silva Araújo

Graciana De Sousa Lopes

Resumo: **Objetivo:** Investigar a gestão de recursos da atenção primária de saúde. E especificamente comparar repasses financeiros ao longo de 5 anos (2016-2020) e discutir sobre aplicação de recursos financeiros na atenção primária de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa do tipo “pesquisa de dados de domínio público”, foi realizado um levantamento de dados com fontes secundárias por meio do Portal da Transparência. **Resultados:** observou-se que os investimentos em 2019 atingiram R\$ 42,5 bilhões. No período de cinco anos, esse gasto atingiu R\$ 207,4 bilhões, valor que representa, apenas, 1,57% da despesa total empenhada no período. Apesar da despesa com saúde não ter sido a maior, o valor pago na atenção primária foi superior aos valores dos outros anos. Esses investimentos foram destinados em áreas que não estimavam nas prioridades de atuação do agrupamento, onde hospedaram o maior volume de recursos durante a pandemia, ou seja, mais da metade (53%) das empresas direcionou recursos às atividades de saúde. **Conclusão:** O investimento na Atenção Primária pode contribuir para redução de cerca de 5% do total de internações, segundo levantamento da UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde), mas ainda sim os investimentos financeiros são mais baixos do que o da atenção hospitalar e ambulatorial.

Palavras-chave: Gestão de recursos; Financiamento do sus; Atenção primária em saúde; Políticas de saúde; Gastos em saúde; Sistema único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde representa o primeiro nível do Sistema de Atenção em Saúde e compreende um rol de ações voltado para o indivíduo, a família e a coletividade, com o intuito de promover a saúde integral, a prevenção de danos e agravos (MENDES, 2009).

No serviço de saúde, a gestão tem como finalidade melhorar o funcionamento das organizações com eficiência, tanto no atingimento dos objetivos estabelecidos quanto na resolução dos problemas detectados. O gestor nesse processo, utiliza técnicas, conhecimento e procedimentos que lhe possibilitam conduzir o funcionamento dos serviços afim de alcançar os objetivos traçados (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Compreende diversos aspectos que vão desde a elaboração de planos e metas para a organização de um determinado projeto até o diagnóstico, conclusão e planejamento de ações que visam a evolução na qualidade de vida individual e coletiva de cada comunidade. Os gestores públicos somente serão bem sucedidos em suas atividades se com muito esforço e determinação buscarem sempre o empenho e a postura adequada para cada situação uma vez que a gestão assume o papel de guia norteador das iniciativas e decisões que certamente influenciara diretamente na vida de muitas pessoas (OLIVEIRA, 2016).

A saúde foi instituída como direito de todos e dever do estado, a partir desse momento os gestores dos três níveis (federal, estadual e municipal) tornaram a priorizar a atenção primária a saúde afim de implantar um modelo novo de atenção à saúde no país (BRASIL, 2000).

No Brasil a gestão passa por infinitos contratemplos e encara as reduções de recursos de todos os regulamentos, o que a põe na frente de um âmbito de muitas solicitações limitadas por encargos públicos de qualidade, especialmente as de integridade imprescindível (CROZATTI, 2020).

Os serviços prestados e ações de saúde devem ser mútua entre os elementos da federação: União, Estados e os Municípios. O SUS abrange atendimento primário, secundário e terciário, englobando serviços de urgência e emergência, assistência farmacêutica, assistência hospitalar, serviços de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica. Os serviços de saúde privados são complementares ao SUS, através de convenio e contratos (BRASIL, 2020).

Segundo Farinha (2017), o vínculo entre eficiência na administração dos recursos públicos e a corrupção é pequena, este vinculo se dá devido a lei ser um dos principais fatores de indução a corrupção, ou seja, a mesma legislação que facilita direitos humanos fundamentais (serviços) e aquisição de bens, serve como foco para o surgimento da corrupção, prejudicando a conservação dos direitos, nesse sentido, a materialização de tais direitos, não é compatível com uma administração desonesta.

A necessidade de organização da Atenção Primária e otimização dos gastos com a saúde requer o preparo dos gestores, tanto na elaboração dos instrumentos que norteiam a gestão quanto na estrita observância às normas estabelecidas para que sejam produzidos serviços e ações que realmente impactem na saúde da população.

Isso faz com que o modelo assistencial seja importante para a inclusão do conceito da territorialização, que permite a abordagem familiar entre os profissionais de saúde e o usuário. Pode-se concluir que o investimento realizado pelo país na construção de uma

ampla rede básica representa um patrimônio importante para a população brasileira, não se podendo desprezar o crescente investimento material e humano, para que se possa alcançar a equidade, a universalidade e a integralidade dentro do SUS (CAMPOS, 2006).

O objetivo da presente pesquisa foi investigar a gestão de recursos da atenção primária de saúde. Já os objetivos específicos foram: a. Comparar repasses financeiros ao longo de 5 anos (2016-2020); b. Discutir sobre aplicação de recursos financeiros na atenção primária de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988 afim de atender a lei constitucional que classifica a saúde como um direito de todos e dever do Estado, regulado pela Lei nº. 8.080/1990. Desde o princípio, os habitantes brasileiros, herdou o direito à saúde, financiada com recursos da União e das três esferas (BRASIL, 2000). É considerado o maior sistema público de saúde, exposto pelo Ministério da Saúde como um sistema ímpar no mundo, que assegura o acesso integral, universal e igualitário aos habitantes brasileiros (FERRARI, 2012).

Em 1970, com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que foi uma demarcação para a criação do SUS, que abrange os princípios e diretrizes. Juntamente com o surgimento do SUS, ocorreu a criação de Atenção Primária à Saúde (APS), que se organiza em Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantações que se caracterizam como “porta de entrada” do indivíduo ao sistema único de saúde (CECÍLIO, 2012).

Diante dessas considerações o sistema único de saúde, possui um sistema abrangente onde foi planejado aos poucos e exclusivo por não atingir completamente a sua missão, onde não satisfaz a saúde pública, tornando um problema em muitos aspectos, mesmo com o adiantamento positivo que se obteve desde a Constituição Federal de 1988, ressaltando o ano de 1990 (BRASIL, 2015).

2.2. POLÍTICAS DE SAÚDE

A base jurídica do SUS é composta por três documentos que dissertam os elementos básicos que caracterizam e organizam o sistema de saúde. A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, renomada como a Lei Orgânica da Saúde e que apodere-se sobretudo a organização e regulação das ações e encargos de saúde (Brasil, 1990a).

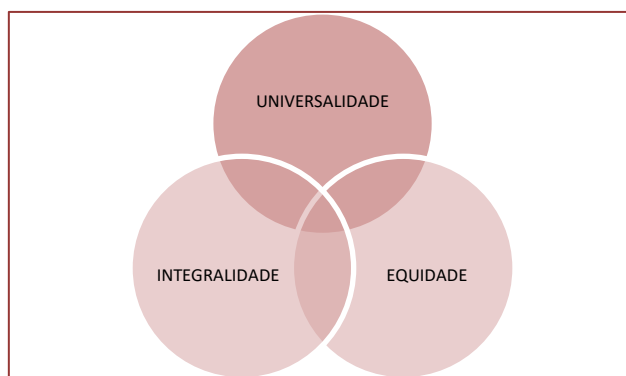
A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que determina o modelo de participação do indivíduo no sistema único de saúde e utiliza as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b).

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecem o eixo para o desempenho e estruturação, no Brasil os direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e a configuração democrático, humanizado e federalista que deve se concretizar (MOTTA, 2010).

Os princípios e diretrizes do SUS precisam ser assimilados a partir de um cenário histórico e epistemológico, estabelecendo um produto decorrente de um processo político

e que manifestam críticas sobre direitos sociais, gestão, saúde e as relações entre as três esferas de governo do país (BRASIL, 2008).

Gráfico 01: Princípios doutrinários do SUS.



A diretriz provoca-nos a compreender e definir os rumos, dinâmicas, estratégias que estruturam o SUS. São traços gerais, estabelecem rotas; são estratégicas, pois apresentam meios para atingir as metas (CUNHA, 2012).

Posto isso, as diretrizes são normas, afim de atingir os objetivos do SUS, é uma escolha e relutância da luta da sociedade brasileira para legalizar e garantir esses valores (PINHEIRO, 2005).

A estruturação e operacionalização do sistema se dão diante os princípios doutrinários. Os princípios organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização, participação popular), determinam as estratégias, os meios para consolidar os valores fundamentais do SUS (CORREA, 2010).

2.3. GESTÃO EM SAÚDE

Para melhor entender as funções no sistema único de saúde, conceituamos: Gerencia: feito ou ato de gerir, comando de um órgão ou unidade de saúde como hospital, ambulatório, fundação, instituto, que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS. Gestão é a ação e compromisso de liderar um sistema de saúde, desempenhando as funções de preceito, articulação, acordo, elaboração de um plano, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Para que se possa argumentar o dever de cada esfera de governo no Sistema Único de Saúde é importante deliberar quem são os gestores do SUS em cada nível e o que são os encargos dos gestores no SUS.

Os gestores do SUS representam cada esfera de governo qualificada para a composição dos encargos determinados na saúde, à vista disso, no âmbito nacional o Ministro da Saúde; no âmbito estadual refere-se ao Secretário de Estado da Saúde; e no municipal o Secretário Municipal de Saúde. Os encargos de acordo com as gestoras no SUS podem ser caracterizadas como “um conjunto estruturado de aprendizados e consequentemente práticas de gestão necessária para realização de políticas na área da saúde (SOUZA, 2002).

O regulamento do SUS e inúmeras normas e portarias emitidas nos anos 90 operam com esforços no sentido de deliberar e distinguir o dever dos gestores da saúde (BRASIL, 2002).

Tabela 01: Estrutura institucional e decisória do SUS

	Gestor	Comissão Intergestores	Colegiado Participativo
NACIONAL	Ministério da saúde	Comissão tripartite	Conselho nacional
ESTADUAL	Secretaria estadual	Comissão bipartite	Conselho estadual
MUNICIPAL	Secretaria municipal		Conselho municipal

Fonte: Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. COOPMED, p. 11-26, 2018

Abranger a competência dos gestores do SUS nos três níveis de governo requer, portanto, uma atenção sobre as qualidades específica o desempenho de cada esferas perante os encargos dos gestores, de forma evidente, os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde e para cada campo de atuação do Estado na saúde (BRASIL, 2002).

Tabela 02: Competências e responsabilidades na atenção básica por gestora

Federal	Estadual	Municipal
Redigir as diretrizes da política nacional de atenção básica	Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território	Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território.
Fornecer fundos para o sistema de atenção básica	Regular as relações intermunicipais	Contratualizar o trabalho em atenção básica.
Intimar a formação de recursos humanos	Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território.	Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência)
Propor mecanismos para programação, controle e avaliação da atenção básica	Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.	Cofinanciar as ações de atenção básica.
Manter as bases de dados nacionais		Alimentar os sistemas de informação.
		Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

Fonte: elaborado a partir do documento “Políticas de atenção básica (BRASIL, 2017).

2.4. ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.

A Atenção Primária à Saúde é delineada em um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, abrangendo o progresso e a proteção da saúde, a fim de desenvolver uma atenção integral impelindo positivamente na conjunção de saúde das coletividades (BRASIL, 2015).

É legitimada como a principal abertura para adentrar ao sistema único de saúde e é o centro de expansão de toda a Rede de Atenção do sistema único de saúde, tendo que ser comandada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade, ou seja, a atenção básica de saúde exerce sua função como um filtro, sendo apta para organizar o fluxo dos encargos nos setores de saúde, do mais simples aos mais complexos (OLIVEIRA, 2015).

A atenção à saúde, é vista como ordenadora da saúde, ou seja, é um molde de uma atitude favorável, junto com a rede secundária e terciária de encargos. Esse nível de atenção tem a capacidade de responder de apresentação contínua, sistematizada e justa, a parte maior das carências de saúde no âmbito individual e coletivo, e que abrange o progresso e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a redução de danos e a manutenção da saúde, proporcionando assim uma atenção integral (MAC 2013).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Refere-se a um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa do tipo “pesquisa com dados de domínio público”, que buscou investigar a gestão de recursos da atenção primária de saúde.

A realização da coleta de dados foi através de levantamento de dados com fontes secundárias por meio do Portal da Transparência, onde foram reunidos e comparados uma série de dados de despesa pública na atenção básica em saúde, decorridos no ano de 2016 - 2020. Em seguida, foi realizado o cruzamento das informações e a análise dos dados apresentados, a fim de conseguir o maior detalhamento do conteúdo e aplicação dos recursos financeiros.

Para os critérios de elegibilidade utilizamos os dados de repasses financeiros na Atenção Básica dos últimos 5 anos (2016 - 2020). E para os critérios de inelegibilidade partiram de dados de outros setores que não estavam relacionados a atenção básica e consequentemente descartados.

O estudo foi realizado de acordo com as recomendações éticas e legais compreendidas na Resolução nº 510/2016 (Conselho Nacional de Saúde) que estabelece as diretrizes éticas específicas para as ciências sociais e humanas (CHS), pesquisa que envolve apenas dados de domínio público e revisão bibliográfica que não identificam os participantes da pesquisa, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP.

4. RESULTADOS E DISCURSÃO

4.1. EVOLUÇÃO DA EXECUÇÃO DAS DESPESAS NA ÁREA DA SAÚDE

Gráfico 02: execução das despesas por área de atuação – saúde – ao longo dos últimos 5 anos.

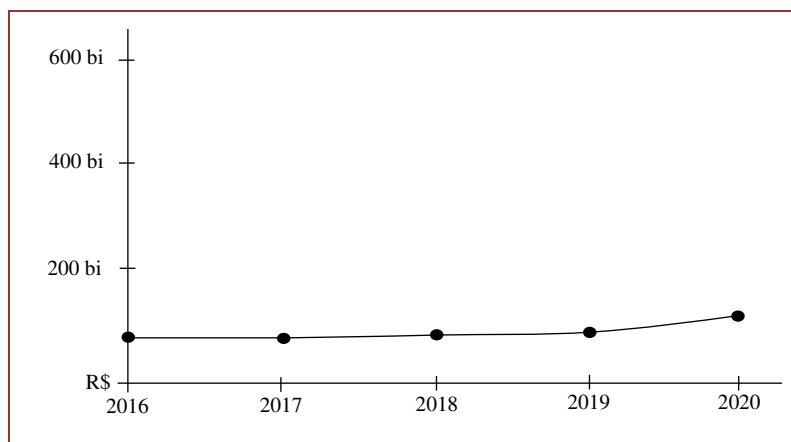


Tabela 03: Despesas na área da saúde, valores pagos, referente ao gráfico 02.

Ano	Area de Atuação	Valor	% Relativo ao Todo
2016	Saúde	R\$ 108.268.384.482,50	4, 07%
2017	Saúde	R\$ 102.713.827.690,68	9.06%
2018	Saúde	R\$ 108.179.156.538,17	9.42%
2019	Saúde	R\$ 114.182.117.694,52	9.50%
2020	Saúde	R\$ 150.463.222.134,41	9.48%

Fonte: Portal da transparência, 2021.

Desde início de evolução, as despesas com saúde superaram a parcela do governo em volume. Como por exemplo, os gastos de 2016 que chegaram a 4,07%. E seguiu crescendo até chegar a 9,06% do PIB em 2017. De acordo com o exposto no gráfico, observa-se que obteve um crescimento mesmo no período de crise (HOLGIN, 2019).

Em 2019, as despesas referentes à saúde no geral atingiram R\$ 160,9 bilhões. Desse montante, foram empenhados R\$ 114,1 bilhões (9,50%). Sob a ótica das funções de governo, 3,8% do total empenhado são referentes a duas funções: Encargos Especiais, com R\$ 1.461,1 bilhões, e Previdência Social, com R\$ 726,8 bilhões (MEIRELES, 2020). De acordo com o portal da transparência as despesas referem-se à aplicabilidade das verbas acumulada por meio de impostos ou outros meios de pagar os encargos públicos executados aos indivíduos ou pra colocar em prática os investimentos.

Os gastos com serviços de saúde, superaram e muito o percentual mínimo de aplicação de 15% da receita municipal, foi previstos R\$ 137,8 bilhões no orçamento da União. Desse total, R\$ 114,1 bilhões foram alocados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e R\$ 12,7 bilhões, em outras despesas (PINHO, 2019).

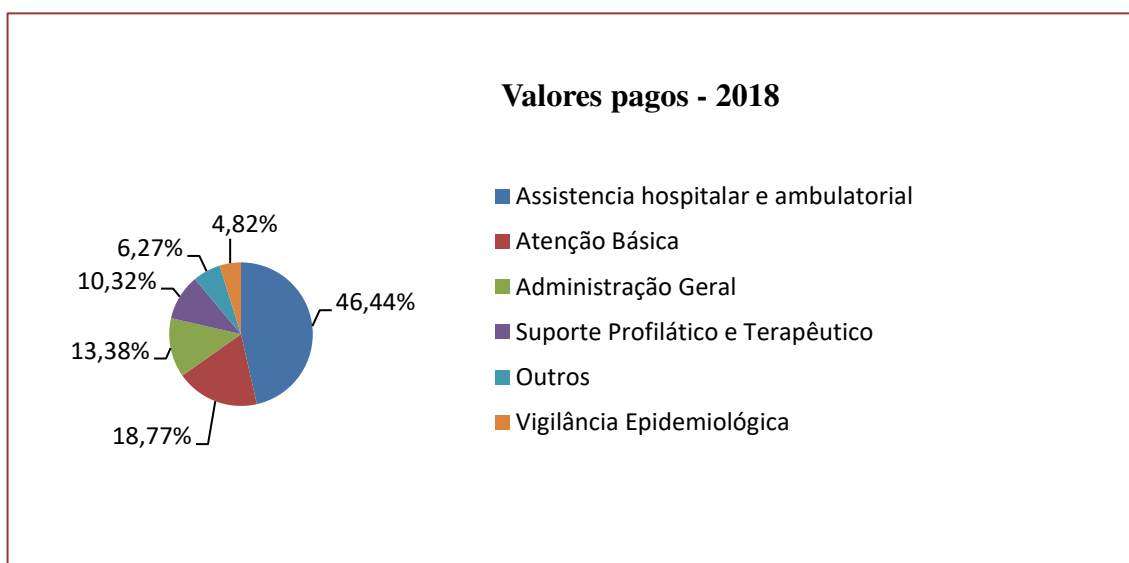
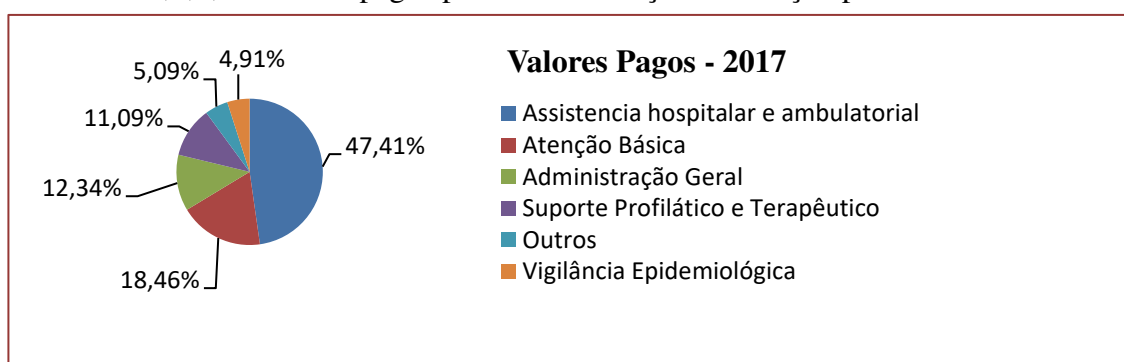
Os investimentos em 2019 atingiram R\$ 42,5 bilhões. No período de cinco anos, esse gasto atingiu R\$ 207,4 bilhões, valor que representa, apenas, 1,57% da despesa total empenhada no período. Apesar da despesa com saúde não ter sido a maior, observa-se que o valor pago na atenção primária foi superior aos valores dos outros anos (BRASIL, 2020).

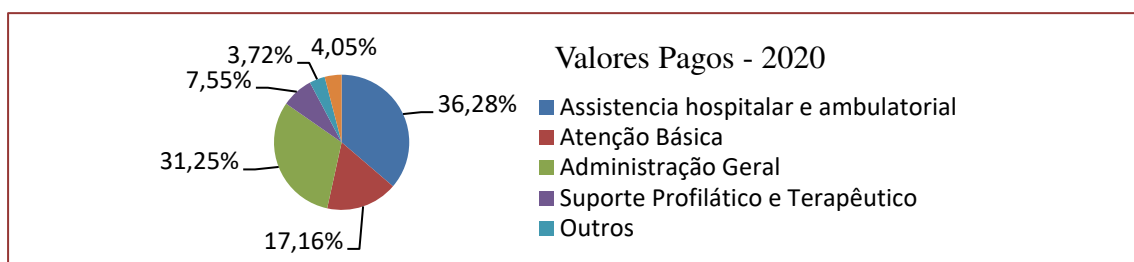
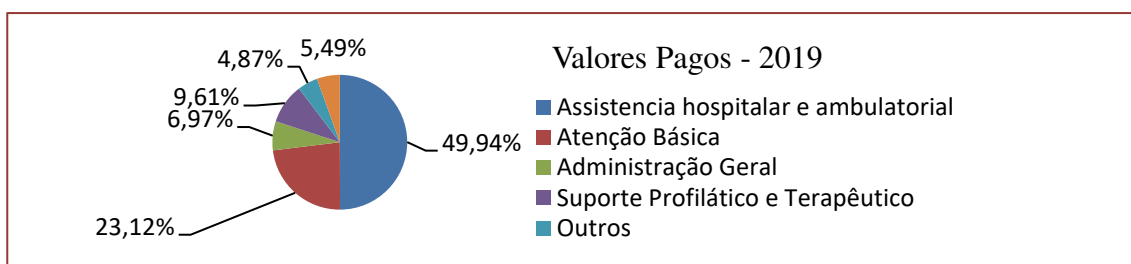
Se o governo tivesse aplicado em 2019 o mesmo escalão que aplicou em 2017, 15% da receita vigente líquida cada ano, a Saúde teria uma estimativa cerca de R\$ 142,8 bilhões em 2019 e não R\$ 122,6 bilhões empenhados (DUARTE, 2020). Em modo geral, os valores empenhados R\$ 160,9 bilhões, que é chamado “mínimo da Saúde”. Importante destacar que para efeito de cálculo do mínimo, existe uma modificação entre as verbas aplicadas nos encargos de saúde, portanto, são excluídas (BRASIL, 2020).

De acordo com o portal da transparência esse valor empenhado refere-se ao que o Estado reserva para concluir o pagamento tramado. Esse empenho ocorre, por exemplo, após um pacto para prestação de serviço. Quando os encargos são prestados, a verba é liquidada e quando o abastecedor recebe essa verba, é assinalado verba paga

Com a pandemia do Covid-19, o Conselho Nacional de Saúde pediu, a anulação da emenda. De acordo com o relatório o dano no sistema de saúde chegou a R\$ 20 bilhões desde que a E.C. 95/2016 entrou em vigor, valor que representará cerca de R\$ 400 bilhões ao longo de suas duas décadas de vigência (CNS, 2020). Em 2020, o valor de despesa em saúde foi superior a todos os outros anos e que chegou a 150,4 bilhões, esse investimento é resultado da pandemia COVID-19, no que se refere ao cunho de financiamento, a União que agrupou não só o maior atributo financeiro para preparar o sistema de saúde, como também uma fiscalização para que não ocorra interferências que abalem a capacidade tributária dos entes subnacionais (BRASIL, 2020).

Gráficos 3,4,5,6: Valores pagos por área de atuação na atenção primária de saúde:





Fonte:transparência, 2021.

Tabela 04: Despesas na atenção básica - referente aos gráficos 3,4,5 e 6:

Ano	Area de Atuação	Valor	% Relativo ao Todo
2016	Atenção básica	R\$ 20.537.136.777,23	18,97%
2017	Atenção básica	R\$ 19.061.256.820,41	18,56%
2018	Atenção básica	R\$ 20.308.072.878,50	18,77%
2019	Atenção básica	R\$ 26.404.339.508,44	23,12%
2020	Atenção básica	R\$ 25.813.420.428,47	17,16%

Portal:transparência, 2021.

Conforme exposto na tabela referente ao ano de 2019 a atenção básica recebeu 26,4% do valor integral, um dos valores mais altos em relação aos outros anos. A contribuição do Piso da Atenção Básica (PAB) variável, foi antecipada aos municípios em dezembro, esse repasse seria feito no meio de janeiro, após o segmento dos conjuntos de dados dos sistemas de informação, onde esteve disponibilizado para os Fundos Municipais de Saúde no dia 31 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2020).

Em 2019 devido o início da pandemia de Covid-19, foi um momento que resultou em um meio para salientar a importância dos empenhos sociais do setor privado e arremeter no que já havia de melhor na gerência dos investimentos (LOYOLA, 2021). Esses investimentos foram destinados em áreas que não estimavam nas prioridades de atuação do agrupamento, onde hospedaram o maior volume de recursos durante a pandemia, ou seja, mais da metade (53%) das empresas direcionou recursos às atividades de saúde (BRASIL, 2021).

Nessa situação de transferência, mesmo antes da pandemia, a assistência hospitalar e ambulatorial, conforme os gráficos 3, 4, 5 e 6 podemos observar, teve um crescimento dos preceitos nesses setores nos últimos cinco anos, é desigual para os outros setores, além de absorverem os recursos na atenção básica (MENDES, 2007).

O bloco de financiamento da complexidade ambulatorial e hospitalar inclui que o pagamento deve ser disposto, considerando que fique bloqueado a sua utilização para pagamento de servidores inativos e ativos, menos aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos encargos relativos ao respectivo bloco,

menos aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco (BRASIL, 2007).

Gráfico 07: Subárea: Atenção básica - 5 elementos que recebem mais recursos:

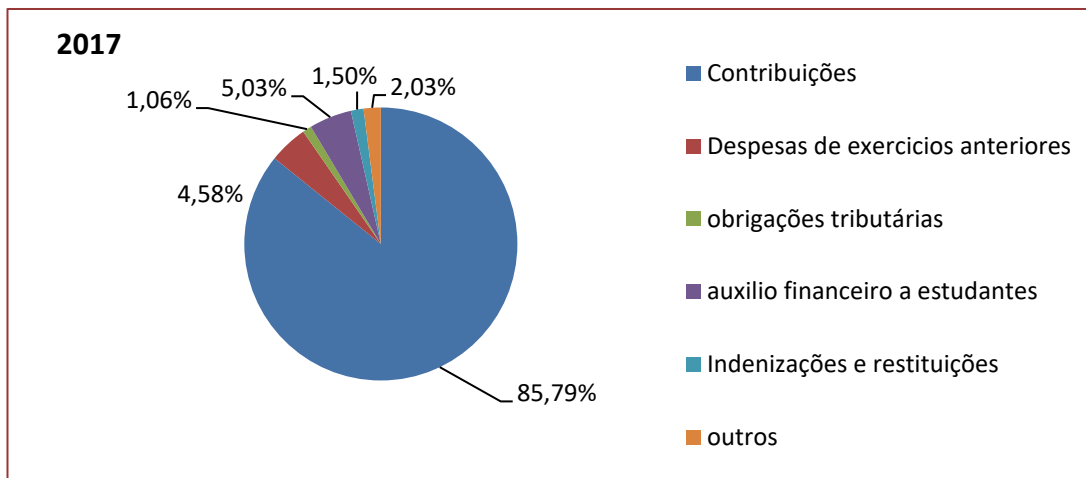


Tabela 5: Despesas na atenção básica – referente ao gráfico 7:

Elemento de Despesa	Valor Executado	Percentual
Contribuições	R\$ 16.352.749.793,48	85,79%
Auxílio Financeiro a Estudantes	R\$ 959.067.996,89	5,03%
Despesas de Exercícios Anteriores	R\$ 873.298.032,66	4,58%
Indenizações e Restituições	R\$ 286.374.145,35	1,50%
Obrigações Tributárias e Contributivas	R\$ 202.999.029,38	1,06%
Outros	R\$ 386.767.822,65	2,03%
Total	R\$ 19.061.256.820,41	100,00%

Fonte: Portal da transparência, 2021.

Gráfico 08: Subárea: Atenção básica - 5 elementos que recebem mais recursos:

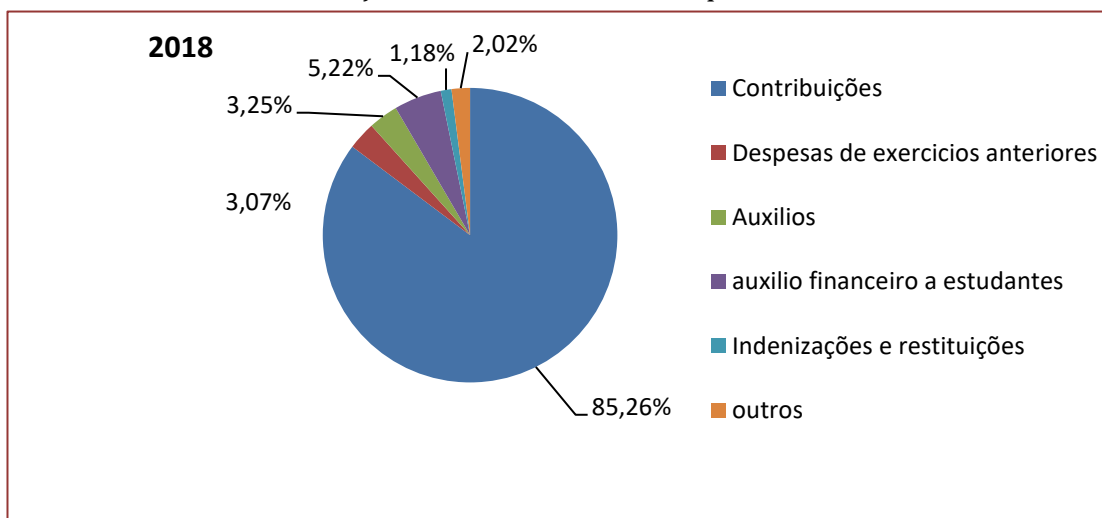


Tabela 6: Despesas na atenção básica – referente ao gráfico 8:

Elemento de Despesa	Valor Executado	Percentual
Contribuições	R\$ 17.314.609.615,52	85.26%
Auxílio Financeiro a Estudantes	R\$ 1.059.182.511,54	5.22%
Auxílios	R\$ 660.900.600,30	3.25%
Despesas de Exercícios Anteriores	R\$ 622.878.702,24	3.07%
Indenizações e Restituições	R\$ 240.148.370,47	1.18%
Outros	R\$ 410.353.078,43	2.02%
Total	R\$ 20.308.072.878,50	100,00%

Fonte: Portal da transparência, 2021.

Gráfico 09: Subárea: Atenção básica - 5 elementos que recebem mais recursos

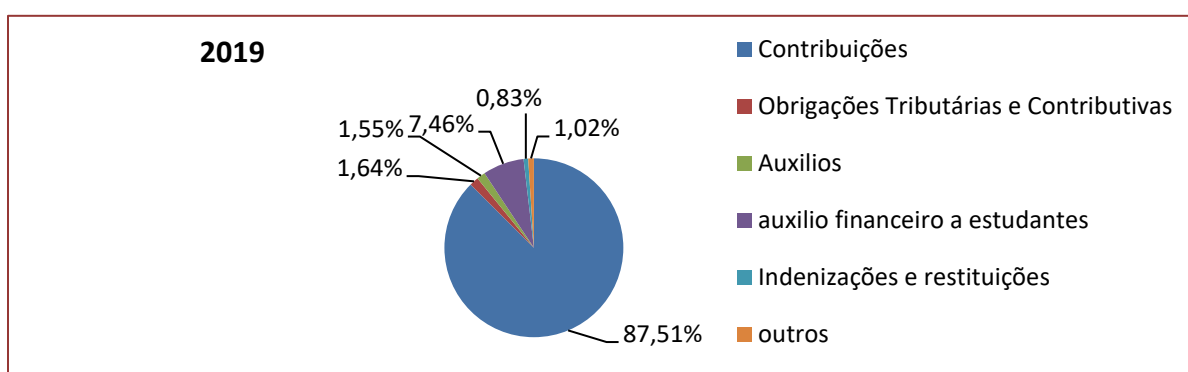


Tabela 7: Despesas na atenção básica – referente ao gráfico 9:

Elemento de Despesa	Valor Executado	PERCENTUAL
Contribuições	R\$ 23.463.806.952,61	90.90%
Auxílio Financeiro a Estudantes	R\$ 1.596.646.179,16	6.19%
Obrigaçãõ Tributaria e contributivas	R\$ 258.136.116,05	1.00%
Auxílios	R\$ 193.369.442,29	0.75%
Indenizações e Restituições	R\$ 199.146.985,32	0.77%
Outros	R\$ 102.314.753,04	0.40%
Total	R\$ 25.813.420.428,47	100,00%

Fonte: Portal da transparência, 2021.

Gráfico 10: Subárea: Atenção básica - 5 elementos que recebem mais recursos:

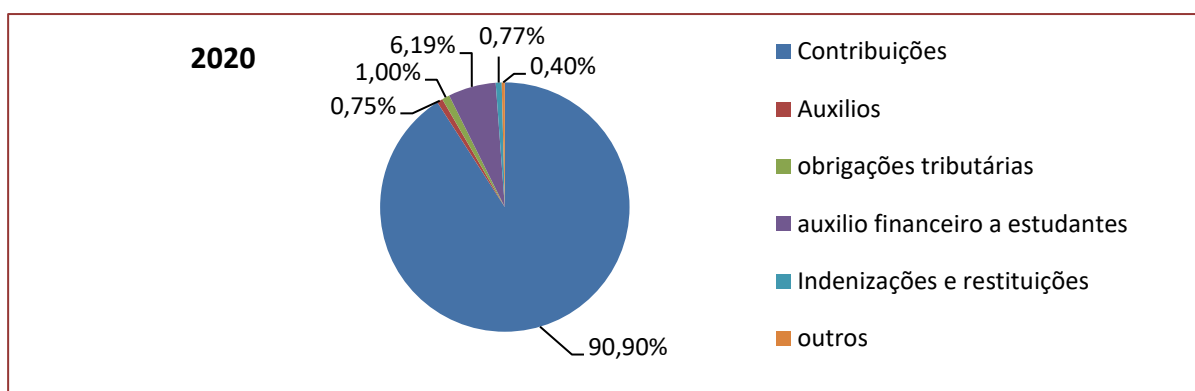


Tabela 8: Despesas na atenção básica – referente ao gráfico 10:

Elemento de despesa	Valor executado	Percentual
Contribuições	R\$ 23.105.295.828,72	87.51%
Auxílio Financeiro a Estudantes	R\$ 1.968.842.616,24	7.46%
Obrigação Tributaria e contributivas	R\$ 432.749.070,83	1.64%
Auxílios	R\$ 409.071.701,02	1.55%
Indenizações e Restituições	R\$ 218.250.656,08	0.83%
Outros	R\$ 270.129.635,55	1.02%
Total	R\$ 26.404.339.508,44	100,00%

Os elementos de despesas referem-se a um título atribuído ao nível da distribuição da despesa que simbolizam a ampliação da despesa pública nos gastos específicos que o setor público realiza para a consecução dos seus fins.

Diante dos gráficos expostos acima, as contribuições são despesas que não correspondem com a contribuição direta em bens e serviços e que não sejam reembolsáveis pelo recebedor, assim como as destinadas a atender as despesas de manutenção de outras entidades de direito público ou privado, conforme observado, respectivamente, o disposto nos art. 25 e 26 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

As obrigações Tributárias e Contributivas referem-se à despesas orçamentária decorrente dos pagamentos de tributos e contribuições sociais e econômicas como ICMS, IPTU, COFINS, imposto de Renda, IPVA, Taxa de Limpeza Pública, PIS/PASEP entre outros, exceto as incidentes sobre a folha de salários, que se classificam como obrigações patronais, como os encargos que resultam do pagamento com atraso das obrigações do qual trata este elemento de despesa (MDN, 2008).

Indenizações e Restituições representam as despesas orçamentárias com indenizações, exceto as trabalhistas, e as restituições, correspondente aos órgãos e entidades a qualquer título, inclusive devolução de receitas quando não for possível concluir essa restituição frente a compensação com a receita equivalente, bem como os gastos de natureza indenizatória não classificadas em elementos de despesas específicos.

Diante do que está sendo apresentado nas tabelas acima, o auxílio financeiro a estudante de acordo com a Portaria MEC nº 389, de 9 de maio de 2013 a Bolsa de continuidade é um recurso financeiro que vem auxiliando a minimizar as contraposições sociais, étnico-raciais e contribuir para a permanência e a diplomação dos estudantes de graduação em situação de desamparado (BRASIL, 2013).

Os demais elementos de despesas que não aparecem na tabela acima, relacionam-se aos utensílios de limpeza e produtos de higienização, utensílio de necessidades, serviços de terciários, financiamentos sociais, obras e instalações, equipamentos e material permanente, auxílios, amortização e outros que a administração pública utiliza para o alcance de seus objetivos.

4.2. APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Os gastos com atenção básica de saúde possuem uma característica de despesa obrigatória e irredutível. Ao contrário de outros tipos de gastos, o pagamento de pessoal geralmente não está no espectro da discricionariedade do gestor da saúde e não deve

haver redução dos valores pagos aos profissionais. Além disso, a categoria dos agentes comunitários de saúde, que representam a categoria mais numerosa da atenção básica de saúde, que possui piso salarial definido em lei federal (CMAP, 2020).

Os recursos transferidos com a finalidade de cumprir o novo financiamento da APS deve seguir ao que está definido na Portaria n. 3992, ou seja, destinado à manutenção das ações e serviços de saúde e ao desempenho dos órgãos e estabelecimentos circunscritos pela sua execução da Atenção Básica. Desta maneira, não haverá necessidade de alteração das leis orçamentárias municipais já aprovadas em função do novo financiamento da APS, já que as ações a serem desenvolvidas da Atenção Básica permanecem as mesmas, assim como as normas contábeis para a execução dos recursos transferidos (BRASIL, 2020).

Em 2017, o governo gastou especialmente com saúde pública, que abrange serviços gerados pelas unidades de saúde municipais, estaduais e federais os gastos foram em média de R\$ 201,6 bilhões e com esses serviços adquiridos em estabelecimentos de saúde privados, totalizaram em R\$ 43,6 bilhões, incluindo os medicamentos para distribuição gratuita, que foram gastos R\$ 8,4 bilhões, 3,3% da despesa total do ano (BRASIL, 2018).

Com as modificações realizadas na forma de financiar, o novo modelo de financiamento da atenção básica de saúde, agora é programa Previne Brasil da Atenção Primária à Saúde (APS), e foi fundado pela [Portaria nº 2.979](#), de 12 de novembro de 2019. Engloba os três componentes para realizar o repasse financeiro federal a municípios e ao Distrito Federal (BRASIL, 2020).

Com o novo modelo de financiamento, a forma para calcular o repasse foi substituída por uma divisão mais cautelosa, considerando o indivíduo cadastrado na atenção básica de saúde e com valores bem superiores e no mínimo R\$ 50,50 por indivíduo (BRASIL, 2021).

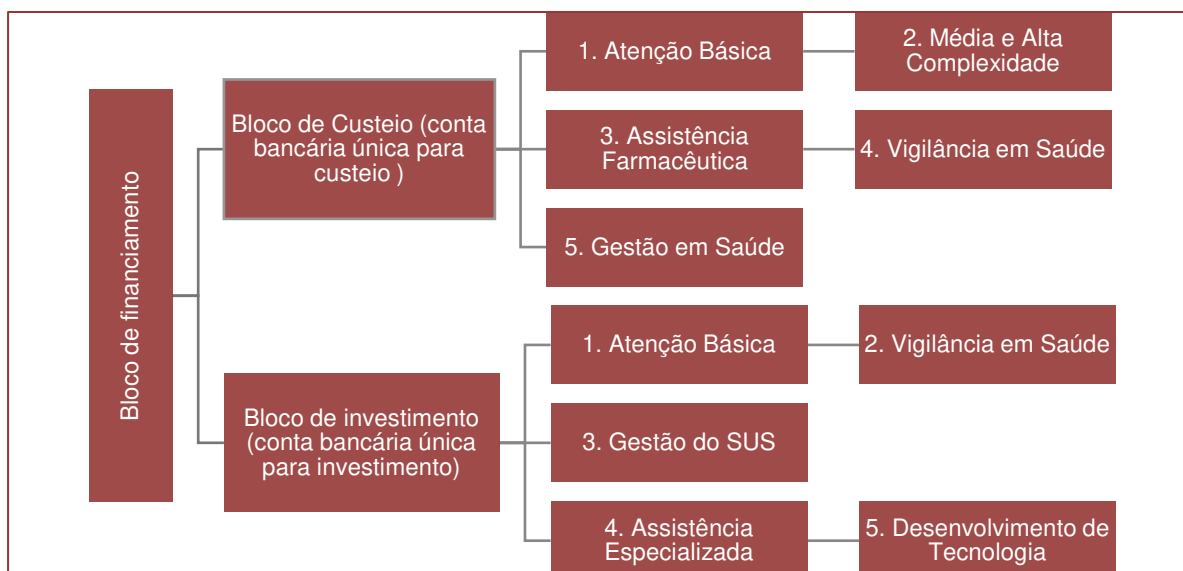
Antes do previne Brasil ser instituído, esse financiamento da Atenção Primária era complexo pelos pagamentos da Atenção Básica Fixo e Variável. O valor permanente era com per capita com base nos habitantes, ou seja, eram analisados todos os indivíduos do município para calcular o repasse, variando de R\$ 23,00 a R\$ 28,00 (MEIRELES, 2014).

Essa transferência é denominado “repasse fundo a fundo”, onde dinheiro do Fundo Nacional de Saúde é destinado, corretamente e de forma automática, para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Para esse fim, é respeitada a programação financeira do Tesouro Nacional, independente de convenio ou instrumento idêntico e segundo critérios, preceitos e parâmetros de cobertura assistencial (BRASIL, 1994).

Os Fundos de Saúde têm a movimentação dos seus recursos em base financeiras oficiais federais, com conta única e específica e distendida pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), para os Blocos de Custeio e Investimento, as quais acolherão as transferências de recursos financeiros da União (PEREIRA, 2018).

O Fundo Nacional de Saúde irá expor em seu conjunto de páginas as informações sobre as transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o pagamento e investimento de ações e serviços públicos de saúde, estruturando e identificando por Grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação (CONASEMS, página 12, 2017).

Figura 1: Fluxograma do financiamento e transferência de recursos federais para ações e serviços públicos de saúde com a Portaria 3.992/2017.



Fonte: Mudanças no Financiamento da Saúde (BRASIL, 2018).

Quando se compara os gastos com a saúde do Brasil com outros países, é considerado inferior a alguns países, pela taxa de gasto per capita do SUS e a despesa assistencial per capita do segmento de planos e seguros privados de assistência médico-hospitalar. Conforme esses dados de 2018, o gasto para todos os indivíduos foi de R\$ 1.283, enquanto a despesa assistencial do segmento de planos e seguros privados foi de R\$ 3.385, ou seja, 2,6 vezes maior (BRASIL, 2018).

O Brasil Possui um financiamento inferior do que é posto em prática. Segundo o relatório de Estatísticas Sanitárias 2020, da Organização Mundial da Saúde (OMS), é possível esmiuçar que, enquanto o país, em 2017, no Reino Unido alcançava US\$ 389 por indivíduo, cujo tem um sistema que serve como modelo para autoridades brasileiras, e alocação de recursos públicos per capita foi de US\$ 3.064 por ano, 7,9 vezes elevado ao montante nacional (SILVA, 2020).

Em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), o Brasil possui a taxa inferior aos outros países como a (Rússia, Uruguai e Chile) que apresenta rendas médias no mínimo 35% maiores e, portanto, possuem mais renda para direcionar para as áreas de seu interesse. O Brasil investe apenas 4,7% em saúde do que outros países, e para essa taxa aumentar, precisam investir cerca de 170% para nos igualarmos aos gastos nos países da União Europeia e 250% em comparação aos países da formação para contribuição e ampliação econômica (BARROS, 2016).

Torna-se inferior, tanto em termos de atuação no PIB em valores per capita, mesmo que seja comparado aos países vizinhos de renda semelhante que não dispõe de um sistema universal de saúde. Isso explica o porquê o gasto tributário colabora para o aumento das contraposições de acesso a serviços de saúde e para o aumento das contraposições de renda, devido ser apropriado em maior conformidade pela fração dos habitantes que prendem maiores rendimentos (ANS, 2018).

Os gastos por per capita buscam a designar, não somente o desejo da sociedade em empregar recursos em estipulada área, mas também as reduções compulsórias pelo tamanho da renda de cada país (REIS, 2018).

O Brasil se mantém em desvantagem nesse investimento público, porque o governo federal brasileiro investe menos de 50% com as despesas na saúde, enquanto o restante é completado pelos serviços privados e compra direta de medicamentos, saindo do bolso das famílias brasileiras (NUNES, 2020).

Até o ano de 2015, os gastos mínimos com saúde [deveria distender de acordo com a modificação nominal do PIB](#). Os governos estaduais e o Distrito Federal são obrigados por lei a designar 12% de sua receita com impostos e transferências e como consequência disso, os municípios precisam colocar 15% da receita nos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Em 2017, o governo gastou especialmente com saúde pública, que abrange serviços gerados pelas unidades de saúde municipais, estaduais e federais os gastos foram em média de R\$ 201,6 bilhões e com esses serviços adquiridos em estabelecimentos de saúde privados, totalizaram em R\$ 43,6 bilhões, incluindo os medicamentos para distribuição gratuita, que foram gastos R\$ 8,4 bilhões, 3,3% da despesa total do ano (BRASIL, 2018).

Referente aos recursos de financiamento destinados aos funcionários públicos, fornecem fundos, mediante renúncia fiscal, os serviços privados de saúde. Se efetiva por meio das entrelinhas de gastos com assistência à saúde no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas (FERNANDES, 2018).

Diante dos fatos apresentados percebe-se que o Brasil tem um gasto totalmente baixo com saúde e precisamos melhorar a eficiência em relação aos recursos públicos, entretanto, o nível de gasto no Brasil é tão inferior, que não são capazes de considerar e saber prescindir essa aplicação de recursos, contando apenas com ganhos de eficiência. É necessário o aumento do financiamento e o compromisso com uma agenda de melhoria da gestão, com a clareza de que a eficiência é um princípio considerável da gerência pública (PIOLA 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para descrever o funcionamento da gestão de recursos, comparar repasses e aplicação de recursos financeiros na atenção primária de saúde, essa pesquisa buscou explorar dados de domínio público através do portal da transparência para demonstrar e comparar a evolução histórica da execução de despesa por área de atuação ao longo dos anos. Afim de enfatizar sua característica descentralizadora, primeiramente, foi apresentado um breve histórico do SUS e um pouco do processo de financiamento nas três esferas de governo e discorrido como é realizado os repasses de recursos federal.

Evidenciou-se que apesar da atenção primária ser o primeiro nível de atenção a saúde, responsável por solucionar os possíveis casos de agravos, orientar sobre a prevenção de doenças e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade, o investimento na Atenção Primária pode contribuir para redução de cerca de 5% do total de internações, segundo levantamento da UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde), mas ainda sim os investimentos financeiros são mais baixos do que o da atenção hospitalar e ambulatorial.

Vale ressaltar que o investimento em atenção básica é uma forma de cuidar, pois reduz internações, realização de exames desnecessários e resulta em uma vida com mais qualidade ao beneficiário, acompanhamento de maneira sistemática, propondo a

prevenção de doenças por meio de atividades e ações. Ou seja, investir em atenção primária tem um impacto positivo no sistema público de saúde, tanto na vida do usuário de uma forma humanizada, quanto para a gestão dos recursos financeiros.

Em virtude dos fatos mencionados, o principal motivo que assegurou essa pesquisa, foi a importância que o tema possui, pois o setor de saúde ainda é apontado como um dos principais alvos do mal gerenciamento de verbas em todo o mundo. Podemos afirmar que investigar a gestão de recursos da atenção primária de saúde, de certa forma, ajuda na elaboração de medidas que visam minimizar esses problemas de mau gerenciamento das despesas públicas. No Brasil, ainda é um desafio adicional do Sistema Único de Saúde (SUS), pois trouxe uma série de benefícios decorrentes da descentralização, mas também acabou dificultando o controle de recursos por conta da complexidade da forma de financiamento.

REFERÊNCIAS

- [1] ALÁ Viana, MCR Fausto, LD Lima - São Paulo em perspectiva, 2003 - SciELO Brasil.
- [2] CUNHA, J. P. P. & CUNHA, R. E. Sistema /nico de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
- [3] FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 03 [Acessado 17 Novembro 2021] , pp. 847-852. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.
- [4] In. Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. p.435-472, mapas, tab, graf.
- [5] JSY Rocha, MCGG Caccia-Bava - *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009 - SciELO Public Health
- [6] LMS Servo, SF Piola, AB Paiva, JA Ribeiro - Melamed C, Piola SF. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências organizadores. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2011.
- [7] LEITE, Valéria Rodrigues, Lima, Kenio Costa e Vasconcelos, Cipriano Maia de Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 7 [Acessado 7 Março 2022] , pp. 1849-1856. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700024>>. Epub 01 Ago 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700024>. RM Marques, SF Piola... -... e financiamento, 2016 - pesquisa.bvsalud.org
- [8] MENDES, L Carnut, LDS Guerra - *Saúde em debate*, 2018 - SciELO Public Health.
- [9] PINTO, Luiz Felipe and Hartz, Zulmira Maria de Araújo Experiências em atenção primária em 25 anos da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 12 [Accessed 6 March 2022] , pp. 4917-4932. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.24882020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.24882020>.
- [10] PIOLA, Barreto de Paiva, Batista de Sá e Servo. Financiamento público da saúde: Uma história à procura de rumo. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília - 2013 - econstor.eu
- [11] SILVA. IB. DESAFIOS DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2017 - redalyc.org. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/408/40851313015/>
- [12] SOLLA JJSP, AAC Reis, APM Soter, AS Fernandes. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde - *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2007
- [13] SOUSA, Maria Fátima de e Hamann, Edgar Merchán Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2009, v. 14, suppl 1 [Acessado 7 Março 2022] , pp.

1325-1335. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>>. Epub 08 Set 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>. MAD Ugá, SM Porto - Políticas e sistemas de saúde no Brasil, 2008 - pesquisa.bvsalud.org

[14] TEIXEIRA. Os princípios do SUS. 2011 - edisciplinas.usp.br. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20-%20Os%20princ%3%ADpios%20do%20Sistema%20%3%9Anico%20de%20Sa%3%9Ade.pdf.

Capítulo 9

Estressores relacionados ao docente enfermeiro

Brenda Kemily de Oliveira Costa

Etelvina Rocha de Barros

Juliana Lopes Luniere

Flávia Karolyne Aiambo Tralde

Graciana de Sousa Lopes

Monike Emyline Andrade

Resumo: Objetivo: Investigar níveis de estresse em professores universitários de uma Universidade Particular de Manaus. Método: Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, participou 13 docentes de ambos os sexos, entre eles especialistas, mestres e doutores, entre 30 e 53 anos. Realizou a coleta através de uma conversa que durou em média 20 minutos, em um lugar reservado e seus questionários foram depositados em urna para preservar o anonimato. Os instrumentos usados foram o questionário do perfil sociodemográfico, a lista de sintomas de stress (LSS), e a escola de estresse no trabalho (EET). Resultados e discussão: Segundo os dados sociodemográficos, 77% da população é feminina, 46% de 31 a 40 anos, 77% possuem companheiro, 62% não tem filhos, 95% não praticam nenhum exercício físico, 69% trabalham há mais de 5 anos da IES, 62% possuem um emprego. Segundo a EET, 25% dos docentes estão com um nível moderado de estresse e, 15% com nível considerado alto, o restante se encontra dentro dos padrões aceitáveis. Já na LSS 23% obtiveram nível médio e, 38% nível alto de estresse.

Descritores: Estresse ocupacional, Docentes de enfermagem, Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Segundo pesquisas realizadas pela ISMA-BR (International Stress Management Association no Brasil), constatou que o Brasil é o 2º mais estressado do Mundo e que 30% dos profissionais brasileiros sofrem de burnout.

O termo estresse é algo novo em nosso vocabulário, onde foi utilizada pela primeira vez na segunda metade do século passado definindo o processo de reação do organismo a uma situação de perigo. O estresse leva a doenças que podem levar o docente ao absenteísmo da profissão, sendo dificuldade não somente para o profissional, mas também ao seu empregador (FARIAS, et al. 2011).

Os homens vivem expostos constantemente a estresse, e conseqüentemente, ele necessitará utilizar diversas formas para enfrentá-lo para sobreviver, sobretudo a aqueles profissionais que em sua execução de trabalho existem contato direto com pessoas, como é o caso da profissão docente. (LAUTERT, 2001).

Ser professor é estressante e se encontram entre os profissionais com mais alto nível de estresse no trabalho, e muitos professores se aposentam cedo pois se sentem fadigados (STOEBER & RENNERT, 2008).

O profissional de enfermagem que também é docente, possui o acúmulo excessivo de atividades e funções, além do seu trabalho pedagógico soma-se seu trabalho assistencial, acarretando sobrecarga de trabalho que são um dos fatores estressores (LOPES, 2016).

O Burnout ocorre pela cronificação e estado prolongado do estresse. A diferenciação entre eles é que o estresse tem pontos negativos e positivos e burnout possui somente negativos (PEREIRA, 2002). A síndrome de burnout acontece quando o profissional já está a bastante tempo trabalhando, a pessoa que apresenta o quadro clínico geralmente são pessoas emocionalmente esgotadas, sem entusiasmo para o trabalho e pouca energia. Para avaliar a Síndrome de Burnout são aplicadas escalas nos funcionários onde são avaliados a exaustão emocional, despersonalização e senso de realização pessoal reduzida (SPECTOR, 2012).

A proposta desse estudo é identificar os níveis de estresse que influenciam no dia-dia do profissional de educação de nível superior, que possuem uma grande relevância no seu bem-estar físico, biológico e social, que acaba se refletindo no seu cotidiano e conseqüentemente levando ao desgaste físico e mental.

O estresse é a principal queixa relacionada à prática de lecionar, levando esses profissionais apresentarem sinais e sintomas específicos. Com o cotidiano da vida diária o profissional da educação de depara com superlotação nas salas de aula, carga horária elevadas e desvalorização profissional (SILVA, 2009).

O objetivo desta pesquisa foi investigar níveis de estresse em professores universitários de uma universidade particular de Manaus. E os objetivos específicos foram: Identificar os estressores no processo do trabalho docente; Identificar níveis de estresses em profissionais de uma Faculdade particular de Manaus e Traçar perfil sociodemográfico.

2. REFERENCIAL TEORICO

2.1. PROCESSOS FISIOLÓGICOS DO ESTRESSE

De acordo com Santos e Castro (1998) “um indivíduo submetido a eventos indutores de Stress [...] tem reações fisiológicas próprias a este tipo de situação”. “É a condição atípica que permite o organismo adaptar-se a qualquer situação que lhe seja imposta; estressor ou agente estressante é o fator que impulsiona o organismo a adaptar-se” (FARNÈ, 2003). De acordo com MORRIS E MAISTO (2004) “o termo estressor refere-se a qualquer exigência do ambiente que cria um estado de tensão ou ameaça e requer mudança ou adaptação”. Pesquisadores estabeleceram que os fatores estressantes podem ser tanto de caráter biológico e físico quanto de caráter psicológico e social (FARNÈ, 2003).

Segundo Serra (2000), “quando um ser humano entra em *stress* observa-se um processo de ativação que envolve todos organismos”. “Os processos fisiológicos mais importantes que são ativados na condição de estresse são: a nervosa e a endócrina” (FARNÈ, 1999). O sistema endócrino, bem como os neurotransmissores, atua como sinalizador do que está acontecendo no meio externo e transmite mensagens adaptativas de resposta para o meio interno e para o sistema emocional (KLEPACZ, 2011).

Quando a pessoa está estressada, seja por causas fisiológicas ou psicológicas, o corpo passa por várias mudanças fisiológicas. As mudanças com maior significância são controladas pelo sistema nervoso autônomo, seu grau de importância é pelo motivo que elas podem diminuir a resistência do corpo a doenças.

“Em condições de baixo estresse normais do dia-dia, a parte parassimpática do sistema nervoso autônomo tenta a diminuir a frequência cardíaca e a pressão sanguínea, enquanto aumenta os movimentos musculares do estomago e intestinos [...] sob condições de estresse, a parte simpática do sistema nervoso autônomo assume o controle, ela aumenta a frequência cardíaca, pressão sanguínea, respiração e tensão muscular, diminui o movimento dos músculos do estomago, contrai vasos sanguíneos e libera hormônios como epinefrina e cortisol” (HUFFMAN, VERNON M., VERNON J., 2003).

2.2. SÍNDROME DA ADAPTAÇÃO GERAL

Sobre o estresse, “o componente fisiológico da resposta de estresse envolve mudanças corporais, como frequência cardíaca aumentada, pressão sanguínea e tensão muscular. Estas mudanças nos preparam para ação física – lutar ou fugir” (HOLMES, 1997).

Para Lewis et. al (2013), com as primeiras pesquisas de Selye onde ele chamou a resposta física ao estresse de Síndrome de Adaptação Geral (2013) possui três estágios: reação do alarme, estagio de resistência e estágio de exaustão. No primeiro estágio a resistência diminui podendo levar a uma doença ou morte caso o estresse permaneça, o corpo tem uma reação de alarme onde inicia-se a reação de luta e fuga. Logo que no segundo estágio de resistência o indivíduo ainda está exposto ao agente estressante e suas reservas fisiológicas foram mobilizadas para aumentar a resistência ao estresse. Quando

toda sua energia for consumida ele passa ao terceiro estágio, onde é comum adoecer e mesmo morrer se não houver assistência para o indivíduo.

2.3. INTERPRETAÇÃO DOS ESTÍMULOS ESTRESSANTES DO CÉREBRO

As respostas fisiológicas do estresse são medidas através de mensagens químicas e elétricas. O hipotálamo regula as emoções e tudo que é necessário para sobrevivência, as ações neurais e hormonais mantêm o equilíbrio homeostático (BRUNNER E SUDDARTH 2009) “O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e o sistema simpático adrenomedular são os componentes neuroendócrinos e neuronais primários da resposta ao estresse” (MARQUES e STERNBERG, 2004. p. 143)

“Na resposta ao estresse, os impulsos aferentes são transportados a partir dos órgãos sensoriais (...) e sensores internos (...) até os centros nervosos do cérebro. A resposta à percepção do estresse é integrada ao hipotálamo que coordena os ajustes necessários para retorno do equilíbrio homeostático. O grau e a duração da resposta variam; o estresse provoca respostas simpáticas, hipofisárias e adrenais (...) quando o estresse persiste, é ativado o sistema hipotalâmico-hipofisário” (BRUNNER E SUDDARTH 2009, p. 80)

No sistema hipotalâmico-hipofisário acontece quando o estresse é persistente. O hipotálamo libera o hormônio liberador de corticotrópica o CRH que estimula a produção na hipófise do ACTH, que leva a estimulação no córtex da suprarrenal a produzir glicocorticóides, principalmente cortisol. Os efeitos do cortisol estimulam o corpo a ter uma reserva de energia em situações estressantes (BRUNNER E SUDDARTH, 2009). O córtex-suprarrenal, através dos glicocorticóides representa um fator fundamental na resistência oferecida pelo organismo frente à agressão física ou psíquica (DOUGLAS, 2012).

2.4. RESPOSTA IMUNOLÓGICA

Como afirmam Huffman, Vernoy e Vernoy (2003), “mudanças na função imunológicas foram associadas a altos níveis de hormônios relacionados ao estresse na corrente sanguínea, tais como epinefrina, norepinefrina e cortisol”. Fatores psicológicos não afetam necessariamente as células do sistema imunológico, mas quando a pessoa passa por um fator estressante ativa a resposta autonômica de fuga-ou-luta. Quando ativado a resposta autonômica ela libera as fontes de energia para sobrevivência imediata liberando cortisol, que suspende todos os processos corporais de longo prazo, deixando mais energia para o cérebro e os músculos. Quando a pessoa passar por um estresse passageiros a função imunológica volta ao normal, mas se pessoa passa por uma situação estressante mais prolongada a resposta do sistema imunológico diminui por um período mais extenso.

“O sistema imunológico produz mensageiros químicos (citocinas) que desempenham um papel crucial em medir as respostas inflamatórias e imunes [...] estimulam o SNC ativando o eixo HPA, conseqüentemente levando à produção de corticosteróide por parte da glândula adrenal [...] a resposta ao estresse regula o sistema imunológico quando uma resposta imune não mais é necessária. As interrupções nessa alça regulatória desempenham

um papel importante na susceptibilidade e resistência às doenças auto-imunes, inflamatórias, infecciosas e alérgicas” (MARQUES e STERNBERG, 2004. p. 143)

2.5. ESTRESSE E DOCÊNCIA

Observa-se que o ensino superior público e privado, como uma área abrangente e que vem passando por transformações ao longo tempo especialmente no que diz respeito à docência, com essas transformações acabam levando o profissional a uma sobrecarga de trabalho e hiper-utilização de suas funções psicofisiológicas, deixando-o suscetível ao estresse (KOCH, et al. 2015).

Em uma pesquisa realizada por Miranda *et al* (2009) em uma Universidade Pública foi constatado que 85% dos profissionais sentem-se estressados, seus estressores citados foram: excesso de atividade, condições e desunião no ambiente de trabalho e que 14% exercem atividades fora da Universidade. Em comparação a pesquisa de DALAGASPERINA e MONTEIRO (2016) em uma IES privada corroborou a grande quantidade de tarefas do profissional, e os diferentes papéis exercidos, as atividades fora do seu ambiente laboral é um grande fator estressor.

Através de pesquisas realizadas foi verificado que 88,4% dos professores de instituição privada trabalham nos turnos matutino, vespertino e noturno consequentemente trabalhando mais de 12h por dia enquanto 80% dos docentes da instituição pública lecionam entre 4-12 por semana (SÁ et al 2018; PAIVA E SARAIVA 2005).

Profissionais passaram a sofrer intensas pressões no âmbito de desempenho do trabalho, em quase todas as organizações de trabalho e em qualquer nível hierárquicos (ZANELLI, 2010). “Algumas profissões parecem predispor seus profissionais a situações mais estressantes que outras. Por sua natureza, o magistério é, reconhecidamente, uma profissão estressante” (JUNIOR E LIPP, 2008). “O estresse no professor é identificado como um problema comum para a categoria, uma vez que esse profissional passa por situações tensas, complexas e desgastantes em sua rotina” (SOUZA, et al. 2016).

Segundo Bongiovani (2018), “observa-se que o mal-estar docente está atrelado à desvalorização do profissional, somado a uma exigência muito grande da sociedade que ainda percebe [...] como uma instituição capaz de resolver todos os conflitos”.

“Que o mal-estar docente é doença social que provoca a pessoal e é causado pela falta de apoio da sociedade aos professores, tanto no terreno dos objetivos de ensino, como nas compensações materiais e no reconhecimento do status que se lhes atribui” (MOSQUEIRA, STOBÄUS E SANTOS 2007. p. 263)

Lipp (2002), destacou que: “as jornadas de trabalho são longas, iniciando-se muito cedo e podendo se estender até a noite. Há raras pausas de descanso e/ou refeição breves e em lugares desconfortáveis”. O trabalho não é só realizado dentro de salas de aulas, atividades extraclases requerem a atenção do professor, e nos seus intervalos o profissional atende e acompanha os alunos que querem tirar dúvidas sobre determinados assuntos. Levando ao professor se tornar um gerenciador de conflitos.

Várias características e condições específicas de trabalho já foram identificadas como potenciais para provocar estresse, sendo tanto

fatores externo (condições ambientais) quanto exigência físicas e mentais [...] com relação a condições ambientais, ruído, temperatura, vibração, iluminação e poluição [...] estressores produzidos no trabalho. Quando a organização do trabalho, atividades monótonas, repetitivas e fragmentadas predis põem mais ao estresse comparadas com outras mais variadas” (CODO, SORATTO E MENEZES 2004, p. 285)

De acordo com Lipp (2002) diversos educadores estão relatando que um dos fatores estressores é a meta exigida da instituição privada ou pública, levando ao profissional procurar meios alternativos para aumentar a nota dos alunos menos capacitados. Ocasionalmente ao profissional utilizar dias de folga para elaborar provas diferenciadas para esses alunos e sacrificando o seu tempo em família. Mesmo se as estratégias para esses alunos não derem certo, o profissional ainda precisa bater a meta estabelecida, levando ao docente se sentir pressionados a aprovar o aluno sem possuir média suficiente.

“O aspecto mais preocupante talvez seja o esgotamento do professor (o denominado professor queimado, em inglês *bornout*)” Stobäus, Mosqueria e Santos (2007b., p. 265). A Síndrome de *Bornout* é um estresse crônico e um problema de saúde e de qualidade de vida no trabalho, o indivíduo tem como consequência de um esforço frequente onde os resultados a pessoa considera ineficiente e insuficientes (BOSQUED, 2008).

O estresse crônico pode ter efeitos na função cognitiva levando a concentração insatisfatória, perturbação do sono, problemas de memória e processo de decisão prejudicado. O indivíduo ainda pode evitar o convívio social, mudanças nos hábitos alimentares, uso excessivo de álcool ou irritação (LEWIS, et al. 2013). Faz surgir certas emoções, modifica o comportamento observável e interfere com mecanismos biológicos [...] podendo levar a pessoa a perder a percepção do ambiente que lhe rodeia, ficando impaciente (SERRA, 2000). “O estresse crônico é intenso pode causar efeitos profundos na estrutura e funcionamento cerebrais” (LEWIS, et al. 2013).

3. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. CRESWELL (2010), cita que “a investigação qualitativa emprega diferentes concepções filosóficas; estratégias de investigação; e métodos de coleta, análise e interpretação dos dados”.

3.2. CAMPO DE ESTUDO

Optou-se por realizar o estudo em uma Instituição de Ensino Superior (IES), particular da região Norte do Brasil, na capital do Estado do Amazonas.

Com sede na cidade de Manaus, é uma Instituição de Ensino Superior, com de fins educacionais e fins lucrativos, com sede e foro em Manaus e com Estatuto próprio, foi credenciada pela Portaria do Ministério da Educação nº. 1.337, publicada no Diário Oficial

da União em 02 de maio de 2002. Suas atividades acadêmicas iniciaram em 13 de setembro de 2002, com os seguintes cursos: Administração em Cidades, Administração em Gestão de Negócios e Turismo. Em março de 2003, passou a funcionar o curso de Normal Superior, com as habilitações em Magistério para as Séries Iniciais do Ensino Fundamental e Magistério em Educação Infantil. No âmbito do ensino de Pós-Graduação a IES implementou no mês de agosto de 2004, os cursos de especialização em Metodologia do Ensino à Docência Superior e Especialização em Psicologia e Direito. No início de 2005, foram autorizados a funcionar mais cinco cursos: Administração Hospitalar, Administração em Marketing, Administração Imobiliária, Ciências Contábeis e Serviço Social. Em 2006 foram autorizados a funcionar os seguintes cursos: Sistemas de Informação, Fisioterapia, Arquitetura e Urbanismo, Psicologia e Pedagogia. Ainda no primeiro semestre de 2007, reafirmando a credibilidade da Instituição, o MEC autorizou o funcionamento de mais três cursos: Direito, Nutrição e Enfermagem.

3.3. POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população convidada a participar da pesquisa são docentes de Enfermagem colaboradores da IES, que após responderem o questionário sociodemográfico, que contém perguntas como idade, sexo, unidade em que trabalha e que responderam também a Lista de Sintomas de estresse (desenvolvido por Vasconcellos, 1984), seguido por a Escala de Estresse no Trabalho.

- **Critérios de Elegibilidade:** Serão selecionados profissionais docentes de ambos os sexos e que trabalhem na instituição selecionada há mais de um ano.
- **Critérios de Inelegibilidade:** Não serão inclusos profissionais que não responderem o questionário de forma íntegra, estejam de férias, licenças ou de atestado médico.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

A realização deste estudo atendeu a Resolução N° 466/12, do conselho nacional de saúde que estabelece norma ao envolver seres humanos na pesquisa. Recebeu autorização da IES através de termo de anuência. CAAE: 13096419.7.0000.9167.

Foi fornecido a cada participante desta pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso afim de obter previamente sua autorização.

Nesse termo, os participantes foram esclarecidos que os riscos envolvidos eram mínimos. Sendo os riscos possíveis, previamente identificados, poderiam ser de cansaço ou estresse ao responder questionários, desconforto e invasão de privacidade. Para evitar ou minimizar tais riscos, foi utilizado um local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. Dentre os benefícios para os sujeitos da pesquisa, espera-se o aumento de conhecimento sobre o estresse em docentes.

3.5. COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta que serão aplicados são três: Formulário para coleta de dados sociodemográfico e profissional, A lista de sintomas do estresse (LSS) e a Escala de estresse do trabalho (EET). Os dados sociodemográficos serão usados como complementação e análise da LSS.

A LSS foi desenvolvida por Vasconcellos (FERREIRA; VASCONCELOS, MARQUES, 2002) e é composta por 59 sintomas psicofisiológicos e psicossociais do estresse. Os participantes assinalam a presença, ausência e frequência dos sintomas. A pontuação varia de 0 a 3 pontos (Anexo I). Cada participante marca a frequência com que acontece os sintomas, indicando (0) nunca, (1) raramente e (3) sempre. O escore total pode variar de 0 a 177 pontos, sendo os escores mais baixos apontam ausência de sintomas, enquanto que os escores mais altos apontam auto índice de estresse.

A EET expõe tanto o estressor quanto a reação a ele, é composta por 23 itens, apresentados em escala tipo *likert* de cinco pontos. Apresenta cinco campos a serem assinalados pelos entrevistados: (1) discordo totalmente da afirmativa, (2) discordo, (3) concordo em parte, (4) concordo e o (5) concordo totalmente. Isso permite classificar os indivíduos em baixo estresse, com valores entre 1,00 a 2,00; moderado estresse, com valores entre 2,01 a 3,00; e alto estresse, com valores entre 3,01 a 5,00 (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme a Tabela 1, o total de participantes do estudo foi de 13 docentes. A maioria foi composta por maioria de mulheres (76,9%), contando com apenas três homens (23,1%). A idade destes está entre 30 e 53 anos, sendo um fator heterogêneo. Quanto ao estado civil desta população, 10 declararam não ter um companheiro (a) de vida (76,9%), enquanto 03 (23,1%) estavam em uma união estável ou casamento. Do total, apenas cinco possuem filhos (38,5%) e outros oito, a maioria neste caso, (61,5%) não possui. Observou-se também que quatro entrevistados (30,8%) possuem dependentes residindo na mesma casa que eles, como pais, filhos e esposos. Enquanto nove (69,2%) deles não possuem nenhum dependente.

Quanto aos problemas de saúde, a maioria não apresenta nenhum problema (76,9%), porém, três participantes apresentam algum, foram relatados: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *Mellitus*, Lúpus, Bursite, Tendinite e Obesidade. No que diz respeito ao tabagismo, apenas um participante confirmou ser tabagista, enquanto os outros 12 negaram (92,3%). Para o uso de medicamentos, 11 (84,6%) negaram utilizar frequentemente e outros dois necessitam de polivitamínicos, regulação hormonal, hipertensivos ou corticoides.

Em relação ao transporte utilizado para se deslocar até o trabalho, todos os entrevistados possuem carro próprio. A maioria gasta aproximadamente 20 a 40 minutos para chegar neste local diariamente. Apenas duas pessoas (15,4%) da população de estudo praticam exercícios físicos, sendo citados: Floral de Bach, Reiki, natação e artes marciais.

Estes profissionais concluíram a graduação entre os anos de 1992 e 2015, concentrando oito deles (61,6%) com formação em 2007, 2009 e 2010. Alguns possuem média de formação de sete anos de serviço na área (69,3%), e outros ainda possuem de

um a três anos trabalhando desta forma. Além disso, oito docentes (61,5%) possuem outro emprego, como enfermeiro (a), supervisor (a), coordenador (a), entre outros. Somando então uma jornada de trabalho de cinco a 80 horas.

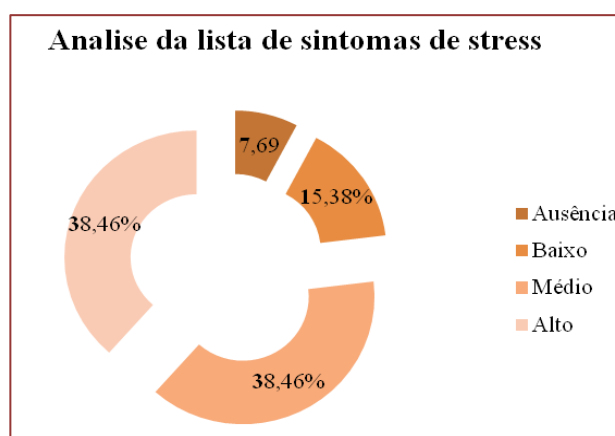
Entretanto, grande parte dos entrevistados não precisou de licença médica nos últimos anos, representando 84,6%. Os outros 15,4% entrou de licença devido problemas de saúde como bursite, dores lombares e alergia. E quanto às faltas no trabalho no último ano, oito (61,5%) relataram ter faltado.

Tabela 1. Distribuição das frequências de variáveis sociodemográficas, segundo grupos. Manaus (AM), Brasil, 2019.

Variável	Fator	N	%
Dependentes na mesma casa	Sim	4	30,8%
	Não	9	69,2%
	Total	13	100%
Problemas de Saúde	Sim	3	23,1%
	Não	10	76,9%
	Total	13	100%
Uso de medicamentos	Sim	2	15,4%
	Não	11	84,6%
	Total	13	100%
Transporte	Carro próprio	13	100%
	Ônibus coletivo	0	0
	Total	13	100%
Licença médica	Sim	2	15,4%
	Não	11	84,6%
	Total	13	100%
Faltas no último ano	Sim	8	61,5%
	Não	5	38,5%
	Total	13	100%

A seguir resultados obtidos através do score da LSS, 05 participantes obtiveram o score de “ALTO ESTRESSE”, 05 obtiveram score de “MÉDIO ESTRESSE” 02 obtiveram “BAIXO ESTRESSE”, e apenas 01 participante obteve escore de “AUSÊNCIA DE ESTRESSE”, a seguir gráfico mostrando os valores em forma de porcentagem.

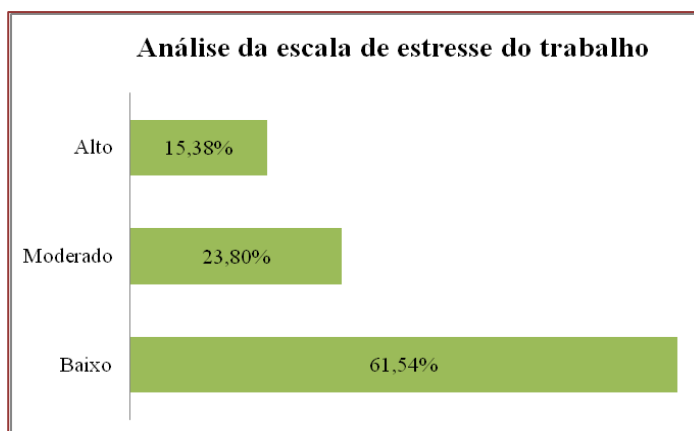
Gráfico 1. Resultado score, segundo a LSS. Manaus (AM), Brasil, 2019



Fonte: Autoria própria (2019)

Foram identificados sintomas como desânimo, ansiedade, esgotamento físico e mental, sobrecarga e insatisfação.

Gráfico 2. Resultado score, segundo a EET. Manaus (AM), Brasil, 2019



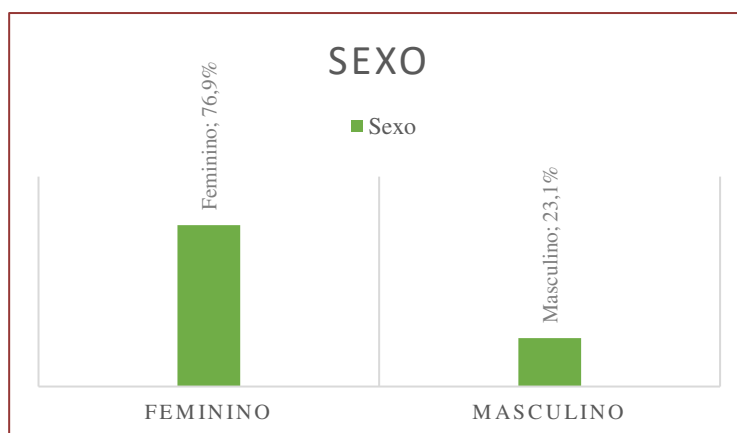
Fonte: Autoria própria (2019)

Nesta escala o resultado mais evidente é o baixo com 61,54%, mais, não deve ser ignorado os outros resultados, pois, 15,3% dos profissionais estão com nível alto de estresse no trabalho, e 23,80% tem a probabilidade mediana de também desenvolverem o estresse se continuarem no mesmo ritmo de trabalho.

Os participantes que estão na porcentagem de baixo estresse não aqueles identificados na pesquisa como solteiros, sem filhos, sem dependentes, sem problemas de saúde e com renda proveniente de um emprego, aparentemente satisfeitos com o ritmo de trabalho.

Sobre a análise sociodemográfica, com a relação ao sexo predominou o feminino com 76,9% corroborando com uma pesquisa, Parra, (2017), em que os resultados foram semelhantes 88,0%. Com o alto índice de mulheres na profissão docente foram realizados diversos estudos ao longo dos anos, contextualizando que a enfermagem e à docência são consideradas atividades femininas por envolver o “cuidar dos outros” sendo assim uma continuação de suas tarefas domésticas (DELCOR, 2004).

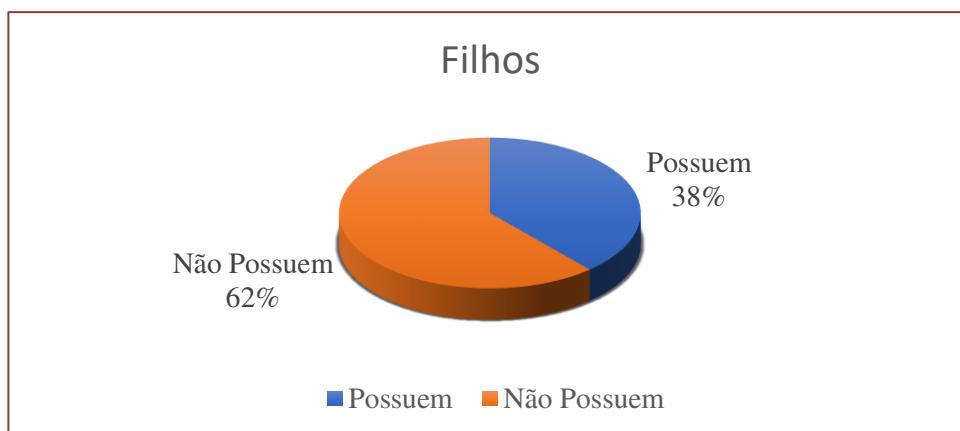
Gráfico 3. Porcentagem de “Sexo” dos participantes. Manaus (AM), Brasil, 2019.



Fonte: Autoria própria (2019)

Ao analisarmos os resultados é possível notar que 61,5 % não possuem filhos. A maioria das mulheres em algum momento da sua vida irão ter filhos, hoje em dia a uma propensão crescente de postergar ou optar por não ter filhos, mulheres que estudam 12 anos ou mais “ a maternidade (..) passou a ser percebida como resultado de um processo de reflexão e decisão da mulher (..) influenciado por fatores relacionados a sua condições sociais” (BARBOSA E ROCHA, 2012).

Gráfico 4. Porcentagem de “Filhos” dos participantes. Manaus (AM), Brasil, 2019.



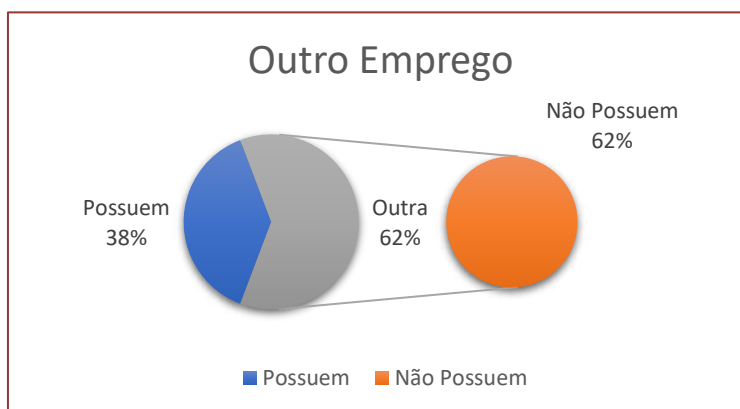
Fonte: Autoria própria (2019)

Outro dado que chama bastante atenção é o item “Outro emprego”, onde mostra que 61,5 % dos participantes têm um ou mais empregos, uns somente na área do ensino, outros além da docência são assistencialistas, trabalhando assim em plantões diurnos ou noturnos, o que implica na sobrecarga de horas, que mal geridas, podem acarretar problemas de saúde. Um dos participantes relata que trabalha 80 horas semanais, privando o mesmo de praticar exercícios, sono satisfatório que são itens mais que essenciais para uma boa qualidade de vida do indivíduo.

A dupla jornada de trabalho é devido a baixos salários que são insuficientes para o sustento seu e de outrem, levando a procura de outros meios de subsistência, além do seu trabalho como profissional de graduação também exerce seu papel de docente em pós-graduação, horas em reuniões, produção científica e apresentação em eventos. Existe uma diferença salarial significativa de um docente de universidade pública e privada, o que influencia na decisão por um segundo emprego (PAFARO E MARTINO, 2004).

O docente quando estende sua carga horaria, levando-o a abster de horários para pausas e descansos ou realização de outra atividade que lhe cause prazer e conforto, e assim causando adoecimento físico e/ou mental.

Gráfico 5. Porcentagem de “Outro emprego”. Manaus (AM), Brasil, 2019



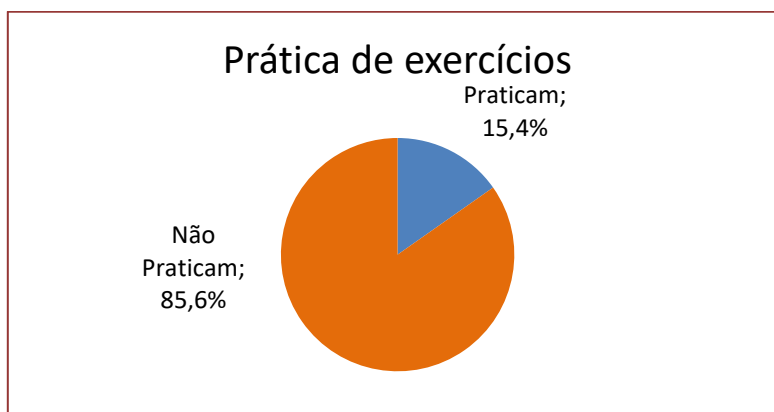
Fonte: Autoria própria (2019)

Ao analisarmos a prática de exercícios físicos, foi observado que somente 15,4% são adeptos ao mesmo. Um estudo Lima, et al, (2015), demonstrou que 81,6% dos enfermeiros e 55,8% dos técnicos de enfermagem não realizavam atividade física. Essa prevalência se dá pela falta de tempo, assim como pelo cansaço após horas de trabalho. No contexto de prevenção de doenças, a atividade física tem papel primordial na prevenção da Síndrome Metabólica (SM), que se caracteriza pela presença de, no mínimo, três dos seguintes fatores de risco: adipose abdominal, hipertrigliceridemia e baixa concentração de lipoproteína de alta densidade (HDL-C), triglicerídeos elevado, pressão sanguínea alta e glicose elevada (DIAS, et al, 2017).

No entanto, destaca-se que 85,5% dos docentes não realizam atividade física, “o que pode ser explicado pela falta de tempo, dupla jornada de trabalho ou por questões socioeconômicas” (CARVALHO E ALEXANDRE, 2006).

A prática de exercício físico regular é uma forma de diminuir a severidade dos sintomas estresse. Dados apontam que a inatividade física, está associada aos altos níveis de sobrepesos em docentes de nível superior, relacionado diretamente hábitos alimentares inadequados e principalmente pelo o alto nível de estresse (DIAS, et al, 2017).

Gráfico 6. Porcentagem de “Prática de exercícios”. Manaus (AM), Brasil, 2019



Fonte: Autoria própria (2019)

Iniciando a análise dos sintomas da lista de sintomas de stress (LSS), observou muitos sintomas que agrupados podem apontar alterações significativas na saúde da população estudada.

Tabela 2. LSS – Comparação entre sintomas

Pergunta	Sintomas	%
15	Desanimo	23,07%
21	Tenho cansaço	38,46%
29	Não tenho vontade de fazer as coisas	15,38%

Fonte: Autoria própria (2019)

Lima, et al, (2015), no exercício profissional da atividade docente, diversos estressores psicossociais encontra-se presentes, quer relacionado à natureza de suas funções, quer vinculados ao contexto institucional e social onde estas são exercidas, alguns sintomas mostram que estes profissionais por estarem cansados, escolhem muitas das vezes de abster de atividades em prol do descanso.

Para Lima, et al, (2015), a docência cada vez mais está se tornando complexa, mas não tem um prestígio social, alunos costumam reclamar das aulas, desestimulando o docente a lecionar de forma satisfatória tanto pra ele quanto para os respectivos alunos. Isso acarreta frustração e desanimo profissional.

Tabela 3. LSS – Comparação entre sintomas de ansiedade

Pergunta	Sintomas	%
07	Como demais	15,38%
09	Tenho pensamentos que provocam ansiedades	30,76%
20	Apresento distúrbios gastrintestinais	30,07%

Fonte: Autoria própria (2019)

Os hábitos alimentares são afetados pela emoção, são vários os fatores que influenciam as frequências das refeições, não são apenas as necessidades fisiológicas que leva a necessidade de comer, é possível assegurar que o comportamento alimentar sofre alterações com estado emocional. A ansiedade é uma das emoções que mais afetam o comportamento alimentar, o estresse ou fatores estressantes levam ao indivíduo a comer mais pois se encontra na presença de ameaças ou em perigo (SOUZA E ALMEIDA, 2016).

Desde 1932 vem sendo estudado o envolvimento de fatores psicológicos com problemas gastrintestinais, os dados mostram que 30,07% dos participantes apresentam esses distúrbios, especialistas consideram que a ansiedade não causa a doença, mas, é um fator agravante. O estresse é um fator importante para o aumento da crise, alterando a qualidade de vida do indivíduo afetado, podendo causar dor, diarreia e/ou constipação (RIBEIRO et al, 2011).

Tabela 4. LSS – Comparação entre sintomas de desgaste físico. Manaus (AM), Brasil, 2019

Pergunta	Sintomas	%
05	No final de um dia de trabalho, sinto-me desgastado (a)	53,84%
13	Quando me levanto de manhã já estou cansado (a)	30,76%
16	Fico esgotado emocionalmente	30,07

Fonte: A autoria própria (2019)

Na tabela 4, após agrupamentos pode se perceber prevalência de sintomas associados ao desgaste físicos e emocional, que podem ser associados ao Burnout, pois situações que favorecem são as condições precárias de trabalho, desvalorização salarial, o que são a realidade do docente. São profissionais marcados pela negatividade comprometendo a qualidade do trabalho, levando ao desgaste físico e mental ao longo dos anos (CARLOTTO E PIZZINATO, 2013).

O desgaste físico e mental do professor não é algo que afeta somente o profissional, afeta seu ambiente familiar e, seu ambiente de trabalho, mas o mais afetado são os alunos, quando chega ao final do semestre a sobrecarga do trabalho vai aumentando o seu nível de esgotamento, para cumprir as demandas da instituição e entregar as notas no prazo (DWORAK E CAMARGO, 2017).

Tabela 5. Itens que mais se destacaram no EET. Manaus (AM), Brasil, 2019.

Item	Situação	%
01	A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	30,76%
10	Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas.	23,07%
16	As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm-me deixado angustiado.	30,76%

Fonte:Autoria própria (2019)

A EET revela que uma parcela dos participantes estão insatisfeitos, foi identificado no item 1 e no item 16 que a origem desta vem da área da enfermagem, talvez por não enxergarem outras perspectivas de trabalho, ou também frustração por não conseguir trabalhar em uma área mais bem remunerada.

Insatisfação vem da falta de autonomia dos profissionais, quer seja pelas normais impostas a ele, que seja pela maneira que enxergam essa situação. A insatisfação surge quando não são concretizadas ou atendidas necessidades e expectativas pessoais em relação ao trabalho, considerando desempenho pessoal e profissional, seguindo um parâmetro considerado exequível nos aspectos econômicos, sociais, físicos e mentais (SARTORETO E KURCGANT, 2017).

O item 10 nos remete a várias horas de trabalho buscando um complemento de renda, mais em decorrência deste trabalho excessivo, causando assim variação de humor, tornando lhe mais hostil. Em comparação a uma pesquisa Oliveira, Pereira e Lima, (2017), onde houve alterações emocionais e mentais; caracterizadas por: perda de vitalidade,

profunda tristeza, desgaste mental, angústia, preocupação, nervosismo (irritabilidade, mau humor), tensão e frustração.

Ainda discutindo o item 16, muitos profissionais se limitam, a uma respectiva pequena da área, tendo em vista que a enfermagem tem ampliado cada vez mais seu campo de atuação, e necessário a busca por aperfeiçoamento e capacitação.

Em consequência das pressões econômicas, a enfermagem deverá encontrar soluções criativas para a redução de custos e maximização da eficiência, adotando a medida necessária de flexibilidade que permita o alcance desses objetivos [...] (PADOVEZE, 2014). Para atingir esse patamar, o enfermeiro do futuro deverá incorporar que ele é o responsável pela sua própria evolução e estruturar esse progresso. Em virtude desta informação, estes não devem se acomodar e ficar estagnado, nesta área faz se necessária atualização constante e a busca pelo diferencial no mercado de trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem vem cada vez mais evoluindo como ciência baseadas em evidências, mais na docência ainda e bastante desvalorizada, com muitas horas de trabalho e baixa remuneração, levando muitos profissionais a frustração e sobrecarga. Muitos deles escolhem a docência por que se identificam, outros escolhem como complemento de renda.

É incontestável que todos os profissionais sofrem em um determinado momento de estresse. A enfermagem vem sendo associada a grandes causas de absenteísmo do profissional, pela sobrecarga do trabalho além da desvalorização profissional, fazendo a união das duas profissões leva ao aumento dos seus níveis de estresse, pois além de lecionar aulas, acaba tendo que ter um segundo emprego. É muitos se envolvem em atividades extraclasse voltadas para área administrativa como orientação de trabalhos de conclusão de curso, produções científicas dentre outros.

Apesar da maioria dos profissionais terem uma vida estabilizada. Os achados dessa pesquisa nos mostram que, muitos deles precisam de formas de escape desse estresse, através de exercícios laborais e alongamentos. Faz-se necessário que este adote um padrão de vida mais saudável a começar pela alimentação.

E preciso trabalhar na prevenção desse estresse para que os docentes não venham ter problemas mais sérios que os impeçam de exercer sua profissão, pois muitos deles formam excelentes profissionais capacitados e humanos, que farão com que a enfermagem cresça cada vez mais.

Essa temática voltada para o docente enfermeiro requer mais pesquisas, para que seja elaborado um protocolo de prevenção do estresse no trabalho ou até uma regulamentação, com limites de jornada e atividades administrativas, horários pré-estabelecidos para descanso, avaliação psicológica pelo menos uma vez a cada ano para verificar a saúde mental deste profissional. Outra sugestão seria a pratica de ginástica laboral no começo do expediente, para promoção do bem-estar.

Que essa pesquisa venha contribuir para a conscientização de todo corpo docente, a comunidade acadêmica e as instituições de ensino, a fim de prevenir mais ausências e doenças ocupacionais e mentais de seus colaboradores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] BONGIOVANI, A.; Entre o prazer e a dor, o (des)encanto da profissão docente: 1. ed. Curitiba: Editora: Appris., 2018.
- [2] BOSQUED, M.; Quemados: El síndrome del Burnout: ¿Qué es y cómo superarlo?. Barcelona: Editora: Ediciones Paidós Ibérica., 2008.
- [3] BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico: 12. ed. Rio de Janeiro: Editora: Guanabara Koogan., 2009.
- [4] CODO, W; SORATTO, L. & VASQUES-MENEZES (2004). Saúde mental e trabalho In: J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos, (Org.), Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. (p. 276-299). Porto Alegre: Artmed.
- [5] CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Magda Lopes. – 3 ed. – Porto Alegre: ARTMED, 2010.
- [6] DALAGASPERINA, Patrícia; MONTEIRO, Janine Kieling. Estresse e docência: um estudo no ensino superior privado. Rev. Subj., Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 36-51, abr. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.1.37-51>.
- [7] FARIAS, Sílvia Maria de Carvalho et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 722-729, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300025&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300025>
- [8] FARNÈ, M.; Estresse: às vezes é positivo, às vezes é negativo, mas pode ser transformado em um aliado: São Paulo: Editora: Paulinas, 2003.
- [9] GOULART JUNIOR, Edward; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. Psicol. estud., Maringá, v. 13, n. 4, p. 847-857, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400023&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000400023>
- [10] HUFFMAN, K.; VERNON, M.; VERNON, J. Psicologia. São Paulo: Editoras: Atlas, 2003.
- [11] KOCH, M. O. BIAZI, R. J. BENEDETTO, C. D. Estresses em docentes: um estudo comparativo entre uma instituição de ensino superior pública e uma instituição de ensino superior privada. Vol.21, n.1, p.17-23 (Jan - Mar2015)
- [12] KLEPACZ, S.; Uma questão de equilíbrio: a relação entre hormônios, neurotransmissores e emoção: 2. ed. Editora: MG, 2011.
- [13] LEWIS, S. L. et al. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: avaliação e assistência dos problemas clínicos: 8. ed. Rio de Janeiro: Editora: Elsevier Editora Ltda., 2013.
- [14] LAUTERT L. O Processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras. In: Haag GS, Lopes MJM, Schuck JS. A enfermagem e a saúde dos trabalhadores. Goiânia: AB; 2001. p. 114-40.
- [15] LIPP, M. N.; Stress do Professor. 5. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2002.
- [16] LOPES, G. S. Auriculoterapia no combate ao estresse em professores Universitário: estudo piloto, 2016. 77f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Amazonas.
- [17] MARQUES-DEAK, Andrea; STERNBERG, Esther. Psiconeuroimunologia: a relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 26, n. 3, p. 143-144, Sept. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000300002>.
- [18] MORRIS, C. G., Introdução à psicologia. São Paulo: Pretence Hall, 2004

- [19] MIRANDA, L. C. S. PEREIRA, C. A. PASSOS, P. J. O estresse nos docentes de enfermagem de uma universidade pública. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2009;1(2):335-344. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750816017>
- [20] PAIVA, C. M. SARAIVA, L. A. S. Estresse ocupacional de docentes do ensino superior. *R. Adm., São Paulo*, v40, n.2, p. 145-158, abr./maio./jun. 2005.
- [21] PEREIRA, A. M. T. B.; *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador: 1. ed.* São Paulo: Editora: Casa do Psicólogo, 2002.
- [22] Sá SCA, Silva RM, Kimura CA, Pinheiro GQ, Guido LA, Moraes-Filho IM. Estresse em docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada do entorno do Distrito federal. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2018; 7(3): 200-7.
- [23] SANTOS, Abel Matos; CASTRO, João Jácome De. *Stress. Aná. Psicológica*, Lisboa, v. 16, n. 4, p. 675-690, dez. 1998. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000400012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 out. 2018.
- [24] SOUZA, Indiará Rodrigues de; SANTOS, Maria Evany Rodrigues dos; ALMEIDA, Ilda Neta Silva de. MAL-ESTAR DOCENTE: A SAÚDE DO PROFESSOR E SEUS DESAFIOS NOS DIAS ATUAIS. **Humanidades & Inovação**, [S.l.], v. 3, n. 2, sep. 2016. ISSN 2358-8322. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/180>>. Acesso em: 09 dec. 2018.
- [25] SERRA, A. V. A vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*. 21.(4). Pp. 261-278. 2000
- [26] SPENCER, P. E., *Psicologia nas organizações*. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- [27] STOEBER., & RENNERT,D. (2008). Perfectionism in school teachers: Relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21, 37-53.
- [28] STOBÄUS, C., MOSQUERA, J., & SANTOS, B. (2007). Grupo de pesquisa mal-estar e bem-estar na docência. *Revista Educação*, 30 (n. especial), 259-272.
- [29] STOBÄUS, Claus Dieter; MOSQUERA, Juan José M.; SANTOS, Bettina Steren dos. Grupo de Pesquisa Mal-Estar e Bem-Estar na Docência. *Educação*, Porto Alegre, ano XXX, n. especial, p. 259-272, out. 2007.
- [30] VASCONCELLOS, E.G. *Stress Coping und Soziale KompetensbeiKardiovaskularenErkrankungen*. 1984, 96p. Tese de Doutorado. Ludwig Maximilians Universität, München/USA, 1984.
- [31] ZANELLI, J. C.; *Estresse nas organizações de trabalho*: Porto Alegre: Editora: Artmed, 2010.

Capítulo 10

Dificuldades encontradas na educação, prevenção e promoção da saúde integral ao homem.

Deborah Elaine Soares Martins de Lima

Victória Eduarda Mesquita de Carvalho

Yasmin Palmeira dos Santos

Erika Oliveira da Silva

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: Atenção integral à saúde do homem visa a busca ativa pela prevenção e promoção, fundamentada na qualidade de vida. A educação em saúde trabalha com estratégias adaptativas a todo público que vai ser abordado, as demandas são claras e objetivas, porém cada campo deve ser identificado e traçado estratégias que melhor indicará resultados. O objetivo deste estudo é identificar as dificuldades encontradas na implantação da educação em saúde integral ao homem, através de uma revisão de literatura. Revisão Integrativa da Literatura de artigos publicados no período de abril de 2014 a maio de 2021, abordando sobre: Dificuldades Encontradas na Educação, Prevenção e Promoção Integral ao Homem. O resultado dos estudos selecionados para composição da discussão deste artigo foi estabelecido através da criação de categorias temáticas, conforme os principais temas abordados nos estudos. Contudo, o desafio é elaborar propostas que possibilitem o rastreo, diminuição das desistências e principalmente participação em campanhas com enfoque na promoção e prevenção de agravos, pois se entende que quando a sua saúde encontra-se debilitada, repercutirá na continuidade de seu papel enquanto fornecedor no âmbito familiar.

Palavras-Chaves: Educação em Saúde, Dificuldades, Prevenção, Promoção, Homem.

1. INTRODUÇÃO

Atenção integral à saúde do homem visa a busca ativa pela prevenção e promoção da saúde, fundamentada na qualidade de vida. A assistência entrelaçada com a educação em saúde, dessa forma, é possível identificar as problemáticas futuras afim de otimizar a assistência de enfermagem. A assistência a saúde do homem é veiculada a maior vulnerabilidade e susceptibilidade se comparada a saúde da mulher. Este fato é relacionado as necessidades específicas, mas também a cultura, situação essa enraizada à história da humanidade, principalmente em supremacias ligadas aos homens, pois tendem a ter à saúde como algo relacionado ao sexo feminino (JANINE et al., 2015).

A educação em saúde visa incentivar mudanças comportamentais, conscientizar aos homens e atribuir comprometimento com a vida. A prevenção de agravos à saúde através da promoção garante cuidados específicos que podem ser identificados na política nacional de atenção integral à saúde do homem, ampliando os cuidados norteados aos princípios do SUS que gera diferenciações nos serviços prestados (MARCON et al., 2017).

A procura tardia da assistência dificulta o diagnóstico precoce e conseqüentemente os impactos causados são de grande proporção. Os meios são vastos para promover a saúde do homem como, por exemplo, a panfletagem, *banners*, palestras e campanhas educativas. Os assuntos são diversos, de fácil compreensão, devendo ser proferido ao público conforme suas necessidades garantindo entendimento no que diz respeito ao contexto (SOLANO et al., 2017).

A transmissão da educação em saúde, nesse contexto interliga o homem ao buscar a prevenção, característica distinta que colocadas em prática atinge em seu exemplar mais alto o público que está ou não em construção intelectual, pois depende de sua instalação e sucesso. A revisão de todos os processos e diretrizes devem ser consideradas para que a transmissão sobre a saúde do homem seja objetiva (BARROS et al., 2018).

Em regiões mais pobres do Brasil, abordar sobre a saúde do homem é quase que um tema imprescindível, provoca mudanças e desencadeia transformações sociais (GARCIA LH et al., 2019). As alternativas educacionais devem ser diversificadas, pois podem modificar um contexto histórico, direcionado precocemente na sociedade. A atuação das escolas através de campanhas de saúde e aplicação de novas teorias é uma ferramenta importante para promover mudanças na sociedade (MOREIRA., 2016).

O aprofundamento dessa temática é necessário para identificar as dificuldades encontradas na implantação da educação e saúde integral ao homem, o qual foi o objetivo deste estudo na elaboração, através de uma revisão de literatura.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde trabalha com estratégias adaptativas ao público, as demandas devem ser claras e objetivas, porém cada problemática deve ser identificada e traçado estratégias que possibilitarão os melhores resultados para sua implantação (JANINE et al, 2015). Essas estratégias devem ser realizadas através de recursos didáticos, afim de ser compreendido pelo público alvo e garantindo o princípio da integralidade. O entendimento a cerca do tema deve ser em conjunto, principalmente no que tange os recursos didáticos abordados, que podem ser incompreensíveis ao grupo da terceira idade em sua maioria (RIBEIRO OMP, 2016).

As instruções sobre o acesso aos serviços de saúde, contribui na formação do indivíduo de um determinado grupo com o objetivo de garantir melhorias na assistência prestada ao homem. A educação em saúde deve estar voltada as necessidades da comunidade, pois diversas patologias podem ser prevenidas com campanhas educativas. O educador em saúde é um extensor do conhecimento do que realmente deve ser passado e para qual grupo atingir, seja dentro ou fora do hospital (SOUZA e et al., 2020).

Vê-se que a abordagem sobre educação em saúde deve ser entendida como um conteúdo essencial, principalmente para o sexo masculino, uma vez que a busca por meios educativos ou assistencial e menor . Há projetos no Brasil que garantem a presença do educador centrado especificamente conforme o conteúdo incorporado na sociedade, como, por exemplo, o novembro azul direcionado a saúde do homem. O trabalho deve ser colaborativo e participativo com enfoque integral (PAULOS, 2016).

Retrata a importância do uso correto das redes sociais para disseminação de conteúdos explicativos sobre os cuidados básicos com a saúde do homem no Brasil. Sendo a internet uma ferramenta global é imprescindível o uso correto, pois pode direcionar sobre qual assistência buscar e onde procurar, a diversidade de informação expõe características necessárias, que seguidas corretamente modificam os determinantes (PATRICIA, 2015).

A educação em saúde enfatiza a priorização da educação continuada intervindo sobre a prevenção e à promoção, abordada objetivamente pela saúde integral ao homem, onde todos os aspectos desde o uso dos recursos didáticos até a prática assistencial seja oferecida em todos os níveis. Atender a demanda requer a busca de recursos exploratórios principalmente ao que tange a saúde pública masculina (RIBEIRO JL, 2015).

O homem deve ser assistenciado em todos os níveis de saúde, devendo estar presente em todas as atividades educativas realizadas. As unidades básicas de saúde (UBS) são capacitadas para receber todos os sexos em seus ambientes assistenciais, havendo dinâmica e interações explicativas sobre toda e qualquer demanda a ser realizada, a procura correta aumenta as intervenções aos homens nas unidades de saúde e conseqüentemente a diminuição aos riscos (LIMA et al., 2019).

2.2. PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

A prevenção de doenças trata-se de uma temática que aborda diferentes aspectos e conjecturas, pois lida com um sistema específico de difícil implantação e aceitabilidade, principalmente em comunidades que se implantou uma baixa procura no que diz respeito às demandas de saúde masculina, onde cada indivíduo deve ser entendido, assim englobar estratégias exclusivas (ALVES et al., 2016).

A prevenção é a promoção à saúde do homem está diretamente ligada à educação em saúde, pois abordar requer demandas que partem do princípio da prevenção, através de campanhas que promovam a saúde direcionada aos homens que em diversas situações não estão inseridos pelo sistema com alta frequência (BARBOSA, 2014).

A promoção integral tem como finalidade ampliar ou facilitar o acesso do homem aos serviços de saúde, sobre as políticas públicas, principalmente pela condição inerente da assistência. Os fatores de risco aumentam os agravos como, por exemplo, obesidade, problemas cardíacos, pressão arterial, câncer entre outros (SILVA et al., 2020).

A prevenção à saúde do homem no século XXI tem sido abordada em grande escala,

os exames evoluíram sendo menos invasivos assim como a procura por assistência em todas as classes sociais. Os municípios pequenos, devem adequar abordagens gerenciadas que aumentam a procura e a expectativa de vida, pois a integração adaptativa se expandiu gerando o alto benefício do público atingido e a diminuição dos riscos à saúde (LINI EV et al., 2016).

A política nacional de atenção integral da saúde do homem (PNAISH) busca implantar ações de saúde em diferentes níveis de desenvolvimento e organizações, que contribuem para os aspectos socioculturais e econômicos, objetivando o acolhimento, abordagens sobre o fortalecimento do conhecimento, prevenção, promoção e principalmente a facilidade no acesso os serviços necessários para o enfrentamento de doenças e agravos à saúde do homem (OLIVEIRA et al., 2019).

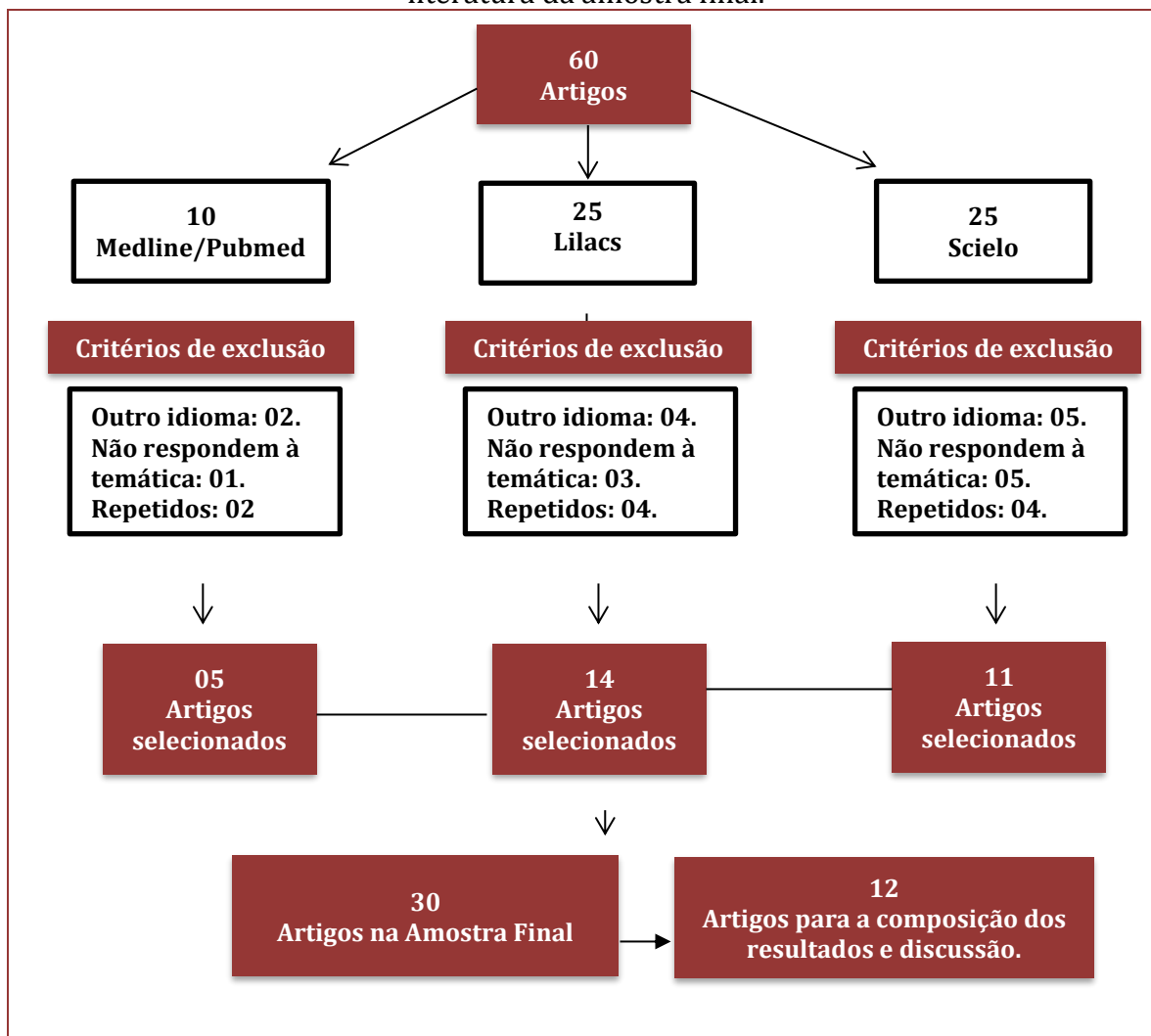
3. MATERIAL E MÉTODOS

Revisão Integrativa da Literatura de artigos publicados no período de abril de 2014 a maio de 2021, abordando sobre o tema educação em saúde: dificuldades encontradas na educação, prevenção e promoção a saúde integral ao homem. A revisão integrativa da literatura é uma pesquisa bibliográfica que aborda o conhecimento, identifica hipóteses categoriza o estudo, interpreta os achados e sintetiza a assistência à saúde por sua aplicabilidade, na prática do estudo (SCHOFFEN LL,2018).

Buscou-se realizar coleta de dados nas seguintes bases de informações: Medline/Pubmed: 08 artigos, LILACS: 11 artigos e Scielo: 11 artigos , tendo como os seguintes descritores em português e inglês: educação em saúde, dificuldades, prevenção, promoção, homem (*health education, difficulties prevention, promotion, men*). Foram obtidos 60 artigos, sendo utilizados 30 artigos para a composição final da amostra, destacando 12 artigos aos resultados e discussão.

A pergunta norteadora do estudo foi: Quais são as dificuldades encontradas na educação em saúde ao homem, abordadas como prevenção e promoção?

Figura1: Fluxograma utilizado para identificação dos dados para a revisão de literatura da amostra final.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado dos artigos (12 artigos) selecionados para composição da discussão deste artigo (Tabela 2, Apêndice) foi estruturado através da criação de categorias temáticas, conforme os principais temas abordados nos estudos como mostra a Tabela 1.

Tabela1: Categorização temática dos artigos científicos selecionados para a revisão de literatura dos resultados e discussão.

Categoria Temática	Artigos	Porcentagens
Promoção da saúde e prevenção de agravos ao homem.	06 artigos	50%
Diminuição da vulnerabilidade.	03 artigos	25%
Rastreamento de homens em idade de risco.	03 artigos	25%
Total de estudos		100%

Teixeira et al., (2016), evidenciou que as maiores taxas de ações de prevenção a saúde do homem estão pautadas sobre o estilo de vida saudável. Nessa perspectiva, a diminuição da vulnerabilidade social dependerá da sensibilização dos serviços de saúde para questões culturais, sociais e de gêneros, que serão refletidas na iniquidade de acesso e utilização dos serviços de saúde, cuja qualidade da assistência prestada ao usuário do sistema público proporcionará longevidade.

Vê-se que compartilhar informações entre diferentes regiões, possibilita a detecção de recursos que aumentam a possibilidade de sucesso na implantação da assistência em diferentes níveis sociais. A saúde do homem requer a representatividade de profissionais de linha de frente, que apliquem conhecimento e, principalmente, disponibilidade em desmistificar o que se implantou ao longo da história, que somente a mulher necessita de cuidados em saúde (BATISTA et., 2017),

Filho et al., (2021), verificou que a cultura patriarcal, sendo o homem o principal mantenedor do sustento familiar, resulta na redução da adesão à assistência à saúde, diante da jornada de trabalho ser incompatível com o horário de funcionamento das unidades de saúde. Fica evidente a realização de uma estratégia que solucione a indisponibilidade de horário entre a jornada de trabalho e a busca pelos serviços de saúde, pois se entende que quando a sua saúde encontra-se debilitada, repercutirá na continuidade de seu papel enquanto provedor familiar.

Dificuldade ao acesso à saúde por causa das condições de trabalho também foi apontada por Miranda et al., (2020), os quais caracterizam essa condição como fator que corrobora com a redução da adesão dos homens à educação em saúde para os cuidados pessoais e íntimos. É compreensível que prover recursos financeiros e o sustento da família requer tempo, no entanto nesse contexto, a saúde pode estar sendo banalizada e estigmatizada como uma questão secundária às necessidades humanas. Dessa maneira promover estratégias que contribuam para a realidade masculina é um dos objetivos das políticas públicas de saúde (CRISTO et al, 2019).

O intuito de facilitar o acesso à assistência é o principal seguimento a educação em saúde. Pereira et al., (2019), afirma que prover o acesso do homem ao serviço de saúde, diminui os riscos ou agravos, pois requer a participação populacional, incluindo à família, cujo fica evidenciado que alguns homens têm receio em ser diagnosticado por patologias que necessitam de tratamentos complexos ou que não terá eficácia.

Dentre as dificuldades apresentadas o maior desafio das equipes voltadas à saúde da família é inverter o padrão e encontrar formas de estimular a população masculina para ações de prevenção e cuidados à saúde. É importante estimular a procura dos serviços de saúde, considerando que para tal captação, vale ofertar recursos gráficos e palestras, destacando as principais doenças que causam óbitos em homens, como, por exemplo, **doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo** (SILVA et., 2016),

Saffioti (2015) avaliou que um dos principais empecilhos para a maioria dos homens é o temor em realizar exames preventivos, principalmente o de toque retal. Devido à vulnerabilidade imposta pelo exame, foi sugerida a implantação de unidades especializadas na saúde do homem, um segmento que proporcionaria resultados vantajosos, pois a participação do público alvo seria maior. Conseqüentemente, o engajamento seria apoiado por uma parcela da população masculina que se encontra ou que já se encontrou diante da problemática e dos tabus envolvidos no exame de toque retal.

Esses engajamentos também foram apresentadas pelo estudo de Cavalcanti et al.,(2014), onde foi descrito sobre a importância de buscar assistência em unidades que dispõe de campanhas que contextualizem à educação em saúde, voltadas ao sexo masculino, fornecendo subsídios para garantir análise real de suas necessidades, pois propicia vínculo entre o profissional e o paciente. Devendo garantir o retorno ao médico e reforçando as propostas apresentadas, principalmente sobre aqueles que se opõem a realização do toque retal.

As barreiras encontradas na identificação são problemáticas que necessitam de visibilidade e resolutividade, pois o número de trabalhadores qualificados é insuficiente, sendo tangível enfatizar a superlotação do ambiente e dificuldades em agilizar o serviço para atender ao homem que se encontra disposto a deixar ausente suas atividades externas, motivo esse que se enquadra nas barreiras apresentadas (Trilico et al.,2015).

Para Cristo et al., (2019), a não-adesão a saúde por parte dos homens, assinala as dificuldades encontradas para o acesso ao sistema, principalmente sobre a resolutividade em uma única consulta, compreende a doença como sinal de fragilidade, que podem ser assimiladas com campanhas de conscientização voltadas ao novembro azul mês que destaca a importância em abordar sobre o câncer de próstata, tipo mais comum entre os homens, principalmente em idade de risco.

A diversificação do conteúdo abordado exercita na elevação da consciência de jovens, adultos e idosos, criando um campo de adoção de conceitos e transformação da sociedade, onde reconhecer é um princípio básico para sua implementação, utilizando os recursos linguísticos e didáticos (SOARES et al., 2020).

A assistência ao homem não está ligada somente ao exame de próstata, tem conjecturas diferentes que estão relacionadas com sua condição biológica, em geral. Os padrões culturais em diversas situações devem ser invalidados, havendo junção entre o cultural e as abordagens modernas. Na adolescência o uso da linguagem moderna é essencial principalmente em medidas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis (NASCIMENTO IM, 2018).

5. CONCLUSÃO

Realizar atividades voltadas ao sexo masculino sempre foi um evento desafiador, pois abordar sobre saúde e doença gera controvérsias psicoemocionais e sociais. Ao longo da história, estas controvérsias em relação à saúde masculina vêm passando por modificações mesmo que lentificadas. Verificou-se nesse estudo, a importância da criação de estratégias mais efetivas e de unidades de saúde direcionadas às necessidades do público do homem.

Contudo, o desafio é elaborar propostas que possibilitem o rastreamento, diminuição das desistências e principalmente aumentem a participação em campanhas com enfoque na promoção e prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

- [1] JANINI et al . Educação em Saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida. Revista Saúde e Debate. 2015.
- [2] MARCON, SONIA SILVA. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. Ciênc. Saúde coletiva. 2017.

- [3] SOLANO, LORRAINY DA CRUZ et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. Revista online de pesquisa, Rio de Janeiro. 2017.
- [4] BARROS C. T. Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho: relação entre maculidade e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. Revista Saúde Soc. 2018.
- [5] GARCIA L.H et al. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa da literatura. Revista Psicologia e saúde. 2019.
- [6] MOREIRA, MICHELLE ARAÚJO; CARVALHO, CAMILA NUNES. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. Sal. & Transf. Soc. 2016.
- [7] RIBEIRO O.M.P. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem Referência. 2016.
- [8] SOUZA RS Atenção à saúde do homem: construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2020.
- [9] PAULOS. Educação em saúde integral a saúde do homem nas unidades de saúde do Brasil. 2016.
- [10] PATRÍCIA DE CARVALHO. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem, R. Enferm. Cent. O. Min. 2015.
- [11] RIBEIRO JL. Educação para a Saúde. Revista Psicologia saúde e doença. 2015.
- [12] LIMA et al. Grupo de convivência para idosos: o papel do profissional de educação física e as motivações para adesão a prática de atividades. Revista RBCE. 2019.
- [13] ALVES, Fábila Pottes. Saúde do homem: ações integradas na atenção básica. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2016.
- [14] BARBOSA, Camila Jussara Lima. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. 2014.
- [15] SILVA, Jhonatan Mariano da. Et al. Concepções sobre a saúde do homem segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2020.
- [16] LINI EV, LIMA AP, GIACOMAZZI RB, DORING M, PORTELLA MR. Prevalência e fatores associados aos sintomas sugestivos de demência em idosos. Cien. Cogn 2016. 27.
- [17] OLIVEIRA C.K et al. Olhando a saúde do homem. Revisa interdisciplinar em saúde. 2019.
- [18] SCHOFFEN LL, SANTOS WL. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. Rev. Cient. Sena Aires 2018.
- [19] TEIXEIRA DB. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. Rev Cubana Enferm . 2016.
- [20] BATISTA KSA, LIMA AF. Por uma implicação política e conceitual nos estudos sobre homens, masculinidades e violência de gênero. Semina Cienc Soc Hum. 2017.
- [21] FILHO I.C. Saúde do homem na atenção básica : fatores que levam os homens a não procurar a assistência de saúde. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. 2021.
- [22] MIRANDA SVC, DURAES PS, VASCONCELLOS LCF. A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde. Cien Saude Colet. 2020.
- [23] PEREIRA, Jamile; KLEIN, Karin; MEYER, Dagmar Estermann. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. E-revista Saúde Soc. 2019.
- [24] SILVA, VANESSA COSTA E; BARBOSA, PEDRO RIBEIRO; HORTELA, Virgínia Alonso. Parcerias na saúde: as organizações sociais como limites e possibilidades na gerência da estratégia saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2016.
- [25] SAFFIOTI, H. I. B. Gênero patriarcado violência. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo, 2015.
- [26] CAVALCANTE JLD. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias

de enfrentamento. Esc Anna Nery 2014.

[27] TRILICO MLC, OLIVEIRA GR, KIJIMURA MY, PIROLO SM. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. Trab educ saúde. 2015.

[28] CRISTO, D. A; CRISTO, S. C. A. Saúde do homem: um estudo realizado na unidade de saúde da pedreira em Belém, Pará. 2019.

[29] SOARES A.A.R.S. Saúde do homem na atenção básica: discursos de enfermeiro da atenção básica no município de spuza-PB. T. Saúde. 2020.

[30] NASCIMENTO, IM; MOREIRA, LA; RIBEIRO, WA; CORDEIRO. A Saúde do Homem: Um estudo reflexivo na ótica das ações de promoção à saúde. Revista Pró- UniverSUS. 2018.

APÊNDICE

Tabela 2 - Análise dos resultados dos artigos utilizados nesta revisão de literatura, organizados em ordem decrescente.

Autores	Ano	Revista	Tipo de Pesquisa
Filho et al.,	2021	Ciências Biológicas e de Saúde Unit	Pesquisa qualitativa
Miranda SVC, et al.,	2020	Ciênc. saúde coletiva	Observação de campo
Nascimento, IM;	2020	Revista Pró- UniverSUS	Pesquisa quantitativa
Cristo, D. A; Cristo, S. C. A.	2019	APS em Rev.	Qualitativo, de natureza fenomenológica.
Pereira et al.,	2019	Saúde Soc.	Pesquisa documental
Soares A.A.R.S.	2018	Ciênc. saúde coletiva	Pesquisa descritiva
Batista et al.,	2017	Semina: Ciências Sociais e Humanas	Pesquisa quantitativa
Teixeira et al.,	2016	Rev Cubana Enferm	Pesquisa descritiva
Silva et al.,	2016	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo de caso
Saffioti et al.,	2015	Abramo	Pequisa qualitativa
Trilico et al.,	2015	Trab. Educ. Saúde,	Pesquisa quantitativa
Cavalcante et al.,	2014	Rev. Esc. Anna Nery	Pesquisa qualitativa

Capítulo 11

Terapias não farmacológicas no cuidado ao paciente oncológico terminal

Nataly Leticia Gonzaga Lima

Nicole de Souza Dias

Roseane Leão Carneiro

Marcílio da Costa Carvalho

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: As neoplasias malignas são um grande desafio à saúde pública, uma vez que são consideradas as doenças que mais matam no mundo. No geral, o câncer causa muita dor, as quais são gradativas e incapacitantes, que muitas das vezes os tratamentos medicamentosos utilizados não surtem mais efeitos. Nesse contexto, diferentes terapias não farmacológicas podem ser utilizadas para complementar com a amenização da sintomatologia do câncer. O objetivo deste estudo é colher informações relacionadas à eficácia do cuidado paliativo bem como, identificar em que momento do pós-diagnóstico o cuidado paliativo é empregado. Método: Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Foram pesquisados artigos científicos disponíveis na base da Scielo (Brasil Scientific Eletronic Library Online), PUBMED (National Library of Medicine), e Lilacs (Literatura Latino Americana) no período de 2016-2021. O cuidado paliativo para pacientes oncológicos em terminalidades promove qualidade de vida em diversos aspectos e diminuição de sintomas causados por terapias farmacológicas utilizadas durante o tratamento.

Palavras-chave: Neoplasias; Tratamento paliativo; Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O câncer foi citado pela primeira vez pelo pai da Medicina, Hipócrates. Portanto, o câncer não é uma patologia da atualidade. Se trata de um crescimento anormal de células, ou seja, uma hiperplasia, que podem ser benignas ou malignas, e que levam o surgimento de diversas outras doenças (INCA, 2020). Independentemente da idade ou sexo, que são fatores predisponentes nesta patologia, o câncer é uma doença progressiva onde o material genético sofre alterações que desestabilizam o sistema imune do corpo (SANTOS et al, 2020).

Estima-se que a partir do triênio 2020-2022 ocorrerá a aparição de 625 mil casos novos de câncer no Brasil. Mesmo estando ciente dos dados estimados, não há nenhuma ação de controle que visa a prevenção, sendo assim presume-se que em 2025 aparecerão 20 milhões de novos casos desta patologia (PAIVA et al, 2019).

Com o aumento na incidência de novos casos no Brasil, o cuidado paliativo é um instrumento usado para ofertar alívio tanto ao paciente quanto para seus familiares (SILVA et al, 2017). Esse cuidado se torna uma forma de melhorar a qualidade de vida, auxiliando na diminuição das manifestações patológicas do câncer, juntamente com a redução de impactos psicológicos, nas relações interpessoais e contribuindo no enfrentamento da morte. (SILVEIRA et al., 2019)

Além do cuidado paliativo farmacológico, existem terapias não farmacológicas, ou alternativas, que visam o paciente como um todo, incluindo a melhora dos sintomas que os fármacos acarretam para o âmbito fisiológico do mesmo e o auxiliando no combate à doença. (COSTA et al., 2021)

A enfermagem dentro desse quadro, tem um papel primordial quando se trata de cuidados. Nota-se que a qualidade da assistência prestada a esses pacientes oncológicos é imprescindível para se obter bons resultados. Sendo assim, é necessário que a equipe esteja preparada de forma técnica e científica, tendo domínio e atualizações sobre cuidados paliativos (PICOLLO E FACHINI, 2018).

Muito se discute a importância do manejo e controle de sintomas relacionados ao paciente oncológico em fase terminal, tendo como principal alternativa a terapia farmacológica, porém, nunca se é informado que esses fármacos tendem a causar aumento dos sintomas ou piora do quadro clínico, nesse caso, devem ser retirados da prescrição medicamentos desvantajosos para o tratamento do paciente, caso haja comprovação científica e médica da ineficácia desses fármacos (MAIA; TAVARES, 2019).

Deste modo, outras alternativas poderão ser utilizadas para substituir, complementar, ou amenizar as sintomatologias do câncer, uma delas é a terapia não farmacológica que tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida, desde emocional à física, contribuindo muitas vezes para alívio da dor e diminuição de quadros de depressão e ansiedade (XAVIER et al., 2019).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo é discutir sobre a aplicação de terapias alternativas no cuidado paliativo (CP) em oncologia, descrevendo os benefícios dessas terapias integrativa na fase terminal do paciente oncológico e a atuação do enfermeiro no desenvolvimento da terapêutica não farmacológica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

As neoplasias malignas representam um desafio a saúde pública, estando no ranking das doenças de maiores causas de mortalidade. Ressalta - se o câncer de pulmão como principal motivador das mortes por câncer em todo o mundo independentemente das condições econômicas dos países, é imputado a este 1,6 milhões de mortes anualmente segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (MENDONÇA et.al, 2020).

Uma das fases mais difíceis que o paciente oncológico enfrenta é a dor. Nesse contexto entende-se que esta é gradativa e incapacitante, e que em algum momento todo paciente oncológico irá enfrentar algum episódio de dor durante o tratamento e a progressão da doença. Neste cenário notou-se que é primordial a avaliação do score de dor, realizada pelo enfermeiro, assim como a promoção do seu alívio (LEITE; OLIVEIRA; PENHA, 2020).

A dor é sentida de maneira particular e individualizada na sua intensidade e dependendo do estado sentimental e psicológico em que o paciente se encontra. Portanto, a família funciona como base primordial no processo saúde-doença neste momento em que o paciente enfrenta. A eficácia do tratamento pode ser favorecida com o acolhimento no seio familiar com o apoio, compreensão, amor e responsabilidade (GUTIERREZ; CAMBRAIA; FRATEZI, 2016).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona à população um atendimento assistencial generalizado, incluindo a terapia medicamentosa. Porém, a inclusão integral destas assistências gerais, juntamente com os medicamentos e a tecnologia, não necessariamente aplica-se à integralidade desse atendimento disponível no sistema, por conta de questões econômicas, burocráticas e administrativas do Estado (LOPES; BARBERATO-FILHO, 2016).

2.2. O PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

A origem de um câncer sensibiliza o paciente em todos os âmbitos de sua vida, esta descoberta atribui-se a uma sentença de morte, exteriorizando emoções de desengano e insuficiência em relação a sua condição atual, pois essa enfermidade emite a ideia de morte abrupta e angustiante abalando proporções físicas, psicológicas, social e espiritual. Nota - se como comportamentos mais frequentes o temor, angústia e tristeza (OLIVEIRA; SOUZA, 2017).

O choque nas concepções de vida e a revolta emocional experienciado pelos pacientes no recebimento do diagnóstico e prognóstico causam uma cascata de sentimentos indescritíveis, que abrangem diretamente também a família. Outro paradigma que é temido pelo paciente/família é a negação e a aceitação da certeza de morte. (ARAÚJO; CANTELE; MINGOTTI, 2017). Portanto, durante esse processo a família necessita estar disposta a exercer seu papel apoiador, nobre e se doar durante essa jornada (RIBEIRO et al, 2019).

A família em meio ao processo de aceitação do diagnóstico precisa se adaptar e administrar as adversidades impostas pela descoberta do prognóstico, necessitarão adquirir conhecimentos e capacidades que facilitarão no cotidiano de ambos, como

conhecimento sobre sintomatologias, limitações, e melhora da qualidade de vida deste paciente (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA-CARDOSO, 2019).

Um grande problema enfrentado por pacientes e familiares é o impacto financeiro associado a demandas que aparecem desde as primeiras manifestações dos de sinais e sintomas da patologia. Uma destas demandas são os exames investigativos que não são custeados pelo SUS e planos particulares, além de medicamentos, locomoção, alimentação, internações, o desemprego, abdicação de lazeres familiares e outros afins (NOGUEIRA et al., 2021).

Sendo assim, um grande desafio para os profissionais é promover uma assistência de qualidade e digna para que o atendimento vise o paciente de forma integral e individualizada, tendo em vista que o cuidado deve ser destinado não somente ao paciente, mas também para a família pois todos encontram-se fragilizados no enfrentamento patológico, assim como no desafio do tratamento (RIGUE E MONTEIRO, 2020).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Foram pesquisados artigos científicos disponíveis na base da Scielo (Brasil Scientific Eletronic Library Online), PUBMED (National Library of Medicine), e Lilacs (Literatura Latino Americana) no período de 2015-2021.

Para realização da busca nas bases foram utilizadas as palavras-chaves “cuidados paliativos; câncer, paliativo, enfermagem, tratamento e qualidade de vida”. Inicialmente avaliou-se os artigos mediante a leitura dos resumos, com o intuito de selecionar aqueles que respondiam aos objetivos propostos. Posteriormente passou-se a realização da leitura na íntegra de cada artigo, visando ordenar e sistematizar as informações necessárias para a apresentação dos achados e a inserção das descrições no presente estudo.

O método de inclusão foram artigos científicos que continham informações relevantes a respeito do cuidado paliativo ao paciente terminal, terapias não farmacológicas, atuação do enfermeiro frente às terapias complementares, e dados históricos e epidemiológicos do câncer. Entretanto, como método de exclusão foram descartados artigos não relacionados ao câncer terminal, e artigos que não continham informações íntegras que não respondesse à questão norteadora da revisão integrativa.

Desta forma, pós aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 36 artigos, onde houve destaque para os anos de 2020 e 2021 os quais apresentaram o maior número de estudos, sendo 20 e 7 artigos, respectivamente, demonstrando um crescimento gradual da produção científica brasileira sobre o tema em questão.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escassez de enfermeiros especialistas e aptos implica diretamente no comprometimento durante a assistência ao paciente em CP. A dificuldade da terapia oncológica exige capacitação técnico-científica quanto e biopsicossocial. O saber agregado ao afeto, diálogo, clareza e à humanização trazem um conjunto elementar para uma assistência efetiva (CRUZ e RISSATO, 2015).

A criação do vínculo entre paciente e enfermeiro auxiliará na passagem deste indivíduo a lidar com seus medos e anseios. Isto facilita o planejamento de ações para promover conforto biopsicossocial e espiritual, aplicando estes cuidados de forma mais humanizada possível (MATOS et al., 2016).

É de grande relevância que os profissionais estejam qualificados e preparados emocionalmente para atuarem frente aos cuidados paliativos. O embasamento científico é a ferramenta para que a assistência seja eficaz e integral ao paciente em CP. A postura humanizada e equilibrada com foco em conhecimento científico trará um refúgio seguro ofertando condições de paz nos processos finais da doença (GOMES, 2019).

No decorrer do enfrentamento ao câncer um dos cuidados paliativos encontrados foi a Ozonioterapia, que consiste no uso do gás ozônio O₃, sendo indicado para diversos tratamentos inclusive ferida oncológica, melhorando o transporte de oxigênio e estimulando a produção de proteínas, lipídios e ácidos nucleicos juntamente com a formação de vasos sanguíneos, ação antioxidante e trazendo benefícios para o manejo da dor (GASPARY et al, 2021)

Sobre a atuação do enfermeiro e sua relação com ozonioterapia como terapia complementar:

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) aprovou, em fevereiro de 2020, parecer normativo 01/2020, reconhecendo a possibilidade de prescrição de Ozonioterapia por enfermeiro devidamente capacitado, como terapia complementar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Cofen, 2021).

No decorrer do enfrentamento ao câncer outro cuidado paliativo encontrado foi a musicoterapia, onde os pacientes que utilizam deste recurso terapêutico demonstram um avanço em diversas áreas da vida, e que se estende também aos seus familiares e cuidadores. Os resultados desta pesquisa, feita em uma clínica no Sul do Brasil, demonstrou que a música possibilita externar sentimentos, comunicações afetivas com a família e equipe multiprofissional tornando o processo de enfrentamento da doença menos doloroso (FRIZZO e SOUZA, 2020).

A hospitalização é um momento de vulnerabilidade do paciente. Entretanto, com a inclusão de terapias alternativas, como a musicoterapia, demonstra benefícios para a saúde mental, alívio da dor e desconfortos, fazendo com que os pacientes se expressassem durante a terapia (FRANCO et al, 2021).

Se tratando de reações adversas da radioterapia e quimioterapia, temos como exemplo a mucosite oral, que é uma complicação de tratamentos antineoplásicos. O estudo de REOLON et al. (2017) demonstrou um resultado positivo na utilização da laserterapia na melhora da qualidade de vida em sete aspectos: dor, aparência, deglutição, mastigação, fala, paladar e salivação, diminuindo os principais problemas vivenciados pelos 18 pacientes oncológicos presentes nesse estudo.

Outra terapia utilizada no CP se dá por meio do uso da fitoterapia, onde muitos pacientes sem prognósticos positivos tendem a utilizar para reduzir sintomas crônicos que a doença acarreta para si mesmo e mostraram resultados positivos (RODRIGUES E GUSMAN, 2018). Dentro do contexto das diversas terapias utilizadas, encontra-se também a massagem terapêutica que consiste em uma mediação que envolve técnicas de toques em específicas regiões proporcionando relaxamento muscular e consequentemente

abrangendo diversos sistemas do corpo, ofertando um custo benefício para os que necessitam dessa terapia (LOPES-JUNIOR et al, 2021).

Diferentemente da massagem terapêutica encontra-se a terapia do Reiki, que se trata de um toque suave, não hostil, e sem uso de força muscular para promover relaxamento e sintonizar os canais de energia do corpo, sendo aplicado por um mestre reiki, e é relatada pelo *National Center For Complementary and Integrative Health* como uma técnica de saúde (LOPES-JUNIOR ET AL, 2021).

Outra terapia complementar que tem alcançado espaço e procura como alternativa de alívio nos CP é a acupuntura. Esta técnica é realizada com a inserção de agulhas na pele em determinadas regiões corporais que recebem terminações nervosas, estas estimulações causam o aumento da liberação de dopamina, noradrenalina e serotonina pelo Sistema Nervoso Central (SNC) (SILVA E MARTINS, 2021).

Ao aplicar sua assistência, a enfermagem deve exercer com equidade o atendimento ao paciente em cuidados paliativos. DUTRA (2021) demonstra que essa assistência humanizada cria um elo entre família, paciente e profissional.

5. CONCLUSÃO

Por muito tempo, o cuidado paliativo foi visto e aplicado de maneira errônea, transmitido para pacientes e profissionais da área da saúde como uma sentença de morte. No entanto, o CP é uma forma de promover bem-estar e melhoria na qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças crônicas, como o câncer. O CP aliado à tratamento clínico e terapias complementares, são alternativas que buscam variar as formas de tratamento. Nesse cenário, o papel de uma equipe de enfermagem preparada e qualificada é de fundamental importância, buscando aplicar uma assistência humanizada, integral e individualizada.

Os profissionais de enfermagem devem empregar terapias complementares e intervir de forma singularizada, com o objetivo de oferecer diversas possibilidades que possam minimizar as manifestações clínicas do câncer e de diversas patologias crônicas. Reconhecendo que a enfermagem é aquela que participa do tratamento ativo e efetivo dos pacientes, as intervenções devem sempre buscar melhorias no atendimento e principalmente no alívio da dor, que é o sintoma mais presente em pacientes em CP.

Não obstante, é de suma importância à procura de novas atualizações terapêuticas que promovam bem-estar, qualidade de vida, diminuição de sintomas físicos e emocionais que causam um grande impacto na relação interpessoal e cognitiva do paciente que enfrenta o processo de adoecimento, muitas vezes desconhecido.

REFERÊNCIAS

- [1] ARAÚJO, Bruna; CANTELE, Adriana; MINGOTTI, Giovana. Acolhimento do Enfermeiro aos Familiares de Portadores de Câncer: a percepção do familiar. *Revista Saúde e Desenvolvimento* | vol.11, n.9, 2017
- [2] BRANDAO, Meire et al. Cuidados Paliativos do Enfermeiro ao Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, vol.1, n. 2. Bahia, 2017.
- [3] COSTA, Elisângela et al. Terapias alternativas utilizadas em pacientes oncológicos em cuidados paliativos :revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*. Recife, 2021. Acesso em 01 de novembro de 2021.

- [4] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Cofen publica nota de esclarecimento sobre Ozonioterapia. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-de-esclarecimento-sobre-ozonioterapia_91737.html. Acesso em: 17 de novembro de 2021.
- [5] DUTRA, Luciana. Capacitação sobre cuidados paliativos oncológicos: análise de intervenções com profissionais da saúde da atenção básica de um município do Nordeste. São Paulo, 2021.
- [6] GASPARY, João. Interação entre Ozonioterapia e campos eletromagnéticos pulsados no controle do crescimento do tumor e no gerenciamento de sintomas e dor. Editora Atena. Cap. 14, 2021.
- [7] GOMES, Ana; OTHERO, Marília. Cuidados Paliativos. Estudos avançados. São Paulo, 2016.
- [8] GOMES, Maria. Cuidados Paliativos: relação eficaz entre equipe de enfermagem, pacientes oncológicos e seus familiares. Revista Rede de Cuidados em Saúde. Vol. 13, n. 2. 2019.
- [9] GUTIERREZ, Beatriz; CAMBRAIA, Thabata; FRATEZI, Flávia. O Cuidado Paliativo e sua Influência nas Relações Familiares. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo, 2016.
- [10] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro : INCA, 2020.
- [11] LEITE, Diógenes; OLIVEIRA, Cleide; PENHA, Joaquim. Manejo de Enfermagem no Controle da Dor no Paciente Oncológico. Revista Biomotriz. Ceará, 2020.
- [12] LOPES, Luciane; FILHO-BARBERATO, Silvio. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2016.
- [13] LOPES-JÚNIOR, Luís et al. Efetividade de terapias complementares para o manejo de clusters de sintomas em cuidados paliativos em oncopediatria: revisão sistemática. Rev Esc Enferm USP · 2021;55:e03709
- [14] MAIA, Carla; TAVARES, Teresa. Fármacos Potencialmente Inadequados no Fim de Vida e sua Desprescrição por uma Equipe de Cuidados Paliativos. Artigos Originais. Vol.26 | n.º 2 | ABR/JUN 2019. Acesso em 01 de novembro de 2021. <http://www.scielo.pt/pdf/mint/v26n2/v26n2a06.pdf>
- [15] MATOS, Michele et al. Significado da Atenção Domiciliar e o Movimento Vivido pelo Paciente Oncológico em Cuidados Paliativos. Revista Eletrônica de Enfermagem, vol.18. Rio Grande do Sul, 2016.
- [16] MENDES, Ernani; VASCONCELLOS, Luiz. Cuidados Paliativos no Câncer e os Princípios Doutrinários do SUS. Saúde Debate. Rio de Janeiro, 2015.
- [17] MENDONÇA, Maria et al. Aumento da Incidência de Câncer de Pulmão em Mulheres. Editora UNIFESO. Revista Cadernos de Medicina Vol.02 | N.03. 2020.
- [18] MORAIS, Sofia et al. Diagnósticos de Enfermagem para Pacientes em Cuidados: Revisão Integrativa da Literatura. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental. Rio de Janeiro, 2020.
- [19] NOGUEIRA, Luciana et al. Implicações da toxicidade financeira na vida de pacientes com câncer: uma reflexão. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200095.
- [20] OLIVEIRA, Tatiane; SOUZA, Juciléia. Avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico e tratamento do câncer na vida de familiares cuidadores de pacientes em regime de internação hospitalar. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(1), 215-227, mar, 2017.
- [21] OLIVEIRA, Ellen; JUNIOR, Pedro. Cuidados Paliativos em Pneumologia. Jornal Brasileiro de Pneumologia. São Paulo, 2020.
- [22] PACHECO, Lilia et al. O processo de Comunicação Eficaz do Enfermeiro com o Paciente em Cuidados Paliativos. Research, Society and Development, v.9. Rio de Janeiro, 2020.
- [23] PAIVA, Eliza et al. Perfil dos Atendimentos Oncológicos de uma Macrorregião de Saúde Brasileira. Avances en Enfermería; 38(2): 149-158, May-Aug. Minas Gerais, 2020.
- [24] PICOLLO, Daiana; FACHINI, Mérlim. A Atenção do Enfermeiro ao Paciente em Cuidado Paliativo. Revista Ciência Médica. Rio Grande do Sul, 2018.
- [25] REOLON, Luiza et al. Impacto da laserterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos portadores de mucosite oral. Revista de odontologia da UNESP. 2017. Acesso em 17 de novembro de 2021.

- [26] RIGUE, Andréia; MONTEIRO, Daiane. Dificuldades dos Profissionais de Enfermagem na Gestão Assistencial aos Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. Research, Society and Development Porto Alegre, 2020.
- [27] RIBEIRO, Wanderson et al. O enfermeiro no cuidado à família do paciente oncológico: uma revisão bibliográfica. Revista Inova Saúde, Criciúma, vol. 9, n. 1, jul. 2019.
- [28] RODRIGUES, Dayse; ABRAHÃO, Ana Lúcia; LIMA, Fernando. Do Começo ao Fim, Caminhos que Segui: Itinerários no Cuidado Paliativo Oncológico. Saúde Debate. Rio de Janeiro, 2020.
- [29] RODRIGUES, Claudiana; GUSMAN, Grasielle. Uso de terapias alternativas e complementares por pacientes oncológicos em quimioterapia. X Simpósio Anais. V. 10. Nº1. 2018.
- [30] SANTOS, Andrea et al. Vivência dos Enfermeiros Acerca dos Cuidados Paliativos. Revista Fun Care Online. João Pessoa, 2020.
- [31] SANTOS, Scárlat; MOUSSALLE, Luciane; HEINZMANN-FILHO, João. Efeitos do Exercício Físico Durante a Hospitalização em Crianças e Adolescentes com Câncer: Uma Revisão Sistemática. Rev Paul Pediatr. Porto Alegre, RS, 2020.
- [32] SILVA, Breno; SANTOS, Manoel; OLIVEIRA-CARDOSO, Érika. Vivências de familiares de pacientes com câncer: revisando a literatura. Revista da SPAGESP, 20(1), 140-153, 2019.
- [33] SILVA, Cinthia et al. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade de Sobrevivência do Paciente Oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, 2016.
- [34] SILVA, Danielly et al. A Enfermagem Oncológica nos Cuidados Paliativos: Uma Revisão Sistemática Integrativa. Revista Portal Saúde e Sociedade. Maceió, 2020.
- [35] SILVA, Islany et al. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia. São Luís, 2020.
- [36] SILVA, Janaína; MARTINS, Eleine. Uso da acupuntura nos pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Health Review. Curitiba, v.4, n.4, p.16756-16766 jul./aug.2021.
- [37] SILVEIRA, Patrícia et al. Revisão integrativa: cuidados paliativos em pacientes oncológicos. Research, Society and Development, v. 9, n. 2. Rio Grande do Sul, 2019. Acesso em 01 de novembro de 2021.
https://www.researchgate.net/publication/338426451_Revisao_integrativa_cuidados_paliativos_em_pacientes_oncologicos
- [38] XAVIER, Welker et al. Intervenções não farmacológicas na melhoria da qualidade de vida de crianças/adolescentes oncológicos. Acta Paul Enferm. 2019; 33:1-11. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/4jbXHFvfnKQF5gyHKycDvn/?lang=pt&format=pdf>

Capítulo 12

Complicações clínicas prevalentes em pacientes adultos e pediátricos com doença falciforme

Flávia Santos Pio

Matheus da Silva Maciel

Loren Rebeca Anselmo do Nascimento

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: A Doença Falciforme engloba um conjunto de alteração que ocorrem na hemoglobina humana, como consequência as hemácias se tornam mutantes e em formato de foice, a forma mais grave da patologia denomina-se Anemia Falciforme. A crise de dor, chamada de crise álgica vaso-oclusiva, e a hemólise são os principais mecanismos fisiopatológicos que levarão as complicações da doença. O objetivo deste estudo é identificar as principais complicações clínicas que acometem os pacientes com doença falciforme desde a infância até a fase adulta. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa realizada nas seguintes bases de dados: PUBMED, LILACS, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). As palavras chave utilizadas foram: Anemia Falciforme; Crises Álgicas; CVO; Hemoglobinopatias. Uma das características da Doença Falciforme inclui a extensa variabilidade clínica, enquanto alguns indivíduos apresentam complicações mais graves outros possuem uma evolução mais suave. Crianças apresentam complicações mais recorrentes que adultos. As principais complicações incluem: infecções, complicações pulmonares, neurológicas, oculares, renais, priapismo e úlceras crônicas. As políticas de saúde para doença falciforme devem ter como foco principal a prevenção de suas intercorrências. Além disso, compreender as possíveis complicações desta patologia é abrir possibilidade para melhorar a qualidade no atendimento e contribuir com redução da morbimortalidade.

Palavras-chave: Anemia Falciforme; Crises Álgicas; CVO; Hemoglobinopatias.

1. INTRODUÇÃO

Doença Falciforme (D.F) é um termo geral usado para associar um grupo de alterações hereditárias, originadas por uma única mutação genética na hemoglobina humana, denominando-se hemoglobina S (Hb S) que em par com outras alterações na proteína se encaixam no grupo das hemoglobinopatias, a mais grave e comum chama-se Anemia Falciforme (POMPEO et al., 2020). Tal mutação ocorre quando o ácido glutâmico é substituído pela valina na sexta posição da cadeia beta da globina, o que leva a alteração da hemoglobina resultando numa hemácia em formato de foice ou meia lua (POMPEO et al., 2020).

A doença originou-se na África e estudos apontam que o gene que determina a Hemoglobina S é consequência do processo de seleção natural para proteção a malária. Através do comércio forçado dos povos africanos houve a entrada do gene mutante nas Américas entre os séculos XVI e XVII. (FIGUEIRÓ, RIBEIRO, 2017).

As hemácias falciformes quando em contato com a microcirculação favorecem reações químicas, juntamente com as células endoteliais, a aderência a parede do vaso sanguíneo, consequentemente estases venosas e hipóxia, causando dores intensas e complicações sistêmicas agudas e crônicas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2015). O diagnóstico para a doença falciforme no Brasil é realizado através do Programa Nacional de Triagem Neonatal (teste do pezinho). Os diagnósticos tardios podem trazer sérios prejuízos para os pacientes, podendo a enfermidade ser confundida com outras doenças como a artrite reumatoide e epilepsia (LOPES, GOMES, 2020).

O presente estudo possui como objetivo identificar as principais complicações clínicas que acometem pacientes com Doença Falciforme, além disso, apresentar as intercorrências mais relevantes na faixa etária adulta e pediátrica e, por fim, descrever as características das complicações.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1. EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA FALCIFORME

Em torno de 100 mil habitantes dos Estados Unidos possuem a DF, a patologia é descrita de forma comum, porém não especificamente, em pessoas de linhagem africana, países como Nigéria, República Dominicana e Índia possuem elevadas taxas da doença (BRUZEGUINI et al., 2019). O desenvolvimento do país está diretamente relacionado a expectativa de vida desta população (MOTA et al., 2017).

Mulheres falciformes vivem em torno de 48 a 58 anos, enquanto homens entre 42 a 53 anos (SOUZA; ARAÚJO, 2015). Segundo a Organização Americana de Saúde (OAS) após a implementação de medidas preventivas e terapêuticas foi possível um aumento significativo da expectativa de vida dos pacientes falcêmicos nos últimos anos (CASTILHOS, 2015).

A maior prevalência da DF no Brasil é de 6% a 10% nas regiões Norte e Nordeste e 2% a 3% nas regiões Sul e Sudeste (SARAT et al., 2019). Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015) estima-se cerca de 25.000 a 30.000 pessoas com a doença no país e conta a cada ano com o nascimento de 3.000 crianças com a patologia. A incidência da DF é maior na Bahia, em seguida, Rio de Janeiro, Pernambuco, Maranhão, Minas Gerais e Goiás. (BRASIL, 2015).

2.2. FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA FALCIFORME

A molécula de hemoglobina (Hb) é uma proteína que se encontra no centro das hemácias, seu encargo principal é levar o oxigênio aos pulmões e aos tecidos do corpo. São três as principais hemoglobinas humanas: hemoglobina A1 (HbA1), hemoglobina A2 (HbA2) e hemoglobina fetal (Hb F) (CARNEIRO et al., 2015).

Enquanto o eritrócito de uma pessoa normal possui sobrevida de aproximadamente 120 dias, as mesmas células em pacientes falcêmicos vivem em torno de 16 a 20 dias em decorrência de sua polimerização quando baixos níveis de oxigênio (RAMOS et al., 2017). A anemia é comum nestes pacientes e está associada a hemólise precoce e destruição frequente das hemácias pelo baço. (MONTEIRO, et al., 2015).

A doença falciforme é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública global, com elevados níveis de morbimortalidade dos indivíduos afetados. Sua fisiopatologia está ligada à quadros de vaso-oclusão na microcirculação o que leva aos seus sinais e sintomas. (ALVAIA et al., 2020).

2.3. MANIFESTAÇÃO CLÍNICA: VASO OCLUSÃO FALCIFORME

As crises algícas ou vaso oclusivas (CVO's) são crises dolorosas intensas que podem ser provocadas por eventos que modificam o estado de hidratação e oxigenação do indivíduo, além de esforço intenso, altas e baixas temperaturas. Isquemia e infarto de qualquer órgão e hemólise fazem parte do progresso da doença, os sinais e sintomas podem ser diversos com maior ou menor veemência, crianças apresentam complicações mais recorrentes (NASCIMENTO, 2020).

A dor pode durar horas, dias ou semanas e é a razão pela procura de atendimento médico de urgência. A ocorrência das CVO's tende a elevar-se na infância e atinge seu pico na puberdade (SARAMBA, SHAKYA, ZHÃO, 2020). Cooper (2019) afirma que a dor pode ocorrer em qualquer lugar do corpo, mas é descrita mais frequentemente nas costas, tórax, articulações e extremidades, podendo durar semanas e surgir de forma habitual.

Um estudo realizado no estado do Amazonas demonstrou que 47% dos pacientes com D.F apresentaram CVO pelo menos uma vez na vida, 41% necessitaram de internação hospitalar e 58,9% necessitaram realizar transfusões de sangue (CARNEIRO, 2015). A CVO é uma morbidade que causa risco eminente de complicações da doença falciforme. O tratamento eficiente e rápido é ideal para normalização do quadro o mais rápido possível, além da prevenção de possíveis intercorrências (SOUSA et al., 2015).

2.4. COMPLICAÇÕES FALCÊMICAS

Uma das características da DF é a inflamação crônica, além disso, há presença de microlesões vasculares responsáveis por danos no endotélio e intensificação das cascatas de coagulação, desta forma, ocorrem as principais complicações clínicas sistêmicas, interligadas a morte tecidual aguda, crises vaso-oclusivas e anemia hemolítica (SOUZA et al., 2016).

Entre as intercorrências ligadas a patologia estão a insuficiência renal, colecistite aguda, hipertensão pulmonar, crise aplásica, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, síndrome torácica aguda e sepse (COOPER, 2019). As complicações falciformes podem ser caracterizadas como agudas e crônicas, entre as complicações agudas em crianças destacam-se a septicemia e o sequestro esplênico, já as crônicas destacam-se a asplenia funcional e o retardo de crescimento. Em adultos, as intercorrências agudas mais comuns são: infartos ósseos, AVC e priapismo, as crônicas: úlceras de perna, retinoplastia, necrose de quadril e falência de órgãos (MONTEIRO et al., 2015).

3. MATERIAL E METÓDOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa, realizada nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e LILACS. Como descritores para rastreamento das publicações foram utilizados os seguintes: Anemia Falciforme; Crises Álgicas; CVO; Hemoglobinopatias.

Inicialmente foram pré-selecionados 50 artigos baseados na relevância do título, foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol entre os anos de 2015 a 2021 que tivessem relação com o assunto abordado. Foram excluídos estudos incompletos e materiais que não tivessem relação com o tema. Para análise e discussão foram selecionados 17 artigos, a análise de dados se deu através de leitura minuciosa na íntegra.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O impacto das complicações falciformes na qualidade de vida do paciente é clara, sendo pior do que o da população em geral, principalmente em pacientes que passam por crises álgicas mais frequentes e intensas, além daqueles que não aderem ao tratamento ou aqueles que possuem necessidade maior de internações e transfusões (FREITAS et al., 2018).

Segundo Monteiro (2015), as manifestações clínicas falciformes podem ser divididas entre agudas e crônicas e variam de acordo com a idade do indivíduo. As tabelas abaixo listam as complicações mais comuns encontradas nesta população, entre pacientes pediátricos e na fase adulta.

Tabela 1 – Complicações Falciformes mais comuns evidenciadas na população pediátrica.

Complicação	Descrição	Título do Estudo	Referência
AGUDAS			
Septicemia	Indivíduos com Anemia Falciforme possuem riscos infecciosos aumentados devido a hipofunção esplênica.	Complicações infecciosas em crianças com doença falciforme após esplenectomia cirúrgica.	JUNIOR; FONSECA; BRAGA, 2015.
Sequestro Esplênico	Maior causa de óbito em crianças falciformes.	Cuidados de enfermagem nos casos de anemia falciforme.	COSTA, 2016
Crises Vaso-Oclusivas (CVO)	A CVO ocorre quando a hemoglobina é polimerizada e torna-se rígida, causando crises dolorosas intensas.	Erythroid Adhesion Molecules in Sickle Cell Anaemia Infants: Insights Into Early Pathophysiology	BRONSSE et al., 2015
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	É a desordem neurológica mais habitual em crianças falciformes, 31 a 37% mais comum do que em crianças sem a patologia.	Silent cerebral infarcts in very young children with sickle cell anaemia are associated with a higher risk of stroke	CANCIO et al., 2015
Priapismo	É comum surgir no início da adolescência, causando desconforto intenso.	Access of men with sickle cell disease and priapism in emergency services	MAIA et al.,2019
CRÔNICAS			
Retardo de Crescimento	Os infartos neurológicos são apontados como principal causa do retardo de crescimento nos pacientes falciformes.	Avaliação do tempo de reação em crianças com anemia falciforme	MARINELLO et al., 2021
Necroses Ósseas	Estases venosas e a diminuição do suprimento sanguíneo estão relacionados as necroses e infartos ósseos.	Necrosis of the femoral head and health-related Quality of life of children and adolescents	MATOS et al., 2018

Tabela 2 – Complicações Falciformes mais comuns evidenciadas na população adulta.

Complicação	Descrição	Título do Estudo	Referência
AGUDAS			
Septicemia	É uma complicação comum em adultos e em crianças falcêmicas, requer tratamento cuidadoso e imediato.	Cuidados de enfermagem nos casos de anemia falciforme	COSTA, 2016
Crise Aplástica	A situação dos pacientes falcêmicos se agrava consideravelmente com a presença das crises aplásticas, levam a outras intercorrências, como infecções.	Fisiopatologia da Anemia Falciforme	SOUZA et al., 2016
Crises Vaso-Oclusivas (CVO)	Todos os pacientes falciformes estão suscetíveis a desenvolver CVO por conta do formato alterado da hemácia.	Anemia falciforme, uma doença caracterizada pela alteração no formato das hemácias	MONTEIRO et al., 2015
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	O AVC é uma intercorrência grave em todas as fases da vida dos falcêmicos, corresponde a 20% dos óbitos nos pacientes.	Acidente Vascular Cerebral e Doença Falciforme em Idade Pediátrica	RODRIGUES, 2017.
Priapismo	Acontece no início da vida adulta e os quadros podem se prolongar por toda a vida.	Prevalência de priapismo em indivíduos com doença falciforme e implicações na função sexual masculina	ALVAIA et al., 2020.
CRÔNICAS			
Úlceras	Causadas pela redução do oxido nítrico que prejudica a função endotelial.	Recomendações para o manejo da úlcera da perna em pessoas com doença falciforme	BORGES, SPIRA, GARCIA, 2020.
Retinopatia	A falta de perfusão ocular é explicada como a suscetibilidade de desenvolvimento de retinopatia.	Retinopathy in patient with AC hemoglobinopathy	AGUIAR et al., 2020.

Tendo em vista os resultados encontrados, é possível identificar diversas intercorrências que acometem os pacientes com doença falciforme. Serão discutidas a seguir as particularidades de algumas complicações falciformes.

4.1. SEPTICEMIA

Indivíduos com DF possuem riscos infecciosos aumentados, uma das explicações se dá pela hipofunção esplênica desde muito cedo, podendo ocorrer até mesmo a autoesplenectomia aproximadamente aos 5 anos de idade, a estratégia para diminuir o risco de sepse trata-se da introdução de profilaxias e vacinas (JUNIOR, FONSECA, BRAGA, 2015).

Os riscos infecciosos associados a DF necessitam de cuidados redobrados para que essa ameaça não se torne uma realidade, pois quando ocorre a infecção é de forma rápida e em um período de até 24 horas. Faz-se então necessário a adesão de outros tratamentos além dos já usados para tratar a DF. (COSTA, 2016).

4.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Existem fatores que facilitam o indivíduo ao desenvolvimento de doenças cerebrovasculares como é o caso do acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, sendo a doença falciforme um desses determinantes juntamente com outros diagnósticos anteriores que o paciente possa ter tido (MAGALHÃES et al, 2020).

É difícil estabelecer os pontos em que se concentram os riscos do acidente Vascular Cerebral (AVC) em pacientes com DF. (RODRIGUES, 2017). O AVC silencioso é a desordem neurológica mais habitual em crianças com a doença, a probabilidade é 300 vezes mais elevada do que em crianças híginas. Opções de tratamentos profiláticos incluem transfusões sanguíneas, hidroxiureia e transplantes de células tronco (CANCIO et al., 2015).

4.3. PRIAPISMO

Totalizando por volta de 30% dos homens acometidos com DF, a ereção prolongada pode levar o paciente a disfunção erétil sem possibilidade de reversão. Manifesta-se inicialmente na adolescência e início da vida adulta do homem com o surgimento desta condição se dando sobretudo por conta do diagnóstico tardio da anemia falciforme (MAIA et al., 2019).

O quadro de priapismo em pacientes com as condições patológicas falciformes é considerado uma emergência urológica que necessita de uma ação de intervenção imediata, para evitar danos do tecido erétil (ALVAIA et al., 2020).

4.4. ÚLCERAS

A úlcera de perna é a complicação mais comum na A.F e é explicada pela função endotelial comprometida em consequência da biodisponibilidade de oxido nítrico diminuído (SPIRA et al., 2020). A hipóxia, vasculopatia, obstrução vascular e o aumento da viscosidade são os fatores de risco mais relevantes associados a úlcera de pressão na doença falciforme (LACERDA et al., 2019).

A úlcera em suas características gerais inclui principalmente a dor como um ponto forte, assim como, devido ao odor fétido das secreções presentes, desregulação do sono, exsudação e dificuldade de mobilidade levam a piora na qualidade de vida do indivíduo (SILVA et al., 2017). Em pacientes com DF a úlcera costuma se desenvolver entre 20-30 anos de idade, principalmente no tornozelo (MINNITI, KATO, 2015).

4.5. SINDROME TORÁXICA AGUDA

Essa síndrome relacionada é a causa do maior número de mortes tratando-se da DF. Caracterizada por atelectasias, broncoespasmos, embolia gordurosa, infecções e tromboembolismo devido ao aumento de um vasoconstritor e diminuição de um vasodilatador, respectivamente: endotelina 1 e óxido nítrico (ARAÚJO et al., 2019)

As infecções virais são descritas como o fator de risco mais frequente para o desenvolvimento de síndrome torácica aguda, é explicada pela hiperresponsividade das vias aéreas e inflamações a curto prazo. A maior incidência é em crianças falcêmicas menores de 4 anos, é o principal motivo de óbitos e internações neste grupo (VANCE et al., 2015).

4.6. RETINOPATIA

Os achados em relação as pessoas com mais de 40 anos se tornam importantes à medida que indivíduos com essa faixa etária demonstram algum tipo de sinal indicador de retinopatia falciforme (AGUIAR et. al., 2020). Em muitas pesquisas a retinopatia é descrita como uma doença com evolução assintomática e sem alardes, sendo de 10-20% das pessoas com DF portadoras também da retinopatia (NASCIMENTO et al., 2020). Com lesões na retina sendo as mais frequentes complicações oculares em pacientes com DF, as características principais desenvolvidas são a dilatação das vênulas e a tortuosidade (RODRIGUES et al., 2015).

4.7. SEQUESTRO ESPLÊNICO

A principal causa de óbito em pacientes com DF pediátricos ocorre em meio a crises de sequestro esplênico, o quadro de hemólise exagerada resulta na sobrecarga do órgão levando a situações em que a esplenectomia total é recomendada (COSTA, 2016). Cerca de 12% das pessoas acometidas com as crises de sequestro esplênico vão a óbito, sendo desses pacientes a maioria com idade de três meses a cinco anos (JUNIOR, FONSECA, BRAGA, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por conta das variadas complicações clínicas da Doença Falciforme, fica evidente a grande possibilidade da baixa qualidade de vida do paciente. É necessário que haja comprometimento e habilidade tanto da equipe de saúde quanto do paciente, para a realização de intervenções precoces, a fim de diminuir danos maiores.

As políticas de saúde para a Doença Falciforme devem estar voltadas para a prevenção de suas intercorrências. Além disso, compreender as possíveis complicações

desta patologia é abrir possibilidade para melhorar a qualidade no atendimento e contribuir com redução da morbimortalidade.

Diante da baixa quantidade de trabalhos encontrados em relação à temática, observa-se a necessidade de ampliar os estudos voltados a DF, uma vez que há uma grande quantidade de variáveis que afetam a saúde dos portadores de DF, em todas as fases de suas vidas.

REFERÊNCIAS

- [1] AGUIAR, Aline Guerreiro *et al.* Retinopathy in patient with AC hemoglobinopathy. **Rev Bras Oftalmol**, [s. l.], 2019.
- [2] ALVAIA, Matheus Andrade *et al.* Prevalência de priapismo em indivíduos com doença falciforme e implicações na função sexual masculina. *Journal Einstein*. São Paulo, 2020; v. 18. Disponível em: DOI: 10.31744 / einstein_journal / 2020AO5070.
- [3] ARAÚJO, Mayza Domiciano. Anemia Falciforme complicada por crise vaso oclusiva e síndrome torácica aguda. V Seminário Científico do UNIFACIG, [S. l.], p. 2, 8 nov. 2019.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenindo as complicações da doença falciforme. Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_prevenindo_complicacoes_doenca_falciforme.pdf.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf.
- [6] BROUSSE, Valentine *et al.* Erythroid Adhesion Molecules in Sickle Cell Anaemia Infants: Insights Into Early Pathophysiology. *EbioMedicine*, [S. l.], p. 154-157, 19 dez. 2014.
- [7] BRUZEGUINI, Meirielli *et al.* Caracterização epidemiológica e espacial dos óbitos por doença falciforme em crianças no estado do espírito santo, brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [s. l.], p. v. 43, n. 3, p. 627-640, 2019. DOI: 10.22278/2318-2660. 2019.v43.n3.a2957.
- [8] CANCIO, Maria *et al.* Silent cerebral infarcts in very young children with sickle cell anaemia are associated with a higher risk of stroke. *Research paper*, [S. l.], p. 120-129, 7 jun. 2015.
- [9] CARNEIRO, Janaína Santana. Moduladores clínicos em pacientes portadores da doença falciforme no Amazonas. 2015. Tese (Mestrado) - Amazonas, 2015. Disponível em: <http://www.pos.uea.edu.br/data/area/dissertacao/download/28-6.pdf>.
- [10] CASTILHOS, Lívia G. BRAUN, Josiane BS *et al.* Atenção primária e doença dalciforme: uma revisão sobre o papel do gestor. Santa Maria-RS, 2015, disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/15072/pdf>.
- [11] COOPER, Tess E. Intervenções farmacológicas para crises vaso-oclusivas de células falciformes dolorosas em adultos. *Biblioteca Nacional de Medicina*, [s. l.], 14 nov. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31742673/>.
- [12] COSTA, Caroline Augusta. Cuidados de Enfermagem nos casos de Anemia Falciforme. 2016. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Brasília, 2016.
- [13] FREITAS, S. L. F. *et al.* Qualidade de vida em adultos com doença falciforme: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm.*, [s.l.], v. 71, n. 1, p.195-205, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0195.pdf.
- [14] JUNIOR, Cypriano Petrus Monaco; FONSECA, Patricia Blum; BRAGA, Josefina Aparecida. Complicações infecciosas em crianças, as com doença, a falciforme após esplenectomia cirúrgica. *Revista Paulista de Pediatria*, [S. l.], p. 150-153, 28 mar. 2015.
- [15] LACERDA, Flávia Karine *et al.* Defcits de autocuidado em mulheres com úlceras de perna e doença falciforme. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S. l.], p. 78-85, 26 ago. 2018.

- [16] LIMA, Larissa C. et al. Fisiopatologia da doença renal crônica em adultos com doença falciforme. Hospital Universitário HUPE Pedro Ernesto, [S. l.], p. v. 14, n. 3, 20 set. 2015.
- [17] LOPES, Winnie Samarú; GOMES Romeu. A participação dos conviventes com a doença falciforme na atenção à saúde: um estudo bibliográfico. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n8/3239-3250/>
- [18] MAGALHÃES, Nathalia Noyma Sampaio et al. Doença Cerebrovascular: Aspectos de uma população com Doença Falciforme. Brazilian Journal of health Review, [s. l.], 2020.
- [19] MAIA, Heros Aureliano Antunes da Silva et al. Access of men with sickle cell disease and priapism in emergency services. BrJP. São Paulo, [s. l.], 2019.
- [20] MARINELLO, Kellen Carvalho Vicentina et al. Avaliação do tempo de reação em crianças com anemia falciforme. Motricidade, [S. l.], p. 7-14, 4 nov. 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n5-320.
- [21] MATOS, Marcos Almeida et al. Necrose de cabeça de fêmur e qualidade de vida relacionada a saúde de crianças e adolescentes. Acta Ortop Bras, [S. l.], p. 227-230, 4 maio 2018.
- [22] Minniti CP, Kato GJ. How we treat sickle cell patients with leg ulcers. Am J Hematol [Internet]. 2016[cited 2016 Apr 09];91(1):22-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ajh.24134>
- [23] MONTEIRO, Ana Carolina et al. Anemia Falciforme, uma doença caracterizada pela alteração no formato das hemácias. Saúde em Foco, [s. l.], ed. 07, 2015.
- [24] MOTA, C. S. et al. Social disparities producing health inequities and shaping sickle cell disorder in Brazil. Health Sociology Review, United Kingdom, v. 26, n. 3, p. 280-292, 2017. Disponível em: [https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/social-disparities-producing-health-inequities-and-shaping-sickle-cell-disorder-in-brazil\(bd090fee-9e50-476a-871e-aa1d3a8ab8e1\).html](https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/social-disparities-producing-health-inequities-and-shaping-sickle-cell-disorder-in-brazil(bd090fee-9e50-476a-871e-aa1d3a8ab8e1).html).
- [25] NASCIMENTO, Luciana de Cassia. et al. Internalización del cuidado: un estudio cualitativo con niños que viven con enfermedad de células falciformes. Scielo, 2020; v. 25, n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0337>.
- [26] POMPEO, Carolina Mariano et al. Factores de riesgo para la mortalidad em pacientes con enfermedad falciforme: una revision integradora. Scielo. Rio de Janeiro, 2020; v. 24, n. 2. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200702&lang=pt.
- [27] RAMOS, Jéssica Teixeira et al. MORTALIDADE INFANTIL POR DOENÇA FALCIFORME NA BAHIA: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO. REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS, [s. l.], 2017. DOI: 10.13102/rscdauefs.v7i3.1658.
- [28] RODRIGUES, Daniela de Oliveira Werneck et al. Retinopatia proliferativa em paciente com Anemia Falciforme: relato de caso. HU Revista, Juiz de Fora, [s. l.], p. v. 41, n. 3 e 4, p. 129-135, 2015.
- [29] RODRIGUES, José Miguel França. Acidente Vascular Cerebral e Doença Falciforme em idade pediátrica. 2017. Dissertação de Mestrado (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina Lisboa, [S. l.], 2017. s. l., ed. 8, 2016.
- [30] SARAMBA, SHAKYA, ZHÃO. Tratamento analgésico da crise de dor falciforme aguda sem complicações em pediatria: uma revisão sistemática e meta-análise. Scielo. Porto Alegre, v. 96, n.1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572020000200142&lang=pt
- [31] SARAT, Caroline Neves et al. Prevalencia de la anemia falciforme en adultos con diagnóstico tardío. Scielo, São Paulo, 2019; v. 32, n. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200202&lang=pt
- [32] Silva MH, Jesus MCP, Oliveira DM, Merighi MAB. Unna's boot: experience of care of people with venous ulcers. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017[cited 2015 Nov 15];70(2):349-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0219>
- [33] SOUSA, et al. Crise algica em crianças portadoras de doença falciforme. Revista Med Minas Gerais., 2015; 25 (Supl 6): S23-S27. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sabrina_Grunewald/publication/287333839_Painful_crises_in_children_with_sickle_cell_disease/links/5699682a08aeeea9859478b6.pdf. Acesso em: 03 nov 2020.
- [34] SOUZA, Janaina Martins et al. Fisiopatologia da Anemia Falciforme. Saúde em Foco, [s. l.], ed. 8,

2016.

[35] TEIXEIRA, Cândida Pena. Caracterização do pré e pós operatório de crianças e adolescentes com doença falciforme e colelitíase submetidos a colescistectomia por videolaparoscopia. 2019. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós graduação em Medicina da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Escola de Medicina e Saúde Pública, [S. l.], 2019.

[36] VANCE, Leah D et al. MATOS, Marcos Almeida et al. Necrose de cabeça de fêmur e qualidade de vida relacionada a saúde de crianças e adolescentes. Acta Ortop Bras , [S. l.], p. 227-230, 4 maio 2018. Author manuscript, [S. l.], p. 371-375, 1 maio 2015.

Capítulo 13

Assistência de enfermagem ao idoso com depressão

Alcilene Uchôa da Silva

Aline da Silva Pena Melo

Sabrina Carioca Teófilo

Graciana Lopes de Souza

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: O Brasil apresenta um elevado índice de acometidos pela depressão, cujos dados vêm se modificando, entrando nas estatísticas os grupos dos idosos. **Objetivo:** Identificar a Assistência de Enfermagem ao Idoso com Depressão. **Metodologia:** Revisão Integrativa da Literatura, no período de janeiro de 2015 a junho 2021, abordando sobre Assistência de Enfermagem ao Idoso com Depressão. **Resultado e Discussão:** O resultado dos estudos selecionados para composição da discussão deste artigo foi estabelecido através da criação de categorias temáticas, de acordo com os principais temas abordados nos estudos como mostra a Tabela 1. Foram selecionados 14 estudos para a construção dos resultados e discussão, sendo 6 artigos embasados na 1ª categorização temática, 4 artigos na 2ª e 4 artigos na 3ª categorização temática. **Considerações Finais:** Contudo, incentivar o idoso depressivo é um desafio constante e de longo prazo, pois iniciar o processo de adaptação requer conhecimento, comprometimento e reconhecimento da necessidade de intervenção.

Palavras-Chave: Assistência, Enfermagem, Idoso, Depressão.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta um elevado índice de acometidos pela depressão, cujos dados vêm se modificando, entrando nas estatísticas os grupos dos idosos, cujo fator causa preocupação em especialista. A depressão é caracterizada em três tipos específicos: leve, moderada e grave, podendo ou não apresentar sintomas (LIMA, 2017). O idoso com depressão é caracterizado pela perda do interesse pela vida, diminuição dos aspectos motivacionais e aumento emocional. Os custos gerados pelo processo de tratamento são elevados, apresentado como problema público de saúde, 322 milhões de pessoas são acometidas no mundo, onde a assistência pode ser desenvolvida pela estratégia saúde da família (GOMES, 2017).

Vê-se que o idoso com depressão necessita dos cuidados gerontológicos específicos da enfermagem, auxiliando na prevenção ou no agravamento da doença. A assistência não se resume somente em uso medicamentoso, de maneira simples o paciente assistido evolui mediante os cuidados prestados que resgata sua autonomia e independência física ou mental ao longo dos anos (SOUSA, 2017). A assistência ao idoso está diretamente relacionada ao nível de classificação da doença, em casos graves o risco de morte é elevado, os sintomas interligados ao conjunto de emoções estão concentrados na capacidade de agir e pensar, pois o isolamento social pode desencadear pensamentos suicidas, onde identificar os níveis ajuda na melhoria da qualidade de vida do paciente (REIS, 2016).

A qualidade de vida satisfatória dos idosos está sendo comprometida pelo acometimento da depressão, a família e a enfermagem participam de forma colaborativa sobre os cuidados deste idoso diagnosticado com a depressão. Nesse sentido, ressaltamos a importância dos cuidados específicos que auxiliará na recuperação e na diminuição do surgimento de outras patologias associadas ou correlacionadas com a depressão (CABRAL, 2015).

Ao planejar os cuidados específicos ao idoso com depressão a enfermagem elabora estratégias que influenciará mentalmente e fisicamente como, por exemplo, explicar a comunicação, esses resultados serão avaliados no decorrer do tratamento e consequentemente resultará na diminuição dos medicamentos prescritos pelo médico responsável (DE CARVALHO, 2015).

Justifica-se o aprofundamento dessa temática para identificar de qual forma a enfermagem assistência o idoso com depressão. Tendo como objetivo identificar a assistência de Enfermagem ao idoso com depressão, por meio de uma revisão de literatura.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência ao idoso com depressão necessita de abordagens diferenciadas, principalmente por tratarem de idosos que em certas situações são fragilizados, a priori pela vulnerabilidade. Os idosos têm dificuldades específicas como a relutância em procurar alguma categoria de assistência que diz a respeito ao seu regime de tratamento (BENEDET et al, 2016).

Os cuidados específicos são direcionados ou implantados geralmente no início do acometimento, pois identificar a depressão em um idoso assintomático é difícil mesmo para profissionais qualificados da área da saúde. Englobar atividades recreativas em unidades de saúde é uma maneira educativa e lúdica que pode ser realizada pela equipe de enfermagem (MARINELLI et al, 2015).

Quando não identificada e sem assistência precoce, a depressão pode ocasionar outras doenças situacionais, dentre elas a desnutrição, pois o idoso perde a vontade de se alimentar e realizar atividades adequadamente, sendo possível citar os passeios ao ar livre, pois a falta da vitamina D também pode ser tratada como um aspecto ocasionado pela mesma (DOTTO et al, 2017).

O enfermeiro assistência com atividades educativas como, por exemplo, palestras, dinâmicas em grupos de jovens, idosos e reabilitação familiar em grandes aspectos, principalmente o enfermeiro da saúde da família. O uso de recursos ao ar livre pode ser gerenciado e direcionado como uma assistência, principalmente quando contribui para a redução das medicações (SILVA et al, 2015).

O uso de medicações antidepressivas é direcionado ao tratamento para contribuir no deslocamento desse indivíduo na sociedade, principalmente em atividades que eram realizadas antes do acometimento da depressão, esse contato é primordial para a recuperação e a conquista da autonomia, como indicativo da recuperação que vai gradualmente se reestabelecer com a junção da assistência de enfermagem (CONCEIÇÃO et al, 2017).

2.2. IDOSO COM DEPRESSÃO

O idoso com depressão apresenta características distintas ou não, em alguns casos os sinais de depressão só começam a aparecer quando o indivíduo é acometido por outras patologias, podendo ser confundidas até com outros agravantes. O enfermeiro pode identificar problemáticas no momento da assistência, principalmente o da estratégia saúde da família que lida constantemente com o idoso e acompanha sua evolução perante um tratamento (PEREIRA, et al, 2017).

As variantes dificultam nos diagnósticos, assim como, por exemplo, a falta do tratamento, seja por não aceitabilidade da doença ou pelo impacto causado, pois em qualquer fase da vida interfere na reinserção do indivíduo perante a sociedade. Os idosos podem optar em vários aspectos sobre quais dinâmicas e tratativas preferem para o tratamento, seja medicamentoso ou combinações de personificação de atividades físicas com o apoio familiar principalmente (RODRIGUES, 2017).

O uso dos recursos estimulam os idosos a compreenderem as tratativas e objetivos do que está sendo imposto ou implantado. Há resistência do sexo masculino na procura por assistência, sendo mais frequente por mulheres, principalmente da terceira idade, assim como a aceitabilidade do tratamento também é maior. Quando o idoso começa a apresentar dificuldades para realizar tarefas deve-se buscar auxílio profissional, pois envelhecer não é sinônimo de doença (ZARAGOZA, 2017).

Vale destacar que várias direções oblíquas podem interferir na identificação de sintomas, pois o idoso tende a não expressar com clareza seus sentimentos, principalmente por relacionar a perda da autonomia e a relutância em relatar os sintomas

junto aos familiares. Além disso, podendo ser confundida com outras doenças insidiosas ao longo dos anos (MAGALHÃES et al, 2016).

A depressão é considerada como um fator de risco a saúde do idoso, visto que enfraquece o indivíduo fisicamente e mentalmente, em alguns casos influência no meio existencial e assistencial, comprometendo intensamente no cotidiano e realizando mudanças que em sua maioria não são benéficas à saúde (BRETANHA et al, 2015).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Compreende-se este estudo como uma Revisão Integrativa da Literatura, de artigos publicados no período de 2015 a 2021, abordando sobre o idoso com depressão. Busca-se realizar coletas de dados nas seguintes bases de informações: LILACS 40 e 60 Scielo artigos, tendo como os seguintes descritores: Assistência, enfermagem, idoso, depressão (*Assistance, nursing, elderly, depression*).

Os resumos foram avaliados a partir dos objetivos propostos pelo trabalho: os objetivos traçados são identificar a Assistência de Enfermagem ao Idoso com Depressão e pela Pergunta Norteadora: Como descrever a assistência de enfermagem ao idoso com depressão, através de uma revisão integrativa da literatura? Com a busca de dados, foram obtidos 100 artigos sendo utilizados 29 para composição final da amostra.

Figura 1: Fluxograma Utilizado para Identificação dos Dados.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado dos estudos selecionados para composição da discussão deste artigo foi estabelecido através da criação de categorias temáticas, de acordo com os principais temas abordados nos estudos como mostra a Tabela 1. Foram selecionados 14 estudos para a construção dos resultados e discussão, sendo 6 artigos embasados na 1ª categorização temática, 4 artigos na 2ª e 4 artigos na 3ª categorização temática.

Tabela 1: Categorização temática dos Resultados e Discussão

Categoria Temática	Porcentagens
1° Educação em saúde, através das orientações de enfermagem.	43%
2° Assistência medicamentosa.	28,5%
3° Conforto emocional embasado no Auxilio familiar.	28,5%
Total de Estudos:	100%

Paula et al., (2018), evidenciou que a assistência de enfermagem ao idoso com depressão pode diminuir os riscos à saúde, pois se trata de uma doença silenciosa de difícil diagnóstico, que requer anamnese detalhada, para evitar erros e consequências futuras, neste estudo retrata as pessoas da terceira idade com depressão sendo a décima maior causa de mortes, cerca de 17% cometem atentados, existindo a necessidade da enfermagem esclarecer sobre terapia medicamentosa que inclui psicoterápicos que previne novos episódios, porém não cura.

As assistências medicamentosas seguindo a prescrição médica também foram apresentadas pelo estudo de Molina et al., (2018), descrevendo sobre a necessidade de assistenciar intervindo com uso medicamentoso, porém principalmente com o auxílio familiar, sendo uma abordagem atual e não invasiva, pois identificar as fontes associadas pela sintomatologia corrobora em estratégias efetivas, desenvolver mecanismos de cuidados encoraja a performance do autocuidado e bem-estar físico e mental, onde proporciona longevidade com qualidade de vida.

Lima et al., (2021), o estudo identificou que seguir as orientações de enfermagem podem contribuir para o não surgimento de problemáticas relacionadas a depressão em idosos, como, por exemplo, o abandono parental e o estresses que favorece as comorbidades na terceira idade. O envelhecimento leva a uma série de alterações fisiológicas no organismo, que podem dificultar o diagnóstico. Dessa maneira destaca-se o interesse da abordagem do estudo desta doença na população idosa com magnitude, através das orientações de enfermagem.

Pereira et al., (2019), também evidenciou através de um estudo que a assistência de enfermagem, não atua somente na limitação dos esclarecimentos de dúvidas ou medicamentosas, compreende-se também no desenvolvimento intelectual e cultural, pois o idoso depressivo, limita-se em anseios que paralisam sua capacidade motivacional e emocional, cuja a atividade física regular deve ser uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo.

Segundo Malacrida et al., (2020), a equipe de enfermagem precisa traçar metas para inserir esse idoso novamente na sociedade como, por exemplo, caminhadas e a prática de exercícios físicos que estimula os neurotransmissores elevando ao bem estar juntamente com pequenas exposições solares para o aumento da vitamina D. O enfermeiro é um dos profissionais

que compõem a equipe multiprofissional, responsável pela realização de atividades voltadas para o meio preventivo e educativo. As intervenções de cunho preventivo são consideradas intervenções precoces.

No ano de (2020), Fidelis realizou um levantamento sobre quais aspectos devem ser levados em consideração no tratamento do idoso depressivo, destacando-se a educação em saúde, à inclusão de atividades, diminuição da irritabilidade, identificação de agravos. O uso da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) auxilia no planejamento de intervenções contributivas e assistência adequada, voltada individualmente ou coletivamente, pois os grupos de apoio são uma forma de enfrentamento, principalmente pela troca de informações.

Em um estudo realizado no Estado de Santa Catarina foi evidenciado achados para o enfrentamento do quadro depressivo, onde o idoso deve ser encorajado a exercitar a mente e o corpo fisicamente, com práticas de exercícios, caminhadas ao ar livre e estimulação da leitura quando possível, observa-se a necessidade de conhecer os aspectos sintomatológicos desta doença, o mesmo precisa sentir-se incluído no convívio social, pois elaborar campanhas educativas envolve conhecimento acerca do que está sendo implantado e assistenciado (ANJOS et al., 2015).

A não adesão das orientações de enfermagem ao idoso com depressão tem sido identificada como uma problemática, sendo considerável identificar a motivação sinuosa, acomete homens e mulheres de todas as idades, principalmente idosos que por alguma situação, seja, social, econômica ou de cunho pessoal, reside principalmente em ambientes repletos de conflitos. Os pacientes diagnosticados adequadamente fornecem melhoras significativas ao longo do tratamento, pois para Baptista et al., (2016), a falta de mensuração e rastreamento na pior das hipóteses, podem levar ao suicídio.

Em um estudo com idosos do Estado do Amazonas foi verificado que para minimizar os problemas relacionados ao suicídio o auxílio familiar desenvolve funções essenciais, onde a frustração, perdas, conflitos recorrentes manifestam sintomas ou podem desencadear crises, havendo a necessidade de identificar quais melhorias devem ser implantadas para minimizar os problemas sendo uma figura necessária, pois o idoso dificilmente consegue identificar sozinho os sinais e sintomas da depressão (COSTA, 2017).

Os homens são os que menos procuram auxílio para o tratamento da depressão, Golveia et al; (2020), salienta que é perceptível, que a educação em saúde possibilita ao indivíduo manter-se estável perante as adversidades, algumas atividades externas são estratégias para aumentar o bem-estar do idoso. O sentimento de satisfação, felicidade ou um propósito de vida, preenchem lacunas no dia a dia de um idoso (PRESTES et al, 2021).

O envelhecimento provoca alterações físicas e em alguns casos psíquicas, que ao decorrer dos anos podem desencadear transtornos depressivos, ansiedades, alteração do humor e levando o idoso a idealizar o suicídio como resultado final, para reverter esta situação (FAVARI et al, 2021) também enfatiza que atribuir ao cotidiano do idoso atividades recreativas como, por exemplo, leitura, ginástica e natação auxilia no equilíbrio físico e do ambiente.

A assistência básica em saúde, executadas pelos programas da estratégia saúde da família, é fundamental na assistência aos idosos. A partir daí, torna-se possível identificar doenças relacionadas a diversos sistemas funcionais do idoso, assim como

doenças neurológicas. O abandono e o luto são uma das causas que aumentam o surgimento da depressão em idosos principalmente os mais fragilizados, porém necessitam de auxílio para superar (SOARES, 2015).

O conhecimento sobre a depressão é essencial para a prestação da assistência, pois a enfermagem conta com formação voltada para esse público auxiliando na criação de planos de cuidados que estimulem e preserve a vida do paciente. O conhecimento gera contribuições positivas, pois ofertar cuidados é uma medida a ser tomada em todo o processo de recuperação (BORBA et al, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem ao idoso com depressão está fundamentada principalmente na educação em saúde, pois desenvolve melhora clínica e diminui o uso medicamentoso. Observa-se a necessidade de conhecer os aspectos sintomatológicos desta doença, o idoso depressivo, limita-se em anseios que paralisam sua capacidade motivacional e emocional, inserir atividades recreativas e familiares aumenta a qualidade de vida e a longevidade do indivíduo.

Contudo, incentivar o idoso depressivo é um desafio constante e de longo prazo, pois iniciar o processo de adaptação requer conhecimento, comprometimento e reconhecimento da necessidade de intervenção. O idoso não pode ser obrigado a participar de eventos, mas pode ser orientado sobre os benefícios, que por sua vez está descrito como uma abordagem atual e não invasiva.

REFERÊNCIAS

- [1] ANJOS M.A et al. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento. Rev. Cardernos brasileiros de saúde mental. 2015.
- [2] BORBA AS et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes com distúrbios depressivos. Revista Braz. J. Hea. 2019.
- [3] BAPTISTA et al. Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/ adolescentes e adultos na população brasileira. Revista Avaliação Psicológica. 2016.
- [4] BRETANHA AF, FACCHINI LA, NUNES BP, MUNHOZ TN, TOMASI E, THUMÉ E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. Rev Bras Epidemiol. 2015.
- [5] BENEDET AS, GELBCKE FL, AMANTE LN, PADILHA MIS, PIRES DP. Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. J res fundam care. Online. 2016
- [6] CABRAL, L. & FLORENTIM, R. Saúde Mental dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. Rev. Millenium. 2015
- [7] CONCEIÇÃO V M ET al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. Revista Eletrônica Gestão & Saúde.2017.
- [8] COSTA ALS, SOUZA MLP. Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica. Rev Saude Publica. 2017.
- [9] DE CARVALHO, D et al., A saúde mental dos enfermeiros: Um estudo preliminar. Revista Portuguesa de enfermagem de saúde mental. 2019.
- [10] DOTTO JI et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: ordem, desordem ou reorganização. Revista UFPE. 2017.
- [11] FIDELIS J.A. Envelhecimento: As ações de enfermagem ao idoso com depressão. Braz. J. Of.

Development.2020.

- [12] GOMES TEB. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Mulheres com Sintomatologia Depressiva: Uma Revisão Sistemática. Rev. Mult. Psic.2017.
- [13] GOUVEIA OA, et al. Detecção precoce dos sintomas depressivos pela equipe de saúde na atenção básica na região norte do país: revisão de literatura. Braz. J. Of. Develop. 2020.
- [14] LIMA T.M. Intervenções de enfermagem em idosos depressivos: uma revisão da literatura, jornal af. Development. 2021.
- [15] LIMA VJS. Cuidados de enfermagem à pessoa com depressão. Revista Científica da FASETE 2017.
- [16] MALACRIDA et al. Pré projeto de revisão integrativa de literatura. Ações de enfermagem ao idoso com depressão. Braz. J. Of. Development. 2020.
- [17] MOLINA, N. P. F. M. et al. Qualidade de vida e morbidade entre idosos com e sem indicativo de depressão. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. 2018.
- [18] MAGALHÃES JM, CARVALHO AMB, CARVALHO SM, ALENCAR DC, MOREIRA WC, PARENTE ACM. Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. REME – Rev Min Enferm. 2016.
- [19] MARINELLI NP, ROSANE A, NAYANE D, SILVA DO. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para implantação. Revista enfermagem contemporânea. 2015.
- [20] PAULA, R. T. et al. A atuação do enfermeiro diante a depressão em idosos institucionalizados: subsídios de prevenção. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde.2018.
- [21] PEREIRA B. R. S et al. Atuação de enfermagem frente a depressão na população idosa. Revista. Enfermagem digit. Cuid. Promoção à saúde. 2019.
- [22] PEREIRA, I. F; FARIA, L. C; VIANNA, R. S. M; CORRÊA,P. D. S; FREITAS,D. A; SOARES, W. D. Depressão e uso de medicamentos em profissionais de enfermagem. Arq. Ciênc. Saúde. 2017.
- [23] PRESTES AY, et al. Proposito de vida, dor e cognição de idosos domiciliados de uma cidade do interior do Amazonas. Revista. FISIOTER Bras. 2021.
- [24] REIS JDS. Assistência de Enfermagem a idosos com depressão. Rev. Conexão Eletrônica. 2016.
- [25] RODRIGUES VMSF. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DAS PROFESSORAS DO ENSINO BÁSICO: Contributos do Enfermeiro Especialista nos Cuidados de Saúde Primários. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2017.
- [26] SOUSA KA, FREITAS FFQ, CASTRO AP, OLIVEIRA CDB, ALMEIDA AAB, Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. REME – Rev Min Enferm. 2017.
- [27] SILVA JP et al . Sistematização da Assistência de enfermagem na graduação: Um olhar sobre o pensamento complexo. Revista Latino- Am enfermagem. 2015.
- [28] SOARES MI, RESCK ZMR, TERRA FS, CAMELO SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. Revista Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2015.
- [29] ZARAGOZA LG. Proposta de intervenção para qualificar a atenção a pessoas com transtornos de saúde mental na área de abrangência da equipe de Saúde da Família Cruzeiro do Sul. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. 2017.

Capítulo 14

Síndrome de Burnout e o impacto psicológico em enfermeiros durante a pandemia por Covid-19

Myrna Fonseca dos Santos

Natália Ramos de Lima

Heriederson Sávio Dias Moura

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: Sentimentos como apreensão, medo, desconforto e a ansiedade são emoções e sentimentos que englobam aspectos psicológicos, fisiológicos e sociais, os quais têm tendência a se tornar psicopatologias, como a Síndrome de Bournout. O objetivo deste estudo é discutir sobre as implicações relacionadas aos fatores de riscos para a Síndrome de Burnout (SB) em enfermeiros durante a pandemia de COVID-19. A busca de artigos para essa revisão integrativa foi feita nas bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar, no ano de 2021. Sendo os critérios: trabalhos acadêmicos e/ou científicos gratuitos, com idiomas em português e inglês e publicações entre 2019 e 2021. Foram encontrados 15 artigos nas plataformas Scielo, BVS e Google Scholar, onde abordavam os sinais e sintomas e as principais ações para combate aos promotores da Síndrome de Burnout em enfermeiros na pandemia da COVID-19. O cotidiano dos enfermeiros durante a pandemia foi muito exaustiva e desgastante em todos os aspectos. A carga de trabalho excessiva, a baixa remuneração, o medo de ser infectado e infectar os familiares e o estresse, ocasionaram desequilíbrio na saúde mental desses profissionais.

Palavras-chave: Pandemias; Coronavírus; Enfermeiros; Saúde Mental; Síndrome de Burnout.

1. INTRODUÇÃO

Em 2019, o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICTV) renomeou oficialmente por coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), o vírus que causa a doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), identificada por meio de um conjunto de infecções do trato respiratório em Wuhan, província de Hubei, China (HUANG et al., 2020).

Por se tratar de uma infecção de fácil contágio, em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou o surto do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) - o mais alto nível de alerta previsto no Regulamento Sanitário Internacional; todavia, a OMS caracterizou como pandemia somente em 11 de março de 2020 (ZHU et al., 2020). Mundialmente, até 03 de dezembro de 2021 foram registrados 263.563.622 casos confirmados e 5.232.562 mortes pela COVID-19. Destacam-se as maiores concentrações de casos confirmados nos Estados Unidos da América, Índia e Brasil, respectivamente (WHO, 2021).

É fato que à pandemia da COVID-19 apresenta efeitos biopsicossociais com ampla distribuição no Brasil, de modo há um risco de desenvolver transtornos mentais menores, percebe-se propensão de alguns grupos como aqueles que possuem maior acesso as informações acerca das estatísticas de mortos e infectados pela COVID-19, jovens, pré-diagnosticados com transtornos mentais, indivíduos de baixa renda, sexo feminino, trabalhadores que não fazem parte do setor saúde e os que integram os grupos de risco (DUARTE et al., 2020).

Dentre as inúmeras consequências decorrentes da pandemia da COVID-19, destacam-se o luto, o isolamento social, a perda de renda e o medo, esses fatores contribuem ainda para o surgimento de problemas de saúde mental ou agravando dos casos pré-existentes (RODRIGUES *et al.*, 2020), principalmente no aumento nos níveis de estresse, medo, pânico, ansiedade, culpa e ou tristeza (BEZERRA et al., 2020).

Frequentemente, os fatores do estresse e ansiedade estão relacionados como desencadeantes de complicações físicas, emocionais, comportamentais e cognitivas, tais como dor de cabeça, aumento dos batimentos cardíacos, problemas de alimentação e de sono, úlceras, exaustão física, tristeza, nervosismo, raiva, culpa, preocupação excessiva, humor deprimido, irritabilidade, reclusão, abuso de substâncias, violência, perda de memória, dificuldade de concentração e dificuldade de tomar decisões (DUARTE et al., 2021).

Estudos apontam que a COVID-19 pode se apresentar como uma gripe por meio de sintomas brandos, além de doenças mais graves (BALLESTE, 2020). Porém, as manifestações mais graves são descritas em pessoas idosas com doenças pré-existentes, como hipertensão, doenças cardíacas, doenças pulmonares, câncer, diabetes ou sem adesão à vacina para a COVID-19 (esquema completo); além disso, pessoas com histórico de tabagismo estão mais vulneráveis as complicações pela COVID-19, uma vez que esses indivíduos podem ser portadores de doenças pulmonares, assim como apresentar capacidade pulmonar reduzida (OPAS, 2020), fato que pode aumentar a necessidade de internação em unidade de cuidados intensivos.

A COVID-19 acomete as pessoas em diferentes níveis de complexidades, onde os casos mais críticos necessitam de cuidados hospitalares intensivos, que incluem até o uso de ventilação mecânica por conta da insuficiência respiratória (CDC, 2020). Órgãos de vigilância em saúde, comunidades científicas e autoridades realizaram uma força tarefa

para o planejamento e adequação dos serviços de saúde para conter a proliferação da COVID-19. Dentre todos os profissionais envolvidos na recuperação da saúde dos pacientes acometidos pela COVID-19, os enfermeiros atuaram e atuam na linha de frente (OLIVEIRA et al., 2020).

A equipe de enfermagem é uma força primordial de trabalho para o enfrentamento da COVID-19, os quais representam 85% dos profissionais dentro das instituições de saúde (SOUZA; SOUZA, 2020a). Contudo, com a pandemia as barreiras físicas e psíquicas tornaram-se mais evidentes para o adoecimento desses trabalhadores no desempenho das suas atividades laborais (SOARES et al., 2020).

Nesse contexto, o estudo tem como objetivo discutir sobre as implicações relacionadas aos fatores de riscos para a Síndrome de *Burnout* (SB) em enfermeiros durante a pandemia por COVID-19, descrevendo os sinais e sintomas que desencadeiam à síndrome e listar as principais ações de combate aos estressores que levam o aparecimento da SB nos enfermeiros.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A DESCOBERTA DO NOVO CORONAVÍRUS

O coronavírus pertence a ordem *Nidovirales*, da família Coronaviridae, contendo seu material nucléico em fita simples de RNA (ácido ribonucleico) (~26–32 kbs de comprimento), são classificados em quatro gêneros: Alphacoronavírus (α), Betacoronavírus (β), Gammacoronavírus (γ) e Deltacoronavírus (δ) (PERLMAN; NETLAND, 2009; WOO et al., 2009; SHEREEN et al., 2020). Esse vírus recebeu seu nome devido as espículas da sua superfície externa apresentarem características que se assemelham a uma coroa (SHEREEN et al., 2020).

O SARS-CoV-2 é uma nova cepa mutante que acomete as funções respiratórias do ser humano, tornando-se conhecido no final de 2019, após um surto entre trabalhadores e comerciantes em um mercado em Wuhan, na China. Os acometidos pelo vírus apresentavam sintomas respiratórios comuns a outras doenças do trato respiratório. Diante disso, realizou-se uma investigação para descobrir qual era a doença que estava se disseminando entre a população chinesa, na qual foi detectado a presença do SARS-CoV-2, causador da COVID-19 (WHO, 2020a).

No Brasil, o primeiro caso da COVID-19 foi diagnosticado em fevereiro de 2020, em São Paulo (SP). Rapidamente, o vírus se alastrou por todo o país e desencadeando milhares de mortes pela doença (BRASIL, 2020a). Segundo o Ministério da Saúde (MS), até 05 de dezembro de 2021 o Brasil registrou 22.143.091 casos confirmados da COVID-19 e 615.636 óbitos, dados estes repassados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2020b).

A COVID-19 se manifesta, em média, de dois a 14 dias, através dos sintomas de febre, tosse seca, dispneia, fadiga e mialgia (WANG et al., 2020a). O SARS-CoV-2 pode se propagar por meio do contato direto, indireto (por fômites) ou através da proximidade entre indivíduos infectados, por meio de saliva e secreções respiratórias, ou por gotículas propagadas no ar pela tosse, espirros e ou fala. As gotículas contaminadas podem entrar em contato com uma pessoa sadia através da mucosa da boca, nariz ou olhos (WHO, 2020b).

2.2. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE A PANDEMIA DA COVID-19

A equipe de Enfermagem está sendo o pilar da assistência aos pacientes acometidos pela COVID-19, sendo reconhecidamente primordial para a homeostasia da saúde da população debilitada diante da crescente proliferação do vírus (COFEN, 2020a). A pandemia tem gerado transformações na vida da população, pois se trata de uma emergência de saúde pública mundial, trazendo grandes preocupações quanto a saúde mental e o adoecimento psíquico dos enfermeiros atuantes da linha de frente da pandemia (ORNELL et al., 2020).

A Enfermagem é a maior categoria profissional na área de saúde, intimamente ligada ao cuidado continuado do paciente. Portanto, compreende-se que esses profissionais são os mais propensos à possíveis impactos psicológicos ocasionados pela pandemia (SOUZA; SOUZA, 2020a). A assistência de enfermagem teve grande destaque durante a pandemia da COVID-19, pois expôs as dificuldades relacionadas à assistência aos pacientes, as altas jornadas de trabalho, o receio de infecção, escassez de materiais, dentre outros fatores que se tornaram favoráveis para o descontrole emocional desses profissionais (SPAGNOL et al., 2020).

É importante evidenciar que a vida dos enfermeiros durante esse período caótico tem sido laborioso, pois a COVID-19 não causa apenas transtornos nos doentes, mas também deixam sequelas nos trabalhadores que prestam assistência a saúde (SCHMID, 2020a). Com isso, é fundamental que seja proporcionado um ambiente com condições favoráveis para prestação de um serviço de qualidade, com uma equipe qualificada e apoio por parte dos gestores, corroborando assim para uma oferta assistencial adequada, segura, integral e holística.

2.3. ESTRESSORES RELACIONADOS À PANDEMIA DA COVID-19

Com o advento da COVID-19, houve uma elevação significativa na carga horária de trabalho dos enfermeiros, o que influenciou no aparecimento de sinais de exaustão física, dificultando a sua capacidade na tomada de decisões difíceis em relação aos cuidados ofertados aos pacientes. Além disso, a falta de materiais de proteção em quantidades suficientes e de qualidade elevaram o nível de exposição dos enfermeiros ao COVID-19, comprometendo assim o bem estar físico e mental desses profissionais (LUNG et al., 2019).

Os impactos na saúde mental dos enfermeiros não se restringem apenas à saúde mental, pois as emoções e vivências diárias na linha de frente do enfrentamento a COVID-19, aliados a pressão e ao estresse acabam ativando o sistema nervoso simpático e o sistema endócrino. Esses sistemas despertam efeitos sobre a glândula adrenal que resultam em consequências negativas para o corpo físico, impactando na saúde e doença desses trabalhadores, prejudicando o seu desempenho na assistência à saúde, aumentando o estresse e desestabilizando o corpo (TURNER et al., 2020).

A SB tem como características principais à exaustão emocional, acompanhada de despersonalização e autodesvalorização pessoal e profissional, por consequência ao alto nível de estresse vivido constantemente. A síndrome já se tornou comum entre muitos trabalhadores da área de saúde, com mais incidência em enfermeiros, profissionais que têm contato direto com os clientes (VITORINO et al., 2019).

Com o crescimento desenfreado de infectados pela COVID-19 e, conseqüentemente, necessitando de cuidados intensivos dos profissionais de saúde, a SB se intensificou, uma vez que o excesso das horas de trabalho ocasionou problemas psicológicos e sociais, estresse, ansiedade e interferência na qualidade de vida desses prestadores de serviços (FARO et al., 2020).

A apreensão, o medo, o desconforto ou a ansiedade, são emoções e sentimentos que englobam aspectos psicológicos, fisiológicos e sociais, e que têm uma tendência a se tornar psicopatologias, como a SB, podendo afetar questões físicas, sociais e profissionais, evidenciados com mais intensidade com o advento da pandemia da COVID-19 (LANA et al., 2020).

O profissional que já apresenta sinais de SB, pode ter o seu quadro agravado por outros estressores, como a gravidade dos pacientes, limitação de ventiladores mecânicos e aumento dos leitos nas Unidades de Terapias Intensivas (UTI's), fatores que sobrecarregam esses profissionais e implica no aparecimento de crises de ansiedade e depressão (TORALES et al., 2020), além de intensificar as emoções de incertezas, quadro de ansiedade, solidão, pânico, apreensões, despertando o sofrimento mental e afetando os sentimentos no trabalho (APA, 2020). Vale ressaltar que esses profissionais recebem baixos salários, o que os levam a realizar triplas jornadas de trabalho e ou atuarem como *freelancer*, deixando-os propensos ao esgotamento físico e emocional que, por sua vez, são sinais relacionados diretamente com o desenvolvimento da SB (DUAN; ZHU, 2020).

Os enfermeiros apresentam as maiores taxas de SB dentre os trabalhadores da saúde (LAI et al., 2019), essa característica pode ser relacionada ao fato desses profissionais serem os mais atuantes na linha de frente de combate contra à COVID-19, e presenciando um número de mortes de forma desordenada, o que desencadeia um turbilhão de sentimentos como a frustração, a sensação de perigo e medo (SCHMIDT et al., 2020).

Desse modo, percebe-se que há um grande impacto físico e mental nos trabalhadores da saúde, que pode ser relacionado ao fato de presenciarem a alta disseminação da COVID-19 entre seus pares e elevação da mortalidade em toda a classe (ELBAY et al., 2020).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, narrativa, do tipo integrativa de literatura. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisas em publicações envolvidas no tema, utilizando as bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Google Scholar*. Os descritores utilizados foram encontrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou *Medical Subject Heading* (MeSH), e combinados através do operador booleano 'OR' dentro de cada grupo e 'AND' entre os grupos, sendo esses: COVID-19; Enfermeiros; Saúde Mental; Síndrome de *Burnout*; Estresse Psicológico.

Os critérios de inclusão considerados foram: trabalhos acadêmicos e/ou científicos com acesso livre, disponíveis na íntegra com idiomas em português e inglês, publicados entre 2019 e 2021, que retratavam de forma clara e objetiva sobre o tema abordado. Já os critérios de exclusão foram: trabalhos de monografias, dissertações de mestrados, teses de doutorados e pesquisas nos quais só disponibilizam o resumo ou que não se relacionam com a temática do presente trabalho.

As buscas de dados foram realizadas de agosto a novembro de 2021, selecionadas pela sua importância sobre o tema, com o intuito de adquirir um conhecimento abrangente dos trabalhos. Para a seleção dos artigos, foi elaborado um método de fichamento, que lista as seguintes informações: dados da identificação do artigo, objetivo, metodologia, resultados e conclusão. Desse modo, foram selecionados 32 artigos, e após a aplicação dos critérios de elegibilidade foram escolhidos 15 trabalhos científicos para integrar o atual artigo, conforme destacado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção de estudos para a revisão integrativa da literatura.



4. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a relação dos artigos incluídos neste estudo e suas principais informações. Os achados foram compostos por 15 publicações que retratam sobre os sinais e sintomas que desencadeiam a SB e suas ações de combate que impactaram diretamente na saúde mental dos enfermeiros durante à pandemia da COVID-19.

Tabela 1 – Síntese dos artigos escolhidos para a elaboração da discussão desta revisão integrativa.

Autor/ Ano	Título	Tipo de Estudo	Sinais e Sintomas	Ações
NASCIMENTO, HATTORI, TERÇAS- TRETTEL 2020	Necessidades pessoais de enfermeiros durante a pandemia da covid-19 em Mato Grosso	Estudo exploratório qualitativo.	Solidão e estranheza.	Fornecer estratégias de proteção à saúde e influenciar na qualidade de vida desses profissionais.
LABRAGUE; DE LOS SANTOS 2021	Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the covid-19 pandemic	Estudo transversal.	Esgotamento físico, depressão, estresse e ansiedade.	Intervenções que possibilitem a resiliência podem promover a satisfação e a retenção no trabalho dos enfermeiros e, conseqüentemente a qualidade da assistência prestada.
QUEIROZ et al. 2021	O 'novo' da covid-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem?	Pesquisa de Recorte qualitativo, da macro pesquisa "Estudo Vida Mental/Covid-19	Sensação de medo, incerteza e insegurança na realização do cuidado.	Deve-se criar equipes de suporte psicossocial para com as profissionais de Enfermagem na busca de maior atenção e vigilância.
LAI et al. 2019	Factors associated with mental health outcomes among health professionals exposed to coronavirus disease 2019.	Estudo transversal.	Depressão, ansiedade, insônia e angústia.	Implementações de intervenções especiais para promover o bem-estar mental nos profissionais de saúde expostos ao COVID-19.
MANNINO et al. 2021	The future capacity of the nursing workforce impacts the covid-19 pandemic on new nurses and nursing Students in relation to the profession.	Pesquisa Qualitativa.	Insegurança pessoal e medo.	Participar de práticas de autocuidado para promover o bem estar físico e mental, através de práticas simples como se exercitar, socializar com os amigos, passar um tempo de qualidade com a família, ler um livro e assistir a um filme favorito.

Tabela 1 – Síntese dos artigos escolhidos para a elaboração da discussão desta revisão integrativa. (continuação)

Autor/ Ano	Título	Tipo de Estudo	Sinais e Sintomas	Ações
GONZÁLEZ-GIL et al. 2020	Nurses perceptions and demands regarding the provision of care covid-19.	Estudo transversal.	Ansiedade, depressão, insônia, fadiga e estresse psicológico.	Oferecer bons períodos de entrega de descanso com turnos especiais e pausas para necessidades básicas e desabafo de emoções por uma hora.
ZERBINI et al. 2020	Psychosocial burden of healthcare professionals in times of covid-19 a survey conducted at the university hospital augsburg.	Pesquisa quantitativa.	Preocupações com a segurança e a segurança da família, bem como os relatórios de mortalidade, tensão no trabalho, incerteza sobre o futuro.	Oferecer apoio social para lidar com a carga psicológica após a pandemia.
ZHANG et al. 2020	Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the covid-19 epidemic.	Estudo transversal.	Insônia grave, ansiedade, depressão, somatização e sintomas obsessivo compulsivos.	Condições de trabalho adequadas e programas de recuperação favoreçam as atividades necessárias para garantir as melhores condições físicas, mentais e sociais para um estado de saúde ideal.
ROBERTS et al. 2021	Impacts of covid-19 on mental health and well-being on rural paramedics, police, community nurses and child protection workers.	Análise quantitativa pesquisa transversal.	Depressão, Síndrome de Burnout, ansiedade e estresse.	Introdução de programas de saúde mental, aumentando a disponibilidade de programas de assistência aos funcionários e outros serviços psicológicos.
YIN et al. 2020	Posttraumatic stress symptoms of health care workers during the corona virus disease 2019.	Estudo transversal.	Distúrbios de sono, ansiedade, falta de contato com a família e exaustão.	Melhorar na qualidade de sono e disponibilizar orientações psicológicas multifacetadas.

Tabela 1 – Síntese dos artigos escolhidos para a elaboração da discussão desta revisão integrativa. (continuação)

Autor/ Ano	Título	Tipo de Estudo	Sinais e Sintomas	Ações
ROSA et al. 2021	Análise sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da covid-19: Uma análise num Hospital Regional.	Estudo qualiquantitativo.	Estresse, fadiga, sensação de incapacidade, insegurança e preocupação.	Criação de políticas públicas que visem auxiliá-los com atendimentos psicológicos.
SANTOS et al. 2020	Depressão e ansiedade em profissionais de Enfermagem durante a pandemia da covid-19	Estudo seccional, do tipo web-survey.	Aumento de sofrimento mental entre os profissionais.	Ações que visem à melhoria das condições de trabalho e que estimulem a prática de atividades físicas.
LABEGALINIST et al. 2021	O processo de enfrentamento da pandemia de COVID-19 na perspectiva de profissionais da Enfermagem.	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.	Medo, insegurança, dúvidas e incertezas.	Execução do cuidado e coordenação da equipe, fomentando a transformação de saberes e práticas, não somente em relação pandemia, mas também o relacional
ALYAHYA et al. 2021	Association Between role conflict and ambiguity and stress among nurses in primary health care centers in Saudi Arabia during the coronavirus disease 2019 pandemic	Estudo transversal online.	Ambiguidade e estresse no trabalho, conflito e ambiguidade de papéis poderiam explicar níveis mais altos de estresse no trabalho relatados por enfermeiros.	As políticas podem ser usadas para aumentar os papéis pode ajudar a reduzir os níveis de estresse entre os enfermeiros, ajudando assim a proteger a qualidade do atendimento.
SÁNCHEZ-SÁNCHEZ et al. 2021	Impact of the covid-19 pandemic on the mental health of nurses and auxiliary nursing care technicians—a voluntary online survey.	Estudo transversal observacional	Uma carga psicológica imensa aos profissionais de saúde devido a uma combinação de fatores de estresse no local de trabalho e medos pessoais.	A saúde mental deve ser monitorada e estratégias de enfrentamento promovidas para melhorar a saúde, a produtividade e a eficiência desses profissionais

5. DISCUSSÃO

A sobrecarga de trabalho é destacada em um dos fatores contribuidores às alterações psicológicas nos profissionais de Enfermagem. O aparecimento de uma pandemia desencadeou a presença de experiências e mistos de emoções entrelaçados com o árduo trabalho, falta de subsídios para a assistência e segurança, suscitando a necessidade de apoio psicológico constante (NASCIMENTO; HATTORI; TERÇAS-TRETTEL; 2020).

Segundo QUEIROZ et al. (2021), os enfermeiros possuem condições impróprias de trabalho, passando pela ausência de recursos para execução de suas atividades diárias e até o fornecimento de materiais e equipamentos de proteção individual inadequados. Além disso, a composição insuficiente ou desqualificada de profissionais, grandes jornadas de trabalho, múltiplos vínculos empregatícios, deixam esses prestadores de serviço mais suscetíveis a contaminação e maior exposição ao cometimento de erros.

A falta de motivação para o trabalho, a fadiga, a culpa e o desespero, são os aspectos emocionais que estão entre os profissionais que exercem suas funções em situações insalubres, sem materiais adequados, sem infraestrutura e que atuam na linha de frente da pandemia, aumentando a percepção do próprio risco. Em decorrência disso, surge o aparecimento de novos promotores de sentimentos contribuidores ao agravamento da SB como estresse e ansiedade, sendo eles os de maior ocorrência (LABRAGUE; DE LOS SANTOS, 2021).

Com ênfase nas implicações causadoras do comprometimento da saúde mental desses profissionais durante a pandemia da COVID-19, alguns estudos mostraram que os agravantes psicológicos estão relacionadas aos riscos laborais, como a quantidade insuficiente de insumos e equipamentos de proteção individual (EPI), a falta de treinamento para o embate contra a COVID-19, assim como as altas jornadas de trabalho e o contato direto com pacientes infectados (YIN et al., 2020; ROBERTS et al., 2021; ZERBINI, et al., 2020).

Há três grandes promotores que implicam na saúde mental dos enfermeiros, sendo esses os físicos, cognitivos e psíquicos. Se tratando da pandemia da COVID-19, essas implicações tendem a se desenvolver de forma contrária para a saúde desses profissionais, por conta da sua grande carga moral demandada nas tomadas de decisões, que interferem diretamente na vida dos pacientes. Esses fatos corroboram com o aparecimento de sinais e sintomas da SB, interligados com a geração de medo, angústias, desconforto, ansiedade (LAI, et al., 2019; GONZÁLEZ-GIL, et al., 2020).

O desequilíbrio na saúde mental dos enfermeiros estão amplamente relacionados a depressão, insônia, distúrbios do sono, ansiedade, angústia, exaustão, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno Compulsivo Obsessivo (TOC), além de altos níveis de desgosto profissional, sendo um leque de implicações para o desenvolvimento a SB (ZHANG et al., 2020).

Dentre os profissionais de saúde, as que se declaram do sexo feminino são as mais vulneráveis a apresentar níveis elevados de ansiedade, além de maiores índices de depressão e angústia (LAI et al., 2020; MANNINO, et al., 2021), podendo estar associado ao sentimento maternal e de proteção com a família, uma vez que essas profissionais se deparam com o sentimento de medo pelo fato de tornarem-se meio de transmissão para seus familiares ao retornarem para suas residências (SÁNCHEZ-SÁNCHEZ et al., 2021).

Durante os momentos mais caóticos da pandemia, muitos profissionais da saúde optaram por não ter proximidade com os familiares para protegê-los. Obviamente, essa escolha trouxe implicações para o desequilíbrio emocional, como estresse e culpa, que foram desencadeados pelo preconceito relacionado ao trabalho na linha de frente da pandemia e o medo de contaminação com o novo coronavírus pela sociedade e familiares. No intuito de reduzir o distanciamento físico entre os profissionais da saúde e seus familiares, um recurso encontrado foi o contato através de meios tecnológicos, além de manter uma boa comunicação com a equipe de trabalho, para assim amenizar a angústia vivenciada (ALYAHYA et al., 2021).

O distúrbio no sono é um sinal prevalente entre os enfermeiros, pois é desencadeado pelo tempo prolongado de dedicação à assistência (WANG et al., 2020b), além de ser correlacionado com sintomas da SB, como a ansiedade e depressão, impactando diretamente sobre a qualidade de vida, atingindo principalmente nos sistemas cardiovascular, endócrino e imunológico. Um sono deficiente pode gerar o aparecimento de sintomas emocionais que interferem nas funções fisiológicas, como na imunidade, aprendizado e memória (WU; WEI, 2020).

Embora a pandemia da COVID-19 tenha despertado o medo de forma geral, há o anseio de implementar ações para prevenir a saúde mental e física desses profissionais enfermeiros e de toda a população LABEGALINI et al. (2021). É reconhecido a necessidade de intervenções psicológicas para população, especialmente para os enfermeiros, profissionais corajosos e que foram vistos de maneira orgulhosa pela população, e que muitas vezes se anularam a si mesmo em virtude do cuidado à saúde dos pacientes. Por isso, é necessário um sistema de ações que estabeleçam uma organização no dia a dia desses trabalhadores, minimizando o aparecimento de ansiedade e depressão (DAL' BOSCO et al., 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), em 31 de março de 2020, foi publicada a Portaria nº 639, que trata sobre a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”, que dispõe sobre a capacitação e o cadastramento de profissionais da saúde para o enfrentamento à COVID-19, incluindo o profissional psicólogo (BRASIL, 2020c). O Conselho Federal de Psicologia publicou em 26 de março de 2020 a Resolução nº 4, que dispõe sobre a prestação de serviços de acompanhamento por psicólogos através de meios de comunicação e tecnológicos para a propagação de informações referente ao cuidado mental, por meio do “Cadastro e-Psi”, em atendimento remoto, destinadas a pessoas que estejam em situações de urgência, emergência e desastre, para que assim possa ser minimizado as implicações psicológicas diante da COVID-19 (CFP, 2020).

Outra iniciativa foi a promoção da saúde mental no contexto da pandemia, que buscou ofertar informações direcionadas aos profissionais da saúde, cuidadores, população em geral, pessoas idosas e a população venezuelana migrante (OPAS, 2020). Ações psicoeducativas com a distribuição e postagem de cartilhas virtuais, plataformas com guias informativos, *softwares*, vídeos, áudios, videoaulas, manuais, *e-books*, contas de Instagram e *WhatsApp*, foram outros recursos de suporte psicossocial destinados aos enfermeiros. Estes subsídios foram disponibilizados por conselhos e grupos de psicólogos voluntários, além do fornecimento de atendimentos psicológicos realizados em hospitais universitários por todo o país (MELO, 2020).

O estímulo ao encorajamento pela busca de apoio psicológico é importante, pois esses atendimentos podem ser vistos como uma válvula de escape para tanta pressão psicológica do ambiente de trabalho, uma vez que os enfermeiros precisaram lidar com o desconhecido e com as emoções e adversidades que aparecem na rotina de trabalho. Intervenções psicológicas também são essenciais, como o fornecimento de livros sobre saúde mental, mensagens de autoajuda, aconselhamento e psicoterapia (*on-line* ou presencial) (SANTOS et al., 2020).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em março de 2020, criou um canal de atendimento aos enfermeiros, como forma de ofertar o apoio aos profissionais da linha de frente da COVID-19. O COFEN tem fiscalizado as condições de trabalho dos enfermeiros, para o cuidado com a saúde mental e os altos índices de desestabilidade psicológica, disponibilizando uma plataforma para o cuidado forma de intermitente (COFEN, 2020b).

O convívio familiar é um fator favorável na manutenção da saúde mental, pois ter perto os familiares acalma a mente e diminui os sinais e sintomas sugestivos de SB nos enfermeiros. Além disso, a prática de atividades mente-corpo faz com que seja reduzida a incidência de sintomas de ansiedade e depressão. Portanto, como um meio de prevenção, recomenda-se ter hábitos saudáveis que visem elevar o bem-estar do corpo e da mente (ROSA et al., 2021).

6. CONCLUSÃO

A COVID-19 não somente devastou famílias, como vêm desencadeando crises na saúde pública em todo mundo. Porém, a crise em saúde tornou-se também uma crise de saúde mental. Essas situações vivenciadas impactam de forma direta na saúde dos enfermeiros que estão em linha de frente, aumentando significativamente os danos psicológicos e físicos. Diante disso, é importante a implementação de ações voltadas para o apoio psicológico desses profissionais, tendo em vista que a Enfermagem é quem oferece assistência continuada e holística aos pacientes.

A síndrome de *burnout* está amplamente relacionada psicopatologias como ansiedade, estresse, medo, depressão e distúrbios de sono, um conjunto de implicações que comprometem na vida pessoal e profissional dos enfermeiros. É evidente que a prática de dialogar com pessoas próximas ao convívio, manter uma relação estreita com familiares e praticar exercícios físicos resultam em grandes benefícios à manutenção das condições mentais contra os sofrimentos psíquicos.

REFERÊNCIAS

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. APA Offers Resources to Cope with COVID-19. Washington: APA, 2020. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/apa-offers-resources-to-cope-with-covid-19>. Acesso em: 25 set. 2021
- [2] ALYAHYA, S. A. et al. Association between role conflict and ambiguity and stress among nurses in primary health care centers in Saudi Arabia during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional study. *Medicine*, v. 100, n. 37, 2021.
- [3] BALLESTE, R. El laboratorio en el diagnóstico de COVID-19 en Uruguay: resultados y desafíos. *Rev. Méd. Urug.* v. 36, n. 3, p. 1-8, 2020.
- [4] BEZERRA, D. R. C. et al. Uso das Práticas Integrativas e Complementares no período de isolamento social da COVID-19 no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 11, p. e1329119718-

e1329119718, 2020.

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus e o novo coronavírus: o que é, causas, sintomas, tratamento e prevenção. 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 10 agosto 2021.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. COVID-19 NO BRASIL. 2020b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 06 dezembro 2021.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. COVID-19 NO BRASIL. 2020b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 06 dezembro 2021.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 639 de 31/03/2020. 2020c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0639_02_04_2020.html. Acesso em: 07 out. 2021.

[9] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. C. D. C. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, v. 69, n. 12, p. 343-346, 2020. Acesso em: 07 out. 2021.

[10] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Cofen disponibiliza canal para ajuda emocional a profissionais. Brasília: COFEN, 2020a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/>. Acesso em: 07 out. 2021.

[11] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Cofen disponibiliza canal para ajuda emocional a profissionais. Brasília: COFEN, 2020b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/>. Acesso em: 07 out. 2021.

[12] CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Nova resolução do CFP orienta categoria sobre atendimento online durante pandemia da covid-19. Disponível: <https://site.cfp.org.br/nova-resolucao-do-cfp-orienta-categoria-sobre-atendimento-on-linedurante-pandemia-da-covid-19/>. Acesso em: 07 out. 2021.

[13] DAL'BOSCO, E.B. et al.. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, supl. 2, 2020 . Acesso em: 07 out. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020001400153&lng=pt&nrm=iso.

[14] DUAN, L, ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The lancet psychiatry*, v. 7, n. 4, p. 300-302, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0). PMID:32085840. Acesso em: 25 set. 2021.

[15] DUARTE, M. L. C.; SILVA, D. G.; BAGATINI, M. M. C. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, 2021.

[16] DUARTE, M. Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 25, n. 9, p. 3401-3411, 2020.

[17] ELBAY, R. Y, et al.. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry research*, v. 290, p. 113130, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>. PMID:32497969. Acesso em: 25 set. 2021.

[18] FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*. v. 37, n. e200074, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF/?lang=pt&format=html> . Acesso em: 25 set. 2021.

[19] GONZÁLEZ-GIL, M. T. et al. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive and Critical Care Nursing*, v. 62, p. 102966, 2021.

[20] HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. v. 395, n. 10223 pp. 497-506, 2020.

[21] LABEGALINI, C. M. G. et al.. O processo de enfrentamento da pandemia de COVID-19 na perspectiva de profissionais da Enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, p. e5410111252-e5410111252, 2021.

[22] LABRAGUE, L. J.; DE LOS SANTOS, J. A. A. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Applied Nursing Research*, v.

61, p. 151476, 2021.

- [23] LAI, J. et al.. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, v. 3, n. 3, p. e203976-e203976, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>. PMID:32202646. Acesso em: 25 set. 2021.
- [24] LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00019620, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n3/e00019620/pt/>. Acesso em: 25 set. 2021.
- [25] LUNG FW, LU YC, CHANG YY, SHU BC. Mental symptoms in different health professionals during the SARS Attack: a follow-up study. *Psychiatr Q.* 2019;80(2):107-16. Acesso em: 10 set. 2021. Disponível em: doi: 10.1007/s11126-009-9095-5.
- [26] MANNINO, J. E. et al.. The Future Capacity of the Nursing Workforce: COVID-19 Pandemic's Impacts on New Nurses and Nursing Students Toward the Profession. *Nurse Educator*, v. 46, n. 6, p. 342-348, 2021.
- [27] MELO, B. D. et al. (org). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações para gestores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Cartilha. 13 p.
- [28] NASCIMENTO, V. F.; HATTORI, T. Y.; TERÇAS-TRETTEL, A. C. P. Necessidades pessoais de Enfermeiros durante a pandemia da COVID-19 em Mato Grosso. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 1. ESP, 2020.
- [29] OLIVEIRA, K. K. D. et al. Nursing Now and the role of nursing in the context of pandemic and current work. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 42, n. esp. 2020.
- [30] OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Folha informativa sobre COVID-19. 2020a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 03 dezembro 2020.
- [31] OPAS. Covid-19. 2020b. Acesso em: 07 out. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
- [32] ORNELL, F. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de saude publica*, v. 36, p. e00063520, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n4/e00063520/en>. Acesso em: 10 agos. 2021.
- [33] PERLMAN, S.; NETLAND, J. Coronaviruses post-SARS: update on replication and pathogenesis. *Nat Rev Microbiol.* v. 7, p. 439-450, 2009.
- [34] QUEIROZ, A. M. et al.. O 'NOVO' da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem?. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 2021.
- [35] RODRIGUES, N. H; SILVA, L. G.A. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. *Journal of Nursing and Health*, v. 10, n. 4, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18530/11238>. Acesso em: 25 set. 2021.
- [36] ROBERTS, R. et al. Mental health and well-being impacts of COVID-19 on rural paramedics, police, community nurses and child protection workers. *Australian Journal of Rural Health*, v. 29, n. 5, p. 753-767, 2021.
- [37] ROSA, T. J. L. et al.. Análise sobre a Saúde Mental dos Profissionais de Enfermagem no enfrentamento da COVID-19: Uma Análise num Hospital Regional. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 5, p. 44293-44317, 2021.
- [38] SÁNCHEZ-SÁNCHEZ, E. et al.. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses and Auxiliary Nursing Care Technicians—A Voluntary Online Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 16, p. 8310, 2021.
- [39] SANTOS, K. M. R. et al.. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Escola Anna Nery*, v. 25, 2020.
- [40] SCHMIDT, B. et al.. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*, v. 37, 2020a. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

- [41] SCHMIDT, B. et al. Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). *SciELO Preprints*. p. 1-26, 2020b. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/58/69>. Acesso em: 10 set. 2021.
- [42] SHEREEN, M. A. et al. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of Advanced Research*. v. 24, p. 91-98, 2020.
- [43] SOARES, S. S. S. et al. De cuidador a paciente: na pandemia da Covid-19, quem defende e cuida da enfermagem brasileira? *Escola Anna Nery*, v. 24, n. Spe, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/YfFkxn8LLxhtxXXCNB754PP/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 27 agos. 2021.
- [44] SOUZA, L. P. S.; SOUZA, A. G. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida?/Brazilian nursing against the new Coronavirus: who will take care for those who care?. *Journal of Nursing and Health*, v. 10, n. 4, 2020a. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18444/11237>. Acesso em: 10 agos. 2021.
- [45] SPAGNOL, C. A. et al. Holofotes acesos durante a pandemia da covid-19: paradoxos do processo de trabalho da enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 24, p. 1 - 6, 2020. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1514>>. Acesso em: 27 ago. 2021
- [46] TORALES, J. et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 66, n. 4, p. 317-320, 2020. Disponível em: doi: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0020764020915212>. Acesso em: 25 set. 2021
- [47] TURNER, A. I. et al.. Psychological stress reactivity and future health and disease outcomes: A systematic review of prospective evidence. *Psychoneuroendocrinology*, v. 114, p. 104599, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453020300184>. Acesso em: 10 set. 2021.
- [48] VITORINO, M. F. et al.. Síndrome de Burnout: conhecimento da equipe de enfermagem neonatal. *Rev. enferm. UFPE on line*, v. 12, n. 9, p. 2308-2314, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234632>. Acesso em: 25 set. 2021.
- [49] WANG, D. et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama Network open*, v. 323, n. 11, p. 1061-1069, 2020a. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2761044>. Acesso em: 10 ago. 2021.
- [50] WOO, P. C. et al. Coronavirus diversity, phylogeny and interspecies jumping. *Exp Biol Med (Maywood)*. v. 234, p. 1117-1127, 2009.
- [51] World Health Organization. Novel coronavirus (COVID-19). Geneva: WHO. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 10 ago. 2021
- [52] World Health Organization. Novel coronavirus (COVID-19). Geneva: WHO. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 10 ago. 2021
- [53] WHO (World Health Organization). Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19). 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 03 dezembro 2021.
- [54] WU, K.; WEI, X. Analysis of psychological and sleep status and exercise rehabilitation of front-line clinical staff in the fight against COVID-19 in China. *Medical science monitor basic research*, v. 26, p. e924085-1, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7241216/pdf/medscimonitbasicres-26-e924085.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- [55] YIN, Q. et al. . Posttraumatic stress symptoms of health care workers during the corona virus disease 2019. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, v. 27, n. 3, p. 384-395, 2020.
- [56] ZERBINI, G. et al. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19—a survey conducted at the University Hospital Augsburg.. *GMS German Medical Science*, v. 18, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/reso/urce/es/mdl-32595421>. Acesso em: 25 out. 2021.
- [57] ZHANG, Wen-rui et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, v. 89, n. 4, p. 242-250, 2020.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/globalliterature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-305902>. Acesso em: 25 out. 2021.

[58] ZHU, N. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* v. 382, n. 8, p. 727–33, 2020.

Capítulo 15

Saúde mental dos profissionais de enfermagem em tempos de pandemia da Covid-19: Uma revisão integrativa

Jari Fernandes Assis Neto

Lucas Ramos Ferreira

Maiara Gomes de Moura

Heriederson Sávio Dias Moura

Graciana de Sousa Lopes

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: São inúmeros os sentimentos e transtornos emocionais que os profissionais da saúde enfrentam diante da elevada sobrecarga de trabalho e dos eventos negativos que um período de pandemia oferece. O objetivo do estudo foi identificar o desgaste físico e emocional do profissional enfermeiro no ambiente ocupacional em tempo de pandemia da COVID-19. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida a partir da coleta de material previamente elaborado disponíveis em base de dados como Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) por meio da plataforma BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), PubMed site de acesso da base de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e outras fontes, utilizando os descritores: Profissionais de saúde, COVID-19, Saúde mental. Os enfermeiros, no ambiente de trabalho, muitas vezes precisam tomar decisões rápidas e precisas, que podem salvar vidas. Com o surgimento da COVID-19, estes profissionais se depararam com o novo sob a perspectiva de diversos fatores que requerem urgentes respostas, técnicas e psicossociais, a fim alcançar o êxito no atendimento às pessoas acometidas pela doença. Deve-se considerar o impacto na saúde mental dos profissionais de Enfermagem acarretado pela COVID-19 e intervir com estratégias de enfrentamento para minimizar o sofrimento destes.

Palavras-chave: Enfermeiro; COVID-19; transtornos psicológicos.

1. INTRODUÇÃO

Os profissionais de Enfermagem sofrem diferentes tipos de agravos, geralmente causados pela sobrecarga de trabalho, horas de plantões dobradas e a grande demanda de pacientes. Com isso, surgem danos que prejudicam sua vida física, emocional e social. Isto ocorre principalmente pela ausência de outros profissionais no trabalho, reduzindo assim o tempo de intervalo e o descanso, aumentando o desgaste físico dos enfermeiros em plantão. Esta intensa rotina pode dar início a um sentimento de desânimo e preocupação, que contribui para a geração de algum tipo de transtorno, levando, muitas vezes, a exaustão (SILVA et al., 2016).

Nesse contexto, o profissional de saúde, para sua segurança pessoal e do paciente, precisa estar atento para eventuais situações que possam apresentar perigo para ambos. Em sua rotina, o enfermeiro lida com pessoas que muitas vezes se encontram em estado crítico de saúde, e até mesmo com a morte de pacientes, o que pode abalar seu emocional. Desse modo, é possível afirmar que: trabalhar em Enfermagem é penoso e insalubre, gera sofrimento psíquico, sendo necessário que este profissional se reinvente e aprenda a cuidar, também, de sua saúde física e mental (HUMEREZ et al., 2020).

Segundo Soares et. al. (2020), durante a jornada de trabalho, o profissional de Enfermagem carrega consigo sentimento de dor frente à expectativa criada pelo paciente por ele atendido, pois sabe que além da sua competência para atender o cliente, a melhora do estado de saúde do mesmo pode trazer complicações, pois nem sempre um bom estado físico significa que o paciente esteja revigorado com a sua saúde.

Diante do exposto, justifica-se a necessidade de constante discussão sobre a avaliação da saúde mental do enfermeiro. Desta forma, objetivo deste trabalho é identificar situações de desgaste físico e emocional do profissional enfermeiro no ambiente ocupacional em tempo de pandemia da COVID-19.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. PANDEMIA DA COVID-19

Na segunda quinzena de dezembro de 2019, surgiram os primeiros registros de casos de coronavírus em um hospital de Wuhan, na China. Em seguida, o número de infectados aumentou exponencialmente e a doença se espalhou pelo mundo, chegando ao ponto mais alto com a decretação de emergência global por parte da OMS em 29 de janeiro de 2020, quando muitos países já confirmavam diagnóstico do vírus (COSTA, 2020). Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou estado de pandemia a doença causada pelo novo coronavírus denominada como COVID-19, que trouxe aos serviços de saúde um cenário de ações em assistência e segurança para à comunidade e profissionais (SILVA et al., 2020).

No Brasil, os primeiros casos suspeitos do COVID-19 no início de fevereiro, na cidade de São Paulo. Após um mês, começou-se a identificar os doentes confirmados e óbitos decorrentes da doença, principalmente na região Sudeste e em grandes capitais, espalhando-se por todos os estados brasileiros (DAL'BOSCO et al., 2020). Rapidamente foram contabilizados cerca de 130 casos suspeitos e, desde então, o número não parou de crescer, atingindo o patamar de 20 milhões de pessoas infectadas e 550 mil mortes em julho de 2021 (BRASIL, 2020).

Neste cenário de pandemia, o profissional de Enfermagem foi a classe da saúde que mais sofreu com o avanço da COVID-19. Ao mesmo tempo em que a doença avançou o número de casos de pessoas infectadas e as mortes também aumentaram e, dessa forma, a Enfermagem acabou se tornando o grupo com maior índice de profissionais afetados não só fisicamente mais também mentalmente (BARBOSA et al., 2020; PEREIRA et al., 2020). A Enfermagem é a peça essencial para estabelecer um adequado cuidado com família do cliente (FERNANDES et al., 2015).

2.2. CONDUTAS DA ENFERMAGEM FRENTE À COVID-19 E AS CONSEQUÊNCIAS DANOSAS À SAÚDE DO PROFISSIONAL

Durante o período mais crítico da pandemia, os profissionais de saúde sofreram com a ausência e/ou falta da vacina e terapias para tratar ou prevenir a doença. Sendo assim, eles precisaram redobrar sua atenção e cuidado com seus pacientes e consigo mesmo. Considerando que em situações normais o trabalho é intenso, com a pandemia, a carga e sobrecarga de trabalho favoreceu o aparecimento de transtornos mentais (SANTOS et al., 2020).

No início da pandemia, quando o mundo se ainda se preparava para a luta contra a COVID-19, pouco se falava sobre a situação emocional que os profissionais de Enfermagem passavam durante o enfrentamento da doença. Vale ressaltar que o Brasil nem o mundo, não estavam capacitados para uma pandemia (MIRANDA et al., 2020). Com o avanço da doença, os riscos de contaminação e a falta de recursos, exigiu uma nova postura no atendimento prestado por estes profissionais, tanto para sua própria proteção quanto para os pacientes (MOREIRA e LUCCA, 2020).

Contudo, o Ministério da Saúde (MS), fez investimento de R\$ 2,3 milhões para oferecer atendimento por meio de teleconsulta psicológica com profissionais de Psicologia e Psiquiatria, com atendimento voltado aos profissionais de saúde com transtornos mentais que atuaram durante a pandemia. É importante destacar a necessidade de apoio a esses profissionais que, pela natureza do trabalho, lidam diariamente com condições insalubres e, portanto, podem se sentir na condição de sofrimento psíquico. Quando necessária intervenção farmacológica, o profissional é encaminhado para atendimento presencial (BRASIL, 2020).

As intervenções psicológicas direcionadas aos profissionais de Enfermagem exerceram um papel preponderante para configuração do cenário de danos à saúde mental, principalmente por constituírem mecanismos significativos para o acolhimento de casos relacionados à saúde mental (SCHMIDT et al., 2020). A implementação de serviços estratégicos de atenção psicossocial é fundamental como forma de aliviar o estresse e o sofrimento intenso, a fim de prevenir futuros prejuízos à saúde dos enfermeiros (RAMOSTOESCHER et al. (2020).

O elo entre profissional-cliente é de importante para a manutenção de boa assistência para com o paciente infectado pelo novo coronavírus. O estresse e a ansiedade são comuns no cotidiano do enfermeiro, se destacam como as principais causas de desgaste físico e mental, prejudicando a sua atuação profissional (EZALIA et al. 2020). Além do ambiente de tensão frente ao caos na saúde, houve muitos estados que sofreram carência de equipamentos de proteção individual (EPI), resultando na necessidade de cada funcionário comprar seus próprios EPIs para manter o cuidado com contaminações,

tanto para sua segurança quanto para segurança dos seus familiares (MOREIRA E LUCCA, 2020).

A depressão se destacou entre os profissionais de Enfermagem durante o período mais crítico da pandemia causada pelo novo coronavírus, em consequência do turno excessivo de trabalho, como também no relacionamento entre profissionais, pacientes e família.(DAL’BOSCO et al., 2020).

3. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, descritiva, com abordagem qualitativa, baseada em análise exploratória do conteúdo de livros, revistas e outros materiais digitais publicados. Para desenvolvimento da pesquisa, inicialmente foram selecionados literatura e trabalhos científicos, a partir da base de dados do Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), utilizando os descritores: Profissionais de saúde, COVID-19, Saúde mental.

Os critérios de inclusão foram baseados em artigos publicados em português e inglês, no período de 2015 a 2021. Como critérios de exclusão, foram considerados: publicações em outros idiomas, editoriais, revisões, indisponibilidade para a recuperação da publicação na íntegra e inadequação ao objeto de estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período da pandemia do novo coronavírus, as intervenções psicológicas direcionadas aos profissionais de Enfermagem exerceram um papel preponderante para configuração do cenário atual, principalmente por constituírem mecanismos significativos para o acolhimento de casos relacionados à saúde mental (SCHMIDT et al., 2020).

O enfermeiro que atua em uma pandemia precisa ter ao seu alcance uma estrutura sólida, para que seja capaz de tomar decisões acertadas sobre seus pacientes com COVID-19, com segurança. E, por estar na linha de frente, durante turnos exaustivos, ele necessita de tranquilidade para a assistência aos pacientes com maior risco e cuidar de sua própria saúde. Há muita cobrança por exigências impostas ao trabalho na execução da assistência, tanto pelos critérios de avaliação fixos, como pelas características pessoais (física, de personalidade, nível intelectual e de conhecimentos e a formação anterior) do trabalhador. O profissional enfermeiro encontra-se em situação de tensão e estresse, relacionado à sua própria atividade que envolve riscos ocupacionais nos locais de trabalho (DUARTE et al., 2021).

No mesmo sentido, Garcia et al. (2016), afirmam que os profissionais de Enfermagem diariamente estão expostos a diferentes cargas de trabalho, dependendo da organização e da unidade onde atuam. Diante de sobrecarga de trabalho constante, os enfermeiros correm de exposição a doenças emocionais e/ou estresse. Com a COVID-19, os profissionais enfermeiros foram surpreendidos pelas mudanças repentinas no ambiente de trabalho, tanto no contexto pessoal quanto profissional. Nesse cenário, as atividades profissionais revelaram comportamentos que apontaram muitos problemas de saúde.

Souza (2018), chama a atenção para a Síndrome de *Burnout*, cujos sintomas podem ser observados quando há algumas mudanças, tais como: baixa qualidade laboral dos profissionais em saúde, estresse, irritação, baixa autoestima, entre outras. A síndrome de *Burnout* é o termo criado para descrever o desgaste físico e psíquico de profissionais de saúde, que lidam com altos níveis emocionais. Atualmente, a síndrome é muito mais reconhecida, em função do enfrentamento da COVID-19 (LEITE, 2018; PRADO et al., 2020).

Em um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), foi identificado que 47,3% dos trabalhadores em serviços essenciais durante a pandemia apresentaram sintomas de ansiedade e depressão; 44,3% dos entrevistados têm recorrido a uso de bebidas alcoólicas e 42,9% sofreram mudanças significativas em seus hábitos do sono (ICICT/FIOCRUZ, 2021). Estudo de Souza et al. (2018), dizem que qualquer atividade poderá desencadear um estresse laboral, mas, as profissões que requerem maior contato interpessoal e suas atividades estão relacionadas à assistência direta a outro indivíduo, estão mais propensas ao desenvolvimento da *Síndrome de Burnout*. Dentre estes, os autores citam os profissionais médicos, enfermeiros, bombeiros e outros.

Muitos profissionais experientes e recém-formados dedicaram-se efetivamente ao serviço na linha de frente do enfrentamento da COVID-19. Muitos dos profissionais não tinham experiência, dedicando-se apenas pelo desejo de tratar e ajudar as pessoas acometidas pela doença (GAÚCHA et al., 2020; ORNELL, 2020). A intensa jornada dos profissionais de Enfermagem é desgastante e, por isso mesmo, pode levar ao estresse. Dessa forma o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) criou uma ferramenta na tentativa de oferecer apoio aos profissionais, visando minimizar os danos mentais consequentes das atividades da profissão (COFEN, 2020).

A partir de um estudo com 1.257 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de 34 hospitais chineses, atuantes nos cuidados a pacientes com COVID-19, foi verificado um número expressivo de profissionais com sintomas de depressão (50,4%); ansiedade (44,6%); insônia (34,0%) e angústia (71,5%). Os sintomas foram mais expressivos em enfermeiras com envolvimento direto com pacientes com suspeita e/ou já infectados pela COVID-19, com grande impacto sobre a saúde mental por ocasião do atendimento hospitalar (LAI et al., 2020). Ainda na China, em Wuham, surgiram os primeiros casos de profissionais afetados em sua saúde mental diante dos riscos de infecção, por excesso de trabalho, falta de contato com a família, exaustão, entre outras causas (CHOI et al., 2021).

No Brasil, pesquisa desenvolvida por Dal’Bosco et al. (2020), sobre a saúde mental de 88 profissionais de Enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital regional do Paraná, identificou a ansiedade (48,9%) e a depressão (25%) como maiores prevalências. A pesquisa também mostrou que atuação em saúde frente à COVID-19 demanda outros fatores potencialmente estressores, como exposição a risco de infecção pelo vírus, fadiga física e mental, necessidade do uso contínuo de EPIs e afastamento da família.

O cenário de pandemia fez com que os profissionais e serviços de saúde se reinventassem, reorganizando suas atividades laborais, pois no ambiente hospitalar, estes funcionários enfrentam situações de riscos ocupacionais (Souza et al. (2020). O enfermeiro sabe que a morte faz parte da vida e de sua profissão, contudo, com a exacerbação emocional diante do caos causado pela COVID-19, desencadeou maiores fragilidades psicológicas, as quais devem ser observadas e tratadas com seriedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o surgimento do novo coronavírus, os profissionais de Enfermagem se depararam com uma nova perspectiva de diversos fatores relacionados a fatores físico e emocional que requerem respostas urgentes, a fim alcançar o êxito no atendimento às pessoas acometidas pela doença. Cotidianamente estes profissionais lidam com situações estressantes.

Assim, é necessário observar mais amplamente os enfermeiros, visto que não é só o trabalho técnico que deve ser considerado, mas também as condições psicoemocionais que desencadeiam a ansiedade, o estresse e a depressão, decorrentes da sobrecarga de trabalho e permanência em ambientes insalubres. Portanto, entende-se que se torna imprescindível preparar estes profissionais para enfrentar esta e outras ameaças, oferecendo informação sobre os fatores de risco e de proteção relacionados à pandemia causada pela COVID-19, bem como sobre as estratégias de enfrentamento, como apoio psicológico especializado voltado aos profissionais de Enfermagem que sofreram o impacto da pandemia por COVID-19.

REFERÊNCIAS

- [1] BARBOSA, D. J. et al. Fatores de estresse nos profissionais de Enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. **Com. Ciências Saúde**, v. 31, n. 1, p. 31–47, 2020.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Atendimento Psicológico: Saúde vai investir R\$ 2,3 milhões em suporte psicológico à profissionais de saúde. Publicado em 23/04/2020 Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/04/ministerio-dasaudevai-investir-em-suporte-psicologico-a-profissionais-de-saude>. Acesso em: 08 nov. 2021.
- [3] CHOI, Kristen R; SKRINE, Jeffers, Kia; CYNTHIA, Logsdon, M. Enfermagem e o novo coronavírus: riscos e responsabilidades em um surto global. *Journal of Advanced Nursing*, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14369>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- [4] COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Cofen disponibiliza canal para ajuda emocional a profissionais. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofendisponibiliza-canal-paraajuda-emocional-a-profissionais_78283.html. Acesso em: 24 nov. 2021.
- [5] COSTA, Jonathas. Correio do Povo. Retrospectiva 2020: A pandemia: em 2020, o mundo foi confrontado com um dos maiores desafios dos últimos 100 anos. 2020. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/especial/retrospectiva-2020-a-pandemia-1.546071>. Acesso em 02 dez. 2021.
- [6] DAL’BOSCO, E. B. et al. A saúde mental da Enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 73, n. Supl 2, p. 1–7, 2020.
- [7] DUARTE, Maria de Lourdes, SILVA, Daniela Giotti da, BAGATINI, Mariana Mattia Correa. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia
- [8] de coronavírus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. V. 42, 2021. Disponível em <<https://www.seer.ufrgs.br/rngen/article/view/107860>> Acesso em: 18 out. 2021.
- [9] EZALIA, E. et al. O estado psicológico de profissional de Enfermagem durante o enfrentamento direto ao COVID-19 no Brasil. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, v. 21, n. 1, p. 1–9, 2020.
- [10] FERNANDES, C. et al. A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar/La Importancia de las familias en el cuidado de EnfermeríaEnferme. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 4, n. 7, p. 21, 2015.
- [11] GARCIA A.B.; DELLAROZA, MSG; GVOZD, R.; HADDAD, MCL. Sofrer no trabalho: Sentimentos de técnicos de Enfermagem do Pronto – Socorro de um hospital universitário. 2016.
- [12] GAÚCHA, R.; MATTIA, M.; BAGATINI, C. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. v. 42, 2020.
- [13] HUMEREZ, D. C. DE; OHL, R. I. B.; SILVA, M. C. N. DA. Saúde mental dos profissionais de

Enfermagem do Brasil no contexto da pandemia COVID-19: Ação do Conselho Federal de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, 2020.

- [14] ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz. Pesquisa analisa o impacto da pandemia na saúde mental de trabalhadores essenciais. Disponível em: portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-nasaudemental-de-trabalhadores-essenciais. Acesso em: 05 nov. 2021.
- [15] LAI, J, Ma S, Wang Y, et al. Fatores associados aos resultados de saúde mental entre profissionais de saúde expostos à doença do coronavírus em 2019. *JAMA Netw Open*. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229#skipto-navigation>. Acesso em: 04 out. 2021.
- [16] LEITE, K. et al. *Brazilian Journal of Development. J. of Develop*, v. 6, n. 1, p. 4303–4308, 2018.
- [17] MIRANDA, F. M. D. et al. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, 2020.
- [18] MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. DE. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de Enfermagem no combate ao COVID-19. *Enferm. foco (Brasília)*, v. 11, n. 1, p. 155–161, 2020.
- [19] ORNELL, F. Pandemia de medo e COVID 19 impacto na saúde mental (Artigo para fazer resumo Congresso). p. 2–7, 2020.
- [20] PEREIRA, M. D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p. 1-30, 2020.
- [21] PRADO, A. D. et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19 : uma revisão integrativa *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health*, v. 46, p. 1–9, 2020.
- [22] RAMOS-TOESCHER, A. M. e.t al. Saúde mental de profissionais de Enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. spe, p. 1–7, 2020.
- [23] SANTOS, W. A. dos et al. O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, p. e190985470, 2020.
- [24] SILVA, N. C. DA et al. Transtornos à saúde mental relacionados à intensa rotina de trabalho do enfermeiro: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, v. 5, n. 2, p. 107– 122, 2016.
- [25] SCHMIDT, Beatriz; CREPALDI, Maria Aparecida Simone; BOLZE, Dill Azeredo; NEIVASILVA, Lucas; DEMENECH, Lauro Miranda. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Seção Temática: contribuições da Psicologia no contexto da pandemia da COVID-19. Estudos de Psicologia (37)*, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- [26] SOARES, C. B.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V. DA. Os trabalhadores de Enfermagem na pandemia COVID-19 e as desigualdades sociais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, n. 4, p. 1–3, 2020.
- [27] SOUZA, A.M.J.; NASCIMENTO P.S.; BORGES, J.S; Lima, T.B.; CHAVES S.N. Síndrome de Burnout: Fatores de risco em enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *C&D-Rev. El. da FAINOR. Vitória da Conquista*, v.11, n.2, p. 304-315, maio/ago. 2018.
- [28] SOUZA, L. P.; SOUZA, A. G. DE. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *Journal of Nursing and Health*, v. 10, n. 4, 2020.

Capítulo 16

Métodos preventivos utilizados pelos enfermeiros do nordeste brasileiro na lesão por pressão

Daylla Talhya da Silva Rocha

Liliane Fernandes Feliciano

Priscilla de Araújo Mariano

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: Lesões por pressão (LPs) são feridas que ocorrem na pele e/ou em tecidos contíguos, resultantes de pressão ou forças de torção na pele e, frequentemente, associadas à presença de proeminência óssea ou dispositivo médico. O objetivo geral do estudo é investigar as estratégias utilizadas pela equipe de Enfermagem para prevenção de lesão por pressão, por meio de uma revisão integrativa de literatura. A pesquisa tratou-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa de literatura (RIL), nos anos de 2015 a 2020. A partir dos estudos foi possível evidenciar estratégias de admissão dos pacientes e a avaliação da atividade motora e mobilidade, limpeza da pele e hidratação da pele ressecada, mudanças de decúbito, avaliação do risco, utilização das escalas de Braden, assim como outras habilidades profissionais. É necessário que sejam instituídas cada vez mais medidas preventivas, visto que podem minimizar o sofrimento do paciente, acarretando benefícios não só para o indivíduo como para a família e Instituição de Saúde. Cabe a Enfermagem, através do uso constante de seus conhecimentos e habilidades, estabelecer metas, utilizar escalas preditivas, avaliações constantes e implantar medidas frequentes direcionadas a assistência, estabelecendo um processo avaliativo diário, preservando assim a integridade da pele do paciente acometido pela LP.

Palavras-chave: Lesão; Cuidados de Enfermagem; Segurança do paciente.

1. INTRODUÇÃO

Compreende-se que as lesões por pressão (LPs) são feridas que ocorrem na pele e/ou em tecidos contíguos, habitualmente, resultantes de pressão ou forças de torção na pele e, frequentemente, associadas à presença de proeminência óssea ou dispositivo médico. Associam-se comumente as LPs à baixa mobilidade, idade avançada, alterações no estado nutricional, aumento da umidade da pele, disfunções do estado geral de saúde, entre outros (SOUZA et al., 2020).

As lesões de pele trazem muitos desafios para os profissionais de Enfermagem na prática clínica, destacando-se as lesões por pressão (LPP), visto que, acometem principalmente os pacientes com restrição de mobilidade, acarretam o aumento de custos no tratamento e no tempo de hospitalização, proporcionam desconforto e tem impacto negativo no serviço prestado e na qualidade de vida dos indivíduos (FREIRE et al., 2020).

Nesse sentido, conhecer os fatores de risco favorece o julgamento acurado para inferência diagnóstica e otimiza à tomada de decisão clínica dos profissionais de Enfermagem, além de direcionar as intervenções de Enfermagem preventivas para diminuir a incidência desse agravo e alcançar resultados positivos em saúde. Com isso, incorporar intervenções/resultados de Enfermagem voltados à prevenção de lesão por pressão durante a hospitalização deve ser considerado por enfermeiros e respectivas equipes, uma vez que pode proporcionar efeitos positivos aos pacientes e reduzir custos durante o tratamento (CALDINI et al., 2017).

Assim, tendo em vista que o tema desenvolvido neste trabalho é de extrema importância para a assistência de Enfermagem, espera-se que o presente estudo possa contribuir para o planejamento de ações e estratégias para a prevenção da lesão por pressão, ou ainda, para a diminuição dos fatores de riscos de seu desenvolvimento.

O objetivo geral do estudo foi investigar as estratégias utilizadas pela equipe de Enfermagem para prevenção de lesão por pressão, por meio de uma revisão bibliográfica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. CLASSIFICAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

A LP é um problema que agride a pele, tecidos moles, sobre uma proeminência óssea. A lesão se apresenta na pele sem alterações ou em ferida aberta, no que pode acarretar fortes dores, resultando em associações com o cisalhamento. O tecido mole sobre à pressão ao cisalhamento também é impactado por comorbidades nutrição, perfusão, além de sua situação atual (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

A pressão física evidencia-se um fator crucial no desenvolvimento da lesão por pressão, impedindo o fluxo eficiente de sangue, possibilitando de paciente ter isquemia, levando a morte dos tecidos (necrose) devido à hipóxia. A partir disso, o cisalhamento acontece quando o indivíduo permanece sem movimentos na cama, enquanto as camadas da pele estão em movimento (MARQUES et al., 2020).

A LP classifica-se em quatro estágios, que são caracterizadas de acordo com à gravidade e profundidade da lesão. Nesse sentido, a evolução da LP é vista inicialmente com a pele totalmente íntegra, com presença inicial de vermelhidão, não enbraquecendo (Estágio I); perda parcial da espessura da pele, com derme exposta (Estágio II); ausência da espessura total da pele, em que a gordura se apresenta visível, e, de maneira contínua,

composto por tecido de granulação e epíbole (Estágio III); exposição da fáscia muscular, músculo, tendão, cartilagem ou osso (Estágio IV).

Há uma intensa profundidade da lesão, assim sendo, os estágios designados podem apresentar características clínicas próprias (CONSTANTIN et al., 2018).

A LP, pode ocasionar sérias complicações, dependendo do nível de profundidade da lesão, como: transtornos psicológicos, diminuição da auto-estima, isolamento social, septicemia, além do comprometimento do bem-estar do paciente, representando grandes gastos financeiros para o sistema de saúde, e sobrecarga dos serviços diários dos profissionais de Enfermagem. Entretanto, a prevenção e o tratamento em fase inicial da Lesão por Pressão precisa ser uma meta estabelecida no âmbito da assistência de Enfermagem (BERNARDES; JURADO, 2018).

2.2. EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

A prevenção em saúde compreende-se como o planejamento que consistem em resultados positivos na melhoria da assistência ofertada. Os cuidados preventivos em Lesão por Pressão, tem a intenção de bloquear os estímulos que contribuem para que o indivíduo não adquira lesões por pressão (MENEZES et al., 2017).

O enfermeiro, juntamente com outros profissionais de Enfermagem que prestam atendimento a essas pessoas, têm em sua função implementar medidas preventivas, tendo iniciativa de reduzir os números equivalentes a este agravo, assim como beneficiar a melhoria da qualidade de vida de quem se encontra com essas enfermidades (ALMEIDA; MAIA, 2015).

No que tange as práticas de Enfermagem ao paciente que apresenta LP, ainda é pautada no conhecimento dos enfermeiros, resultando, muitas vezes, em procedimentos aleatórios e descontinuados. O processo de Enfermagem, associado conhecimento científico, informa os profissionais de Enfermagem baseada no estado atual sobre o paciente e a provável maneira de desenvolver lesão por pressão, além de aumentar as chances de resultados satisfatório, com intervenções de Enfermagem e a melhoria do atendimento prestado (STUQUE et al., 2017).

Os profissionais de Enfermagem responsáveis por essa assistência, direta e contínua, nos métodos preventivos e tratamento das lesões por pressão, precisam ter conhecimento sobre a estrutura que compõe a pele para detectar precocemente cada uma das alterações patológicas que podem aparecer. Assim, configura-se que os pacientes tenham cuidados constantes e tratamento eficaz, promovendo a melhoria da assistência (ALCOFORADO et al., 2019).

Considera-se que a evolução da aprendizagem na equipe de Enfermagem e a inclusão de atividades direcionadas em achados geram benefícios tanto na diminuição do tempo de internação hospitalar quanto no número de pacientes que sofrem com essa consequência (GALVÃO et al., 2017).

2.3. FATORES DE RISCO RELACIONADOS À FORMAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Os fatores de risco da LP podem ser divididos em extrínsecos e intrínsecos. Os extrínsecos são aqueles derivados do ambiente, externos ao paciente. Os mais importantes são a pressão de contato sobre uma proeminência óssea, sua duração, a tolerância tecidual e o microclima (MENDONÇA et al., 2018).

Os limites biológicos, ambientais e psicossociais dos pacientes internados os colocam sob alto risco de desenvolverem a LP. O paciente em situação crítica tem grande probabilidade para formação de LP por fatores alteração do nível de consciência, suporte ventilatório, sedação, uso de drogas vasoativas, instabilidade hemodinâmica, restrição de movimentos por períodos prolongados, em conjunto com a deficiência nutricional devido ao desequilíbrio metabólico, particularmente, em pacientes que sofreram queimaduras, apresentando sepse e em pós-operatório de cirurgias de grande porte (CASCÃO et al., 2019).

A higiene inadequada também contribui para a formação das lesões por pressão, uma vez realizada a higiene do paciente, este se manterá livre de impurezas, tais como umidade por suor, diurese, fezes, e outras secreções. Os colchões devem ter no mínimo 13 cm de espessura e seu forro não deve possuir dobras. As roupas de cama devem estar sempre limpas, bem esticadas e secas, sendo que lençóis úmidos ou molhados e com presença de dobras ou corpos estranhos, podem irritar a pele do paciente, possibilitando e facilitando a formação da lesão por pressão (SILVEIRA; ALVES, 2015).

Os fatores que geram o desenvolvimento da LP têm sido estudados, mas a combinação dos fatores de risco que melhor predizem a sua incidência ainda é pouco compreendida. Assim, é importante a introdução de novas pesquisas com várias populações quanto à notificação desse problema (PRADO et al., 2016).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa de literatura (RIL), que tem a intenção de investigar artigos científicos sobre a Assistência de Enfermagem ao paciente com Lesão por Pressão, nos anos de 2015 a 2020.

Buscaram-se publicações indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em três bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de dados de Enfermagem (BDENF). Utilizaram-se para a busca, os seguintes

Descritores da Saúde: “Lesão por Pressão”; “Enfermagem”; “cuidados de Enfermagem”; “segurança do paciente”.

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos científicos completos; publicados entre os anos de 2015 a 2020 e em idiomas como português, inglês e espanhol. Entre os critérios de exclusão: artigos científicos repetidos; dissertações, resumos.

Somando-se todas as bases de dados, foram encontrados 164 artigos. Excluindo-se artigos que deverão encontrar-se repetidos e que não preencham os critérios do estudo. Selecionou-se desta forma 17 artigos para a análise.

Serão analisados os artigos com a ajuda desta ferramenta, comparando-os entre as suas semelhanças e diferenças, permitindo a extração de dados de cada artigo que atenda ao objetivo desta revisão integrativa de literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para prevenção das lesões por pressão, os enfermeiros precisam adquirir conhecimento sobre as causas que decorrem desse acontecimento, sendo isso um pré-requisito para o cuidado de alta qualidade, uma vez que a escassez de conhecimento pode resultar em equívocos na prestação dos cuidados. Nesse contexto, o conhecimento adequado sobre prevenção é fundamental, o qual irá nortear a identificação dos pacientes que estão ou não em risco e quais medidas preventivas devem ser aplicadas (ARAÚJO et al., 2019).

Portanto, ressaltando as estratégias implementadas pelos profissionais de Enfermagem na prevenção de LP, abordou-se que o exame físico na admissão dos pacientes e a avaliação dos movimentos e coordenação motora foram assinaladas como os principais procedimentos desenvolvidos na assistência de Enfermagem (MANGANELLI et al., 2019).

As recomendações analisadas por Correia e Santos (2019) em uma Unidade de Terapia Intensiva em João Pessoa (PB), apontaram como fator imprescindível que o paciente fosse avaliado na admissão, analisando suas vulnerabilidades e as causas para a progressão de alterações na pele, compreendendo que sua integridade pode sofrer danos em questão de horas pela rápida mudança nos fatores de risco em pacientes extremamente enfermos.

Em uma amostra composta por 18 enfermeiros em uma UTI em Fortaleza, foi relatado que os profissionais realizavam na UTI boas práticas em saúde e detecção precoce de LP, como exemplo: a hidratação e limpeza da pele ressecada; inspeção da pele dos pacientes na admissão; massagem em áreas que apresentavam proeminência óssea. Além disso, esses enfermeiros realizavam mudanças de decúbito a cada 2 horas como também solicitavam apoio para o calcâneo, sendo um baixo indicador de medidas essenciais na prevenção de LP (REBOUÇAS et al., 2020).

Estas estratégias auxiliam no alívio da pressão e melhora da perfusão dos tecidos comprimidos. Durante a mobilização do paciente no leito, foi necessário ações rápidas para evitar o efeito da fricção e cisalhamento (SILVA et al., 2019). Os procedimentos realizados para manter a integridade da pele são elementos da prática do enfermeiro, evidenciado tanto no cuidado de prevenção quanto de promoção da saúde, almejando o bem-estar das pessoas que estão sujeitas ao desenvolvimento da LP (SOARES et al., 2019).

Salienta-se, portanto, que a atualização técnico-científica é um importante meio para uma atuação profissional consistente e segura no cuidado da pele, fomentando o uso adequado de equipamentos e materiais, estimulando-se, assim, o raciocínio clínico (SOUZA et al., 2020)

Pereira e Ludvich (2016) destacaram que a mudança de decúbito para prevenção da LP é importante para descomprimir áreas sob proeminências ósseas; além da utilidade do colchão pneumático e o uso de hidratante, e medicamentos como o uso de hidrocolóide, o ácido graxo, o óleo de girassol e os coxins. O relógio de mudança de decúbito, que indica a posição ideal para o naquela determinada hora do dia. Trata-se de um impresso plastificado que foi colocado na parede do leito, precisamente acima da cama, o que evita de ser esquecido devido ao local estratégico em que se instalou, foi também identificado com cores para diferenciar os horários, desta maneira, os colaboradores poderiam

atentarem para o horário em que deviam realizar o procedimento de prevenção em conformidade com o protocolo (SANCHES et al., 2018).

No estudo observacional feito por Vasconcelos e Caliri (2017) em uma UTI Geral Adulto de Hospital de Ensino em João Pessoa, constatou-se que a construção e a criação de um protocolo, com a designação de atribuições para a prevenção de LPs impactou na prática dos enfermeiros, logo após a utilização do protocolo, as estratégias preventivas foram realizadas continuamente.

Em um projeto de intervenção, realizado no ambiente de Emergência Hospitalar de um Hospital Público na Cidade da Bahia, foi possível desenvolver um levantamento sobre as ocorrências da LP na Unidade por meio das fichas de avaliação do processo da lesão anexadas ao prontuário do paciente; criação de um indicador de incidência de LP para ser alimentado e avaliado mensalmente; promoção de educação em serviço com a equipe multiprofissional através de rodas de conversa e discussões a beira leito; elaboração de folders para entendimento dos profissionais sobre causas da LP e regiões mais afetadas (SANTOS et al., 2020).

A verificação de risco do cliente é o primeiro passo para a prevenção. Porém, após avaliar o risco, o enfermeiro e equipe devem implementar medidas preventivas individualizadas, ou seja, a partir dos fatores de risco identificados. Nesse contexto, deve-se priorizar a importância de minimizar ou corrigir fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (TONOLE; BRANDÃO, 2019).

A utilização das escalas de Braden é uma recomendação estabelecida na Unidade de Clínica Médica do Hospital no Sudoeste da Bahia para avaliar os riscos de progressão da LP que continuamente atinge diversos pacientes. A escala foi baseada no estágio da lesão e levou em consideração sua intensidade, duração e estruturas ao redor. Permite ainda que os profissionais de Enfermagem envolvidos na assistência elaborem cuidados de maneira individual direcionado às fragilidades dos pacientes (JESUS et al., 2020).

Como medidas preventivas relatadas nos prontuários dos pacientes internados na UTI em Fortaleza, destacaram-se o uso da escala de Braden e colchões tipo piramidais de água e ar, aplicação de produtos para hidratar a pele, curativos de proteção em áreas de risco para não desenvolver lesão por pressão, higiene da pele e mudança de decúbito. A avaliação de risco inicial foi realizada com o uso da sistematização da assistência de Enfermagem (CALDINI et al., 2018).

Evidenciou-se por Soares et al. (2018), que os enfermeiros consideraram a Escala de Braden como uma ferramenta útil para a prática clínica, concluíram ainda que a utilização de instrumentos para avaliação, são mecanismos valiosos para investigar o surgimento da lesão por pressão, inclusive no âmbito domiciliar.

Pessoas que são suscetíveis a lesão por pressão, precisam ser avaliadas sistematicamente, pois a prevenção ainda é a melhor conduta, de forma independente do tratamento e em qualquer estágio da LP. São necessárias técnicas para não desencadear a vasoconstrição, fazendo com que não favoreça o surgimento de patologias devido à carência do aporte de oxigênio (CARDOSO et al., 2019).

Olkoski e Assis (2016), afirmaram que os resultados positivos na prevenção da LP dependem dos conhecimentos e habilidades dos enfermeiros sobre o assunto, principalmente nos demais envolvidos da equipe que prestam assistência direta e contínua aos pacientes. Entretanto, torna-se fundamental a compreensão os fatores individuais e institucionais que influenciam a aprendizagem e o uso das evidências.

Mediante o exposto, a prática fundamentada nessas evidências deve iniciar-se durante a formação do enfermeiro, sendo fator essencial para viabilização e revitalização de cuidados na prevenção e manejo da LP. Identificou-se que ainda precisa ser realizado ações dentro da perspectiva da qualidade para melhorar a assistência prestada, com foco nos processos que garantam a segurança dos pacientes.

5. CONCLUSÃO

As estratégias utilizadas pelos profissionais de Enfermagem nos métodos preventivos de assistência nas lesões por pressão, foram primeiramente o exame físico do paciente após sua admissão, como a limpeza da pele e hidratação da pele ressecada, mudança de decúbito, alívio da pressão e melhoria da perfusão dos tecidos comprimidos, procedimentos realizados em concordância com o protocolo, avaliação do risco do paciente analisando os fatores intrínsecos e extrínsecos, utilização das escalas de Braden, além de outras habilidades profissionais fundamentais no planejamento de cuidados ao paciente acometido pela LP.

Os enfermeiros possuem extrema responsabilidade na prevenção e tratamento da Lesão por Pressão. Sendo assim, é necessário que sejam instituídas cada vez mais medidas preventivas, visto que podem minimizar o sofrimento do paciente, acarretando benefícios não só para o indivíduo como para a família e Instituição de Saúde. Cabe a Enfermagem, através do uso constante de seus conhecimentos e habilidades, estabelecer metas, utilizar escalas preditivas, avaliações constantes e implantar medidas frequentes direcionadas a assistência, estabelecendo um processo avaliativo diário, preservando assim a integridade da pele do paciente acometido pela LP.

REFERÊNCIAS

- [1] ALCOFORADO C.L.G et al. Conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre dermatite associada a incontinência associada por lesão por pressão. Revista Mineira de Enfermagem, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/1166.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.
- [2] ALMEIDA I.S, MAIA L.F.S. Atuação do enfermeiro na prevenção de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. Revista Científica de Enfermagem, 2015. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/90/157>. Acesso em: 26 out. 2020.
- [3] ARAÚJO T.M et al. Intervenção educativa para avaliação do conhecimento de enfermeiros intensivistas sobre lesão por pressão. Revista Rene, v.20, Fortaleza, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151738522019000100341. Acesso em: 01 jun. 2021
- [4] BERNARDES L.O, JURADO S.R. Efeitos da laserterapia no tratamento de lesões por pressão. Revista Cuidarte, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000302423&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 abr. 2021
- [5] CALDINI L.N et al. Intervenções e resultados de Enfermagem para risco de lesão por pressão em pacientes críticos. Revista Rene, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/30808-Article%20Text-90950-1-1020171113%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/30808-Article%20Text-90950-1-1020171113%20(1).pdf). Acesso em: 17 set. 2020.
- [6] CARDOSO D.S et al. Conhecimento dos Enfermeiros sobre Classificação e Prevenção de Lesão por Pressão. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, v11, n.3, abr/jun. 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6576/pdf_1. Acesso em: 01 jun. 2021
- [7] CASCÃO T.R.V et al. Incidência e atores de risco para lesão por pressão em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Enfermagem Atual, 2019. Disponível em: <http://revistaEnfermagematual.com/index.php/revista/article/view/204/105>. Acesso em: 05 nov. 2020.

- [8] CORREIA A.S.B, SANTOS I.B.C. Lesão por pressão: medidas terapêuticas utilizadas por profissionais de Enfermagem. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.23, nº 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/36793-p4/22325>. Acesso em: 14 set. 2020.
- [9] CONSTANTIN A.G et al. Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos. Revista Estima, v.16, nº 11, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Joao-Lucas-Campos-DeOliveira/publication/324776>. Acesso em: 10 abr. 2021
- [10] GALVÃO N.S et al. Conhecimentos da equipe de Enfermagem sobre prevenção de úlceras de pressão. Revista Brasileira de Enfermagem, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267050430011.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.
- [11] JESUS M.A.P et al. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. Revista Baiana de Enfermagem, v.34, Salvador, nov. 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100341. Acesso em: 01 jun. 2021
- [12] LAMÃO L.C.L et al. Cuidados de Enfermagem na prevenção de Lesão por Pressão. Revista Científica Interdisciplinar, v.1, nº9, 2016. Disponível em: <https://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/10/10>. Acesso em: 17 set. 2020.
- [13] LEITE P.O et al. Lesão por pressão e cuidados paliativos: uma resenha crítica. Cuidarte, Enfermagem, 2019. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/213.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.
- [14] MANGANELLI R.R et al. Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva. Revista de Enfermagem da UFSM, v.9, n.41, p. 1-21, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33881/html>. Acesso em: 01 jun. 2021
- MARQUES I.B.N et al. O cuidado ao paciente crítico na prevenção da lesão tecidual por pressão. Revista Fluminense de Extensão Universitária, v.10, nº 1, p. 17-23, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/2246-Outros-11660-1-1020201229.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021
- [15] MENDONÇA P.K et al. Ocorrência e fatores de risco para lesões por pressão em Centros de Terapia Intensiva. Revista Enfermagem UFPE online, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/23251-104835-1-PB.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020
- [16] MENEZES L.C.G et al. Cuidados clínicos e gerenciais de Enfermagem na prevenção de úlcera por pressão. Estima, v.15, nº 2, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Vilani_Guedes/publication/317289475_Cuidados_clinicos_e_gerenciais_de_Enfermagem_na_prevencao_de_ulcera_por_pressao. Acesso em: 16 out.2021
- [17] MORAES J.T et al. Conceito e classificação de lesão por pressão. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 2016. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/1111>. Acesso em: 06 nov. 2020.
- [18] MOREIRA P.N et al. Análise das dissertações e teses sobre a assistência de Enfermagem na prevenção de lesão por pressão. Revista de Enfermagem UFPE Online, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaEnfermagem/article/view/10349/11063>. Acesso em: 13 set. 2020.
- [19] OLKOSKI E, ASSIS G.M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de Enfermagem antes e após uma campanha educativa. Esc.
- [20] Anna Nery, v.20, n.2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/j7rTPtJWtMvTTQq4G5yW38b/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2021
- [21] PEREIRA M.O, LUDVICH S.C. Segurança do paciente: prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 5, n. 2, dez. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/3009-8673-1-SM.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021
- [22] PRADO T.N et al. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. Revista Brasileira de Enfermagem, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0460.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020.

- [23] REBOUÇAS R.O et al. Qualidade da assistência em uma unidade de terapia intensiva para prevenção de lesão por pressão. *Estima*, v.18, 2020. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/947/377>. Acesso em: 10 set. 2021
- [24] SANCHES B.O et al. Adesão da Enfermagem ao protocolo de lesão por pressão em Unidade de Terapia Intensiva. *Arch. Health Sci. (Online)*, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046354>. Acesso em: 15 set. 2020.
- [25] SANTOS C.C et al. Educação em serviço para a prevenção de lesão por pressão através do planejamento estratégico situacional. *Revisa*, v.9, n.4, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/636-1675-3-PB.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021
- [26] SILVA F.D.V et al. Conhecimentos e práticas de Enfermagem na prevenção e cuidado às lesões por pressão. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v.9, n.4, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/38804/html_1. Acesso em: 11 set. 2021
- [27] SILVEIRA A.V, ALVES M.A. Úlceras de pressão: fatores de risco em pacientes hospitalizados. *Revista Diálogos Acadêmicos*, v.2, nº 2, 2015. Disponível em: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/37/39>. Acesso em: 06 nov. 2020
- [28] SOARES C.F et al. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.27, n.2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6zsFqCkRtG75SMQhrcJxdSw/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2021
- [29] SOARES C.F et al. Prática educativa com enfermeiros da atenção primária: não à lesão por pressão. *Cogitare Enfermagem*, v.23, n.3, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141485362018000300315. Acesso em: 01 jun. 2021
- [30] SOUZA E. et al. Avaliação e tratamento de lesões por pressão na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaEnfermagem/article/view/243522/34382>. Acesso em: 15 set. 2020.
- [31] STUQUE A.G et al. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. *Revista Rene*, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/19271-Article%20Text46119-1-10-20170613.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.
- [32] TONOLE R, BRANDÃO E.S. Recursos humanos e materiais para a prevenção de lesão por pressão. *Revista Enfermagem UERJ*, v.27, 2019. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/Enfermagemuerj/article/view/38472/29906>. Acesso em: 01 jun. 2021
- [33] VASCONCELOS J.M.B, CALIRI M.H.L. Ações de Enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em Terapia Intensiva. *Esc. Anna Nery*, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01e20170001.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

Capítulo 17

Fatores associados à osteoporose em idosos

Ivancleyde Martins da Silva

Rosiane da Silva Reis

Karine Garcez Mc Combe

Paula Fliuolo da Cruz

Resumo: O envelhecimento está ligado a fatores biológicos e sociais em um processo rápido e irreversível, que atinge todos os seres humanos. Dentre a população senil, a osteoporose é uma doença prevalente e com elevada incidência, caracterizada pela diminuição da densidade óssea, resultado em diversos fatores que comprometem a qualidade de vida do idoso. Nesse contexto, o objetivo deste estudo é analisar os fatores de risco que estão associados à osteoporose e como deve ser a conduta do enfermeiro em relação ao tratamento da osteoporose. O estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão de literatura, com escolhas de bibliografias mais relevantes para o desenvolvimento desse estudo e com materiais disponíveis correlacionados com a temática e voltados para o âmbito da saúde. A osteoporose interfere na saúde dos pacientes mais velhos, do sexo feminino, que não mantêm um hábito de vida saudável e que são sedentários. Este grupo de pacientes deve ser priorizado nas intervenções de saúde, devido ao grau de risco de acidentes e fraturas. Para ajudar na prevenção da osteoporose, os profissionais de Enfermagem se tornam essenciais em uma equipe multidisciplinar, contudo, devem estar capacitados para realizar de forma adequada orientações sobre fisiopatologia e acolhimento humanizado para propor um atendimento que contribua na promoção da saúde dos pacientes.

Palavras-chave: Osteoporose, Enfermagem, Fatores de Risco

1. INTRODUÇÃO

A definição de idoso conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a faixa de idade de pessoas com 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos, e com 60 anos ou mais de idade para a população dos países com pouco desenvolvimento econômico. Para um envelhecimento saudável, é necessário cuidado e fatores adequados que contribuam para melhorar a saúde do idoso (BARROS, 2020).

A osteoporose é uma doença incapacitante, os quais consideram-se a natureza assintomática da doença e a falta de conhecimento das pessoas que estão em risco como uma barreira contra as medidas efetivas de prevenção. Alerta-se que se não forem realizados métodos preventivos como exames para busca do diagnóstico, a osteoporose não apresentará sintomas, somente quando o quadro evoluir para uma situação mais grave (GUEDES et al., 2017).

O profissional de Enfermagem deve ter não só um embasamento científico para a compreensão da osteoporose, mas também utilizar-se das técnicas e manobras relacionadas ao cuidado desse paciente para aprimorar a qualidade do atendimento à população como um todo, fornecendo um cuidado de qualidade para a total recuperação do paciente sob seus cuidados (RODRIGUES et al, 2020).

Neste âmbito, surge a questão que norteia o estudo: Qual a atuação do profissional de Enfermagem frente ao paciente portador de osteoporose? Deste modo, esta pesquisa objetivou-se em analisar a atuação do profissional de Enfermagem em relação aos fatores de risco e como decidir em relação ao plano de cuidados e orientações ao paciente. Para tanto, verificou-se a conduta do enfermeiro na assistência em idosos com osteoporose e as comorbidades e agravos que a doença manifesta com esse diagnóstico.

Em meio ao que foi descrito, percebe-se que a osteoporose é uma patologia extremamente complexa no âmbito da Enfermagem, o qual é cercado por diversos fatores que podem levar inúmeras complicações no ambiente hospitalar e na vida dos pacientes. Em meio a isso, percebe-se a importância de se desenvolver estudos que são voltadas a esse tema, verificando o papel da Enfermagem em meio a essa perspectiva. Portanto, há a necessidade de conhecer métodos para prevenção de osteoporose através de um atendimento capacitado para fornecer informações para pessoas que necessitam de orientação sobre esse diagnóstico.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. CONTEXTUALIZANDO A OSTEOPOROSE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a osteoporose sendo uma situação na qual a densidade mineral óssea é igual ou inferior a 2,5 desvios padrão (SD) abaixo do pico de massa óssea encontrada no adulto jovem. Essa doença traz inúmeras complicações além de quedas e fraturas, problemas psicológicos, perda da autonomia e deformidades (BRASIL, 2019).

O envelhecimento está ligado a fatores biológicos e sociais em um processo rápido e irreversível, que atinge todos os seres humanos (DELLAROZA et al., 2017). Neste sentido, a osteoporose é uma doença considerada osteomuscular com maior incidência na população senil caracterizada pela diminuição da densidade óssea. Estima-se que a osteoporose afete 15% dos indivíduos brasileiros, com maior propensão no público feminino. A osteoporose é classificada por tipo I surgindo na meia-idade acometendo

mulheres no período de pós-menopausa e tipo II que surge progressivamente com o avanço da idade (DELLAROZA et al., 2017).

O desequilíbrio da parte esquelética crônica é considerado osteoporose, uma vez que atinge mais idosos, de ambos os sexos, sendo que as mulheres sofrem mais devido a menopausa. A osteoporose diminui a massa óssea, com risco de fraturas e quedas, podendo causar fraturas graves (CARVALHO et al., 2017; GUARNEIRO et al., 2004). A causa da osteoporose é expansão da porosidade do esqueleto devido ao retrocesso do tecido ósseo, identificada pela diminuição da função das células osteoplásticas, o que proporciona uma ascensão da ação dos osteoclastos e mineralização da matriz óssea (MIOTTO et al., 2019).

Osteoporose é caracterizada como perda progressiva de massa óssea, doença que enfraquece os ossos, pode ser inicialmente sem sintomas, que age lentamente e se agrava progressivamente, podendo ter como consequência as fraturas (SMELTZER et al., 2020). Assim, a osteoporose é considerada uma doença evolutiva, uma vez que a perda óssea é um fenômeno universal que acomete a todos os seres humanos.

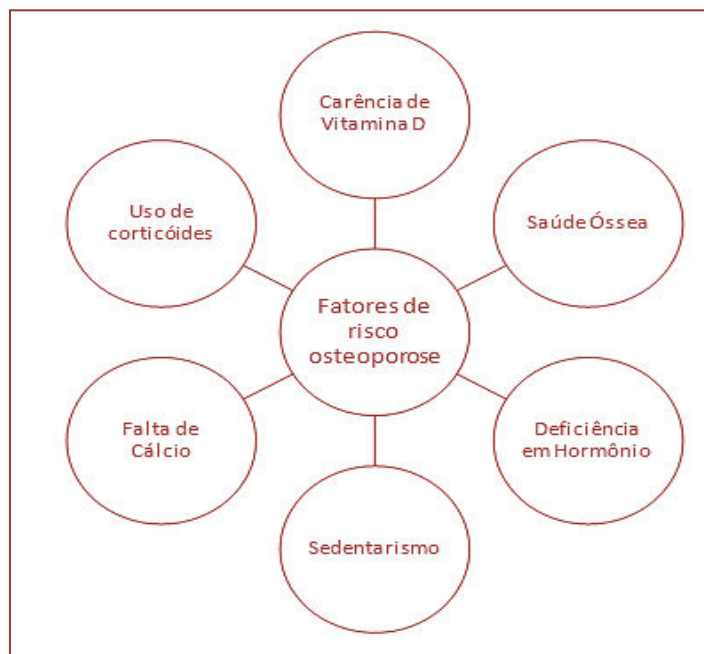
De acordo com a OMS, a definição do diagnóstico da osteoporose se baseia na presença de uma densidade óssea em coluna de 2,5 SD abaixo do valor máximo esperado, ou seja, do valor que o indivíduo deveria ter quando jovem e saudável. Como a massa óssea diminui com a idade, quase todas as pessoas que vivem por muito tempo virão a ter osteoporose (FARIAS et al., 2018).

Conforme a Associação Médica Brasileira – AMB, a prevalência da osteoporose, seguida de morbidade e mortalidade de suas fraturas, tem aumentado com o passar dos anos. A falta e a diminuição de estrogênio tem sido responsável como a causa determinante na diminuição de perda óssea em mulheres no climatério (AMB, 2011).

2.2. ASPECTOS RELACIONADOS À OSTEOPOROSE

A osteoporose está relacionada com diferentes fatores de risco (Figura 1). Sua definição é também relacionada à alteração dos valores da densitometria óssea devido à perda de massa óssea. Assim, teremos os seguintes termos: osteopenia quando a perda é de um a 2,5 unidades referência, identificada pelo exame; osteoporose, quando a perda é maior do que 2,5 desvios padrões (DP). A densidade mineral óssea reflete a quantidade de mineral quantificada numa área do esqueleto, representando a densidade mineral óssea, expressa em gramas pela área ou volume medidos. A osteoporose pode ser considerada grave quando, além do critério acima referido, já existir uma fratura (MARTINI et al., 2019).

Figura 1: Fatores de Risco associados a osteoporose.



As doenças osteometabólicas englobam um grande número de condições clínicas. As situações clínicas em que ocorre osteopenia, mais frequentemente encontradas no consultório do ortopedista, são a osteoporose e a osteomalácia. A osteoporose é uma diminuição absoluta da massa óssea levando ao risco aumentado da fratura. A osteomalácia é o acúmulo de tecido osteoide não mineralizado no osso trabécula resultante de limitação da deposição do mineral no tecido (CARVALHO et al, 2017).

A osteoporose pode ser idiopática quando, então, a condição clínica será denominada osteoporose primária. A osteoporose poderá ocorrer também como uma doença secundária a uma série de condições clínicas, como, por exemplo, anormalidades endócrinas e neoplasias. A osteoporose é silenciosa e não apresenta sintomas. Em geral, o problema só é detectado em estado avançado, com a deformação de ossos que provoca dor crônica ou quando aparece uma fratura (BONJOUR, et al, 2019).

2.3. PREVENÇÃO E TRATAMENTO

A adequação de uma alimentação saudável com complemento de cálcio e vitamina D acompanhados de exercícios físicos devem fazer parte do cotidiano de todas as pessoas, principalmente do portador de osteoporose, pois quanto mais cedo aderir a essa prática, maior a prevenção da osteoporose (CARVALHO et al, 2017).

O objetivo primário do tratamento da osteoporose é a prevenção. Devemos dar ênfase à fase de formação máxima de massa óssea, o "pico de massa óssea", que ocorre entre os 20 e os 30 anos de idade. Então, o trabalho de prevenção será realizado entre as crianças e os adolescentes e, também, com os adultos jovens, chamando a atenção para a necessidade de nutrição adequada, para a prática constante de exercícios físicos e para a adequada ingestão de cálcio e de vitamina D (JHA et al, 2020).

A ingestão de cálcio e a administração suplementar de vitamina D devem fazer parte de qualquer regime terapêutico para a osteoporose. Todos os pacientes com perda óssea, ou em potencial de risco para perda, devem ser aconselhados a ingerir cálcio e vitamina D, ou a usar suplementos equivalentes (MARTINI et al, 2019).

A terapia com estrogênio na pós-menopausa está associada à redução de 40% a 50% no risco de fraturas do quadril relacionadas à doença e de, aproximadamente, 90% no risco de fraturas vertebrais. Portanto, podemos classificar a terapia de reposição hormonal (TRH) como o tratamento ideal - fisiológico - da osteoporose. Cumpre salientar que essa reposição hormonal também é aprovada como método de prevenção da osteoporose (SMELTZER et al, 2020).

3. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido por meio uma revisão de literatura através de pesquisas bibliográficas com a finalidade de alcançar seu objetivo, o qual é analisar a atuação do profissional de Enfermagem em relação aos fatores de risco da osteoporose e como decidir em relação ao plano de cuidados e orientações ao paciente diante dessa patologia.

Para tanto, a escolhas das referências mais relevantes para o desenvolvimento desse estudo, foram em relação aos materiais disponíveis correlacionados com a temática e voltados para o âmbito da saúde, dessa forma buscou-se analisar artigos científicos, revistas periódicas de Enfermagem, teses, sites relacionados à Saúde com publicação de 2015 a 2020, com base na busca da questão norteadora da pesquisa: Qual a atuação do profissional de Enfermagem frente ao paciente portador de osteoporose?

Para coleta de dados, realizou-se um levantamento na plataforma Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde foram realizadas as pesquisas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), As amostras foram por meio de termos cadastrados no site dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Osteoporose”, “Enfermagem”, “Assistência”. Obteve-se 78 artigos nas bases de dados com associação a osteoporose, entretanto, após realizar uma busca que atendesse a finalidade da pesquisa, excluíram-se os temas que não atendiam a necessidade da pesquisa, logo, restaram 12 artigos compatíveis com o tema abordado.

Diante disso, a inclusão desse estudo foi relacionada a pesquisas acadêmicas que atendiam a necessidade do tema, estudos com evidências da patologia, documentos completos inseridos nas bases de dados nacionais e internacionais, nos idiomas inglês, português e espanhol e terem sido publicados nos últimos seis anos. Já os métodos de exclusão foram em relação a artigos duplicados, fora do contexto da temática e com publicação inferior a 2015.

4. RESULTADOS

O quadro 1 apresenta a síntese dos artigos selecionados para o estudo, com intuito de obter analisar a atuação do enfermeiro na tomada de decisões em relação ao plano de cuidados e orientações ao paciente.

Quadro 1: Síntese dos artigos utilizados nesta revisão de literatura.

Título	Autores	Base de Coleta	Metodologia	Resultados
Qualidade de vida do paciente portador de osteoporose	SOUZA, Roseli Donizete	2015 Brasil, Scielo	Estudo transversal com pacientes/clientes em uma farmácia no município de Itapira-SP, onde foram entrevistados 28 pacientes.	A osteoporose apresenta significativo impacto na QV dos pacientes mais velhos, do sexo feminino, que não mantêm um hábito de vida saudável e que são sedentários.
Sistematização da assistência de Enfermagem: Um relato de caso	Júlia Sangalli Demichei	2020, Brasil Scielo	Relato de caso, desenvolvido por duas acadêmicas do curso de Enfermagem.	A importância da aplicação da SAE, por meio de intervenções.
A osteoporose e seu acometimento em idosos e sua relação com as quedas.	Giovanna Costa de Paula dos Santos	2017, Brasil, Revista de Enfermagem	Estudo bibliográfico, com levantamento de dados,	A ocorrência de episódios de quedas e o acometimento de fraturas geram um relevante problema de saúde em idosos afetando diretamente na qualidade de vida e independência desses indivíduos
Osteoporose uma análise fisiopatológica voltada para os profissionais da Enfermagem.	Laila Thayse Macedo Faria	2015, Brasil, Scielo	Levantamento bibliográfico nas bases de dados,	A baixa ingestão de cálcio e vitamina D, tabagismo, bebida alcoólica e cafeína em excesso estão associadas ao distúrbio.
Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em idosos: um estudo caso-controle	Danilo Simoni Soares	2015, Brasil Scielo	Estudo de caso com 135 indivíduos com idade ≥ 60 anos, pareados por sexo, no período de 2005 a 2012.	Os fatores de risco para fratura de fêmur foram: hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo e possuir superfície escorregadia na residência.
Fatores associados à osteopenia e osteoporose em mulheres submetidas à densitometria óssea	Ana Carolina Veiga Silva	2015 Brasil Scielo	Um estudo transversal, incluindo 1.871 mulheres que se submeteram à densitometria óssea.	Os fatores associados foram idade acima de 50 anos e osteopenia ou osteoporose, (OR = 2,09) e (OR = 2,49), respectivamente.

Quadro 1: Síntese dos artigos utilizados nesta revisão de literatura.

Título	Autores	Base de Coleta	Metodologia	Resultados
Avaliação dos fatores de risco para osteoporose e aplicação da ferramenta FRAX clínico em idoso	José Seabra Alves	2020, Brasil, Scielo	Um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, por meio de um questionário, com 145 pacientes	Faixa etária de 70 a 79 anos e nenhum participante fazia tratamento específico para a osteoporose.
Caracterização de mulheres sobre os fatores de risco para osteoporose	Sarah da Rocha Leal	2020, Brasil Scielo	Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa realizado com 90 mulheres.	Aos profissionais de saúde corrobora com informações que ocasionam melhorias de suas práticas assistenciais.
Análise dos principais fatores de riscos para o desenvolvimento da osteoporose em idosos	Beatriz Maria da Conceição Murilo	2020, Brasil, Revista de Enfermagem	Revisão da literatura, em que foram utilizados bancos de dados	Os fatores de riscos observados foram: nutrição, utilização de determinados medicamentos que reduzem a massa óssea, alcoolismo, tabagismo e peso corporal.
A atuação da Enfermagem na promoção da saúde óssea de pacientes idosos	Caroline Silva Poubel	2019, Brasil, Revista Interdisciplinar	Pesquisa bibliográfica	Cabe Enfermagem tomar precauções, bem como fazer as devidas orientações sobre uma boa qualidade de vida para melhorar e promover a saúde do paciente,
Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo	Iara Guimarães Rodrigues	2016, Brasil Scielo	Trata-se de estudo transversal, com amostra probabilística tomada por conglomerados em 2 estágios totalizando 1.419 idosos	Foram estimadas as prevalências de osteoporose autorreferida problemas e comportamentos de saúde.
Avaliação do conhecimento sobre a osteoporose entre estudantes de graduação da área da saúde	Alice Maria de Oliveira Costa	2020, Brasil, Revista de Iniciação Científica	Estudo exploratório descritivo, de campo e quantitativo, realizado composta de 215 alunos,	O baixo nível de conhecimento dos estudantes pode estar ligado a um déficit do tema durante a graduação.

5. DISCUSSÃO

A pesquisa buscou analisar a atuação do enfermeiro em relação ao cuidado de pacientes com patologia associada à osteoporose e como proceder na tomada de decisões em orientações ao paciente.

No sistema osteoarticular ocorrem alterações as quais geram ausência de equilíbrio no corpo da pessoa idosa, dificultando os movimentos, com o passar dos anos a atividade celular muda na medula óssea o que causa a perda óssea (JHA et al, 2020). Murilo et al. (2020) evidencia um aumento em relação a indivíduos idosos, diante a essa situação, propõe buscar métodos como alimentação, exercícios físicos, acompanhamento profissional para prevenção da osteoporose e proporcionar qualidade de vida para essas pessoas.

Silva et al. (2015) analisou a prevalência de osteopenia e osteoporose em mulheres que realizaram exames de densitometria em uma clínica especializada, e após o exame detectou que os fatores de riscos estão relacionados à idade avançada. Já Santos et al. (2017) relacionam o fator de risco histórico familiar, idade avançada, sexo femininos sendo maiores acometidas as mulheres, devido às questões hormonais, e baixa ingestão de cálcio e vitamina D, tais fatores levam a quedas e fraturas.

Em relação a fatores de riscos de fraturas foi realizada uma pesquisa com 135 indivíduos com idade ≥ 60 anos, onde verificou que o fator de risco para fratura de fêmur está relacionado à osteoporose, sendo o principal fator responsável pelo aumento na incidência de fratura de fêmur na faixa etária em estudo, assim também como a hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo e ambiente domiciliar não apropriado ao idoso (SOARES et al, 2015)

Evidências de um estudo realizado com cento e quarenta e cinco idosos sobre os fatores de risco estavam relacionado a mulheres sedentárias e com idade acima de setenta e um anos, nesse estudo ainda foi mencionado que as fraturas relacionavam-se com faixa etária de setenta a setenta e nove anos, e o mais preocupante nessa amostra, que nenhuma estava realizando tratamento para a patologia (ALVES et al, 2020),

A osteoporose interfere na saúde dos pacientes mais velhos, do sexo feminino, que não mantêm um hábito de vida saudável e que são sedentários. Este grupo de pacientes deve ser priorizado nas intervenções de saúde, devido o grau de risco (SOUZA et al, 2015).

No tocante a solucionar tal situação, Leal et al (2020) enfatiza, que é de suma importância o profissional de saúde esteja capacitado para propor aos pacientes um atendimento humanizado e acolhedor com informações sobre diversos tratamentos que contribuam para a saúde do paciente com osteoporose. Realizar orientações adequadas para cada paciente portador de osteoporose estimula a busca de tratamentos e contribui para qualidade de vida do idoso (PROUBEL et al., 2019).

Em um estudo sobre cuidados da Enfermagem para a promoção da saúde foi realizado informações com instruções de uso de cálcio e vitamina D para a prevenção de fraturas relacionadas a osteoporose, assim a capacitação de um profissional de saúde em fisiopatologia é de grande importância para contribuir para saúde de pacientes com essa patologia (FARIAS et al, 2015).

Costa et al. (2020) buscou avaliar o conhecimento de 215 estudantes da área da saúde relacionado à osteoporose e verificou o baixo nível de conhecimento dos estudantes

pode estar ligado a um déficit do tema durante a graduação, podendo estar ligado a falta de informação e o baixo nível de instrução sobre o tema.

Em relato de caso, Demichei et al. (2020) verificou a relevância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para promoção da saúde de pacientes, com intuito de promover qualidade de vida através de atitudes de Enfermagem para pessoa idosa. Essa assistência é um método de trabalho organizado que melhora a forma do profissional de saúde ao tratamento com orientação e cuidado ao paciente (SILVA; GARANHANI; PERES, 2015).

Os estudos deixam claro que os profissionais de saúde devem ser capacitados para instruir os pacientes quanto à prevenção da osteoporose, o cuidado do enfermeiro não deve ser somente do leito, mas informativo com intuito de proporcionar soluções pacientes diagnosticadas com osteoporose.

6. CONCLUSÃO

A pesquisa foi realizada a partir de resultado de evidências comprovadas de estudos de casos sobre a osteoporose, para analisar seus fatores de risco e a atuação do profissional de Enfermagem em relação a informações aos pacientes com essa patologia.

Notou-se que os fatores de riscos estão relacionados à idade avançada, falta de suplementação de cálcio, vitamina D, fatores biológicos assim como fatores sociais, a pesquisa mostrou ainda que os índices maiores estejam relacionados a mulheres devido a menopausa e pós-menopausa por conta da diminuição de hormônios ocorridos nessa fase. Todavia tais fatores levam a fraturas graves debitando os pacientes e os deixando dependente para sua locomoção.

Para ajudar na prevenção da osteoporose, os profissionais de Enfermagem se tornam essenciais em uma equipe multidisciplinar, entretanto devem estar capacitados para realizar de forma adequada orientações sobre fisiopatologia e acolhimento humanizado para propor um atendimento que contribua na promoção da saúde dos pacientes.

Por fim, conclui-se que a elaboração desse estudo se tornou relevante para aprimorar conhecimentos sobre a temática além de proporcionar o desejo da busca da constante busca pelo conhecimento através de capacitação profissional. Para trabalhos futuros, sugere-se realizar um estudo de caso em uma unidade de saúde para averiguar como são tratados os pacientes diagnosticados com osteoporose pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] ALVES Neto J, S, CRUZ A. R. C, PEREIRA F. A. Avaliação dos fatores de risco para osteoporose e aplicação da ferramenta FRAX clínico em idosa Medicina (Ribeirão Preto) 2020; 53(3): 292-299.
- [2] BRASIL. Ministério da saúde. 20/10- Dia Mundial e Nacional da Osteoporose. Biblioteca Virtual em saúde. Ministério da saúde, 2019
- [3] BEZERRA M. L. R. et al. Diagnósticos de Enfermagem do domínio promoção da saúde em mulheres climatéricas com osteoporose. Rev. Enferm. UFPE online. 2019; 10(3): 969-76.
- [4] COSTA A. M. O PAZ B. A, ALMEIDA, M. A. R. Avaliação do conhecimento sobre a osteoporose entre estudantes de graduação da área da saúde. Rev Inic Cient Ext. 2020; 1(1): 341-9.

- [5] DELLAROZA, M. S. G. et al. Associação entre dor crônica e auto-relatos de quedas: estudo populacional - SABE. *Cad. Saúde Pública*, vol. 30, n. 3, p.522-532. Rio de Janeiro mar. 2017.
- [6] DOENGENS, M. E. et al. *Diagnósticos de Enfermagem*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- [7] FARIAS, L. T. M., LIBÓRIO L. C. da C., & CLARÊNCIO, J. Osteoporose: uma análise fisiopatológica voltada para os profissionais da Enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*. v4i2.646. 2016.
- [8] FERNANDES, H. C. L. et al. Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da Estratégia Saúde da Família. *Texto e contexto – Enfermagem*, vol. 22, n. 2, p. 423-431. Florianópolis abr/jun 2019.
- [9] GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017.
- [10] JHA R, et al. Pilot case-control investigation on risk factors for hip fractures in the urban Indian population. *BMC Musculoskeletal Disord* 2020; 11: 49.
- [11] KUMAR, V. et al. *Robbins Patologia Básica*. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- [12] LEAL, Sarah da Rocha et al. Caracterização de mulheres sobre os fatores de risco para osteoporose. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 53-65, 2020.
- [13] LOURES, M. A. R. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da osteoporose em homens. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 57, p. 497-514, 2017.
- [14] MARTINI, LA et al. Prevalência de diagnóstico auto-referido de osteoporose, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2019; 43(Suppl 2): 107-16.
- [15] MENDES A. A. et al. Proposta de protocolo para orientação prevenção da osteoporose. *Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente*. 2019;7(15):47-8.
- [16] MENDES K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;17(4):758-64.
- [17] MIOTTO, C. et al. Tratamento fisioterapêutico das artralguas. *Revista Dor*, vol. 14, n. 3, p. 216-218. São Paulo jul/set. 2019.
- [18] MIRIAN. C L. et al. Osteoporose na Mulher Idosa: um rastreamento no consultório de Enfermagem. *J Res Fundam Care Online*. 2018;6(4):1622-9.
- [19] POUBEL. C. S. A atuação da Enfermagem na promoção da saúde óssea de pacientes idosos, *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, vol. 5, n.5, 2019.
- [20] RADOMINSKI, S. C. et al. Brazilian guide lines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Revista brasileira de reumatologia*, v. 57, p. s452-s466, 2017.
- [21] REGINSTER, J et al. Osteoporosis: a still increasing prevalence. *Bone* 2018; 38(2 Suppl 1): S4-9. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, Volume 55, Issue 3, May–June 2015, Pages 223-228, disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.08.012>. Acesso em: 01 de novembro de 2021.
- [22] ROBBINS, K et al. Sistema musculoesquelético. In: *Patologia básica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. pg. 875-914.
- [23] RODRIGUES, I. G. et al. Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol. 19, n. 2, p. 294-306. São Paulo abr/jun. 2020.
- [24] SANTOS. G. C. de P.A osteoporose e seu acometimento em idosos e sua relação com as quedas, *Revista Saúde em Foco – Edição nº 9 – Ano: 2017*
- [25] SILVA, A. C. V; FERNANDES, M. I. da R. B; LUMETZ, S. L. DINIZ, R. M. Factors associated with osteopenia and osteoporosis in women undergoing bone mineral density test
- [26] SILVA, J.P.; GARANHANI, M.L.; PERES, A.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 1, p.59-66, fev. 2015.

- [27] SMELTZER S. C. et al. Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020.
- [28] SOARES. D. S. Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em idosos: um estudo caso-controle. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(2):239-248.
- [29] SOUZA L. B. et al. Autogerindo o tratamento da osteoporose no regaste do bem-estar, mediado pela (in)visibilidade de indicadores da doença. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2019;18(3):108-13.
- [30] SOUZA M. P. G. et al. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. RevBras Ortop. 2020;45(3):220-9.

Capítulo 18

Pneumonia bacteriana associada à ventilação mecânica invasiva em adultos: Uma revisão de literatura

Yasmin Tainá Andrade Melo

Beatriz Moura Gomes

Marcílio da Costa Carvalho

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: As unidades de terapia intensiva são um setor hospitalar de maior relevância para o uso da ventilação mecânica invasiva, com a finalidade de substituir a respiração espontânea prejudicada para ventilação artificial. Porém, o uso da ventilação mecânica invasiva pode trazer malefícios ao paciente, incluindo a pneumonia, em decorrência das microaspirações de secreções que contaminam o tubo orotraqueal. A pneumonia dificulta a troca gasosa, devido ao preenchimento de exsudato inflamatório nos bronquíolos e alvéolos. Este estudo teve como objetivo compreender a associação entre a pneumonia bacteriana e a ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos nas unidades de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão integrativa qualitativa de caráter bibliográfico, com análise de literaturas bibliográficas selecionadas. O estudo apresenta as principais bactérias que causam infecção ao paciente durante o uso da ventilação mecânica invasiva, sendo as mais comuns *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* ou *Pseudomonas aeruginosa*. A combinação de métodos para detectar a pneumonia associada a ventilação mecânica, ocorre por meio de achados clínicos e microbiológicos, que corroboram com a conclusão do diagnóstico e administração do medicamento adequado. O tratamento farmacêutico adequado varia de acordo com o tipo de agente etiológico que o paciente foi acometido. Todavia, sem o conhecimento etiológico da infecção, o tratamento é fundamentado na administração de antibióticos de modo empírico, o que pode favorecer a evolução da resistência bacteriana.

Palavras-chave: Antibióticos; Ventilação mecânica; Infecção bacteriana; Unidade de Terapia Intensiva.

1. INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são oriundas dos hospitais norte-americanos, do século XX. No Brasil, as UTIs foram instituídas pela primeira vez na cidade de São Paulo, no final de 1960, e evoluiu com o decorrer dos anos. As UTIs são destinadas aos pacientes de alta complexidade, nos quais necessitam preservar suas funções fisiológicas e de reabilitação para permanecer vivo. É proporcionado ao enfermo em terapia intensiva, um tratamento terapêutico adequado, monitoramento dos sinais vitais detalhado, uso de dialisador, ventilador mecânico e outros, conforme sua necessidade (VIANA; WHITAKER, 2011).

Dentre esses recursos, destacam-se o ventilador mecânico (VM), que consiste em substituir a ventilação espontânea prejudicada, caracterizado por ventilação mecânica não invasiva (VNI) e ventilação mecânica invasiva (VMI) (AZEVEDO; TANIGUCHI; LADEIRA, 2018). O uso do ventilador mecânico pode desencadear complicações ao paciente, sendo elas, variação hemodinâmica, atelectasia, barotrauma e a pneumonia. No caso da pneumonia, ocorre devido ao prejuízo da resposta imune do enfermo frente aos diversos microrganismos que possivelmente estão presentes no equipamento, ainda mais, quando relacionada a assistência negligenciada e o manuseio incorreto do aparelho (KNOBEL, 2016).

A pneumonia é classificada em três momentos: 1. Pneumonia adquirida na comunidade (PAC); 2. Pneumonia nosocomial ou adquirida em hospital (PAH); detectada posterior às 48 horas da internação, designada de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) ou não estando vinculada a ventilação. 3. Pneumonia adquirida em asilos (FREED; BURKE, 2012). A pneumonia é uma infecção que acontece no parênquima pulmonar, provocada por vírus, parasitas, fungos ou bactérias. Ademais, desencadeia o excesso de exsudato inflamatório nas vias aéreas, impossibilitando a troca gasosa nos alvéolos, bronquíolos e interstícios. Em alguns casos a infecção pode propagar-se ao espaço pleural, processo denominado de pleurite (HAMMER; MCPHEE, 2016).

Todavia, dentre as classificações de pneumonia, neste estudo destaca-se a PAVM, um processo infeccioso que consiste em retardar a alta da UTI, além de elevar o risco de letalidade (PAPAZIAN; KLOMPAS; LUYT, 2020). Diante disso, este estudo teve como objetivo, compreender a etiologia, os achados para os diagnósticos clínico e microbiológico e os meios de tratamento farmacológico da pneumonia bacteriana associada à ventilação mecânica invasiva em pacientes adultos nas unidades de terapia intensiva, por meio de uma revisão de literatura.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

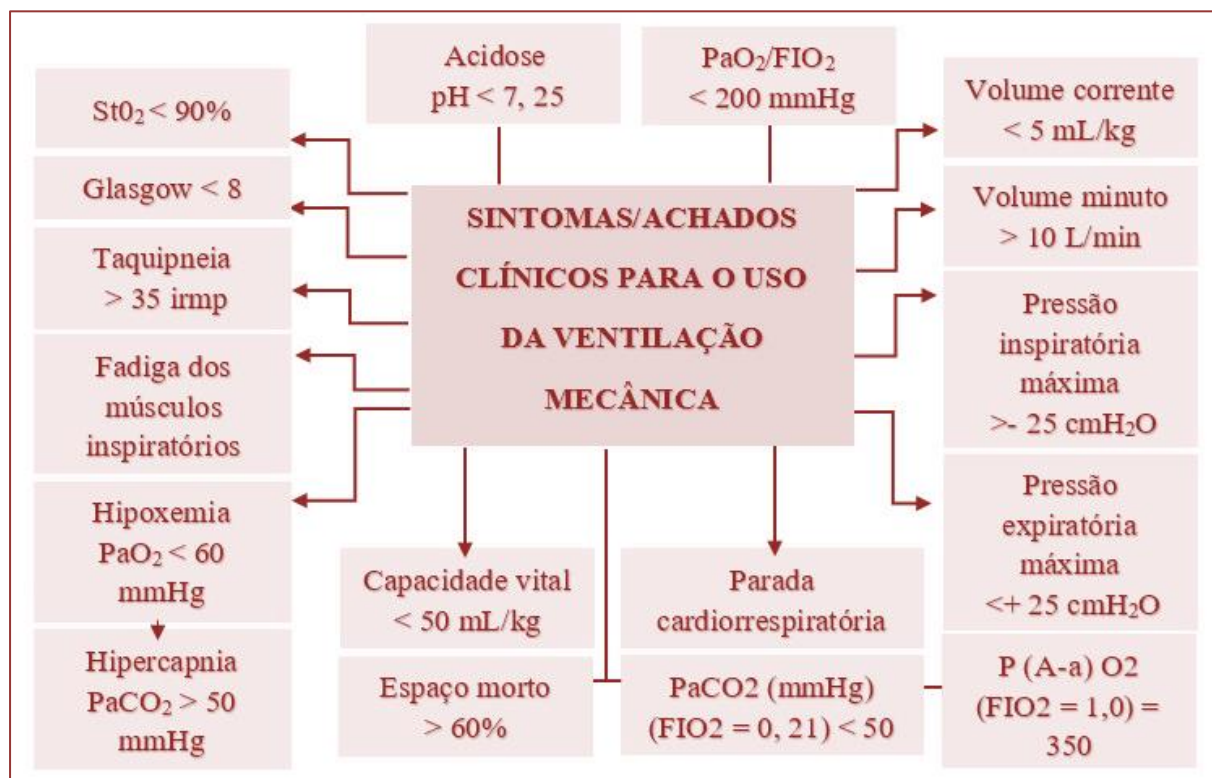
2.1. ORIGEM E CONCEITO DO VENTILADOR MECÂNICO

O ventilador mecânico tornou-se imprescindível por conta da falência pulmonar e variações no sistema cardiorrespiratório, conforme os diferentes parâmetros clínicos apresentados na **Figura 1**. Com o propósito de intervir nessas eventualidades clínicas que são incompatíveis a vida, iniciaram as pesquisas para o desenvolvimento de máquinas e seus equipamentos. Mediante ao progresso tecnológico, em 1980, surgiram os ventiladores microprocessados com especificações modernizadas. Logo, no ano de 1987, a empresa Inter 7, deu origem ao primeiro ventilador mecânico no Brasil. Com o decorrer dos anos e aperfeiçoamento tecnológico, surgiu um ventilador semelhante a respiração

espontânea, com o intuito de não trazer tantos prejuízos a saúde (SARMENTO, 2010; D'ANGIERI, 2014; ANDRADE, 2012; SABROTI, 2015 *apud* LOPES, 2016).

Os ventiladores mecânicos são divididos em quatro ciclos: a primeira é a fase inspiratória, onde fica aberto a válvula inspiratória permitindo o preenchimento de O₂ nos pulmões, seguindo para segunda fase conhecida como ciclagem, que ocorre por conta do fluxo, tempo, volume e pressão fazendo com que haja uma troca da fase inspiratória para a expiratória. Em seguida, inicia-se a terceira fase, o ciclo expiratório, que entra em ação com a abertura da válvula expiratória e o fechamento da válvula inspiratória, esse processo faz com que o pulmão fique vazio. É nesse momento que acontece a quarta fase, denominado disparo, que permite abrir a válvula inspiratória e o fechar da expiratória finalizando o ciclo, a durabilidade de todo processo é estipulada pela frequência respiratória (FR), podendo ser feito pelo ventilador ou pelo paciente (MORATO; SANDRI; GUIMARARÃES, 2015; OLIVEIRA et al., 2013).

Figura 1- Fluxograma baseado em indicadores clínicos para a necessidade de aplicação da Ventilação Mecânica.



Legenda: FR: frequência respiratória; PaO₂: pressão parcial de oxigênio no sangue arterial; FIO₂: fração inspirada de oxigênio; PaCO₂: pressão parcial de gás carbônico; O₂: oxigênio.

Fonte: Modificado de Carvalho, Junior e Franca (2007); Viana e Torre (2017).

A ventilação mecânica (VM) possui o intuito de diminuir o esforço respiratório ajudando na troca gasosa (MORTON; FANTINE, 2013). Para isso, utiliza-se dois métodos distintos, o primeiro é a ventilação mecânica invasiva (VMI), solicitado para o desconforto respiratório grave e quando a VNI não surte efeito. Sua utilização acontece por meio de sedação e tubo orotraqueal (MACIEL; AIDÉ, 2016), podendo ser prolongando a permanência na UTI e elevando o risco de PAVM, perda acidental do tubo e outras adversidades (STROM; MARTINUSSEN; TOFT, 2010).

Outro meio de oxigenação invasiva é por cânula de traqueostomia, utilizada nos casos de oclusão da faringe e/ou vias aéreas. Para impedir a broncoaspiração e proporcionar a ventilação em pressão positiva, é fundamental a presença do balonete, onde deve ser preenchido com ar para vedar a saída de oxigênio entre a taqueia e o tubo traqueal (VALIATTI; AMARAL; FALCÃO, 2016). Contudo, se o mesmo estiver com a pressão elevada, poderá surgir lesões no local de acesso, todavia, para que isso não ocorra, o balonete de maior volume e com redução na pressão é o mais apropriado. A traqueostomia quando manuseada corretamente pelo profissional de saúde, contribui para aspiração de secreções, condição trivial nos casos de insuficiência respiratória (WEST, 2014).

A segunda classificação é a ventilação mecânica não invasiva (VNI), equipamento que permite que o paciente tenha a oxigenação através de máscaras específicas, seja facial ou nasal, de modo não invasivo, sobretudo, com a mesma propriedade da VMI de insuflar e oxigenar os alvéolos de maneira satisfatória. Além disso, a VNI contribui para a diminuição do percentual de infecções e óbitos (como ocorre frequentemente na VMI), no entanto, não é indicada nos casos em que o paciente necessita da VM para permanecer vivo ou estando em instabilidade hemodinâmica grave, traumas de face ou em outras condições críticas. A escolha do método de ventilação mecânica depende das condições clínicas do paciente, relacionado também à volume minuto, PaCO₂, nível de consciência e esforço respiratório (AZEVEDO; TANIGUCHI; LADEIRA, 2018; SARMENTO, 2015).

2.2. FISIOPATOLOGIA DA PNEUMONIA BACTERIANA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA

A pneumonia é uma doença infecciosa, com condição de alto risco de mortalidade. É uma doença causada por diferentes bactérias, onde são inaladas e aspiradas através da orofaringe, as quais adentram os pulmões dos pacientes, dispersa-se nas vias aéreas superiores e inferiores e invadem as células tumorais nos vasos sanguíneos. A infecção chegando ao parênquima pulmonar, desencadeia o preenchimento de exsudato inflamatório nos bronquíolos e alvéolos, por conseguinte, impossibilitando a troca gasosa nos alvéolos. Esta infecção é capaz de acometer a cavidade pleural, que por sua vez, desencadeia processo inflamatório em resposta a pneumonia bacteriana (derrame parapneumônico) e/ou empiema (acúmulo de exsudato/pus na pleura) (HAMMER; MCPHEE, 2016; LOSCALZO, 2014).

Dentre as classificações desta patologia, destaca-se a pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM), sucedendo 48 a 72 horas decorrente a intubação endotraqueal (IRWIN; LILLY; RIPPE, 2015). Os patógenos alcançam às vias aéreas inferiores, que normalmente são estéreis, comprometendo o mecanismo de defesa inata do sistema respiratório, que são os obstáculos anatômicos, tosse, reflexo da glote e o sistema mucociliar, os quais atuam nas vias aéreas superiores, responsável pela limpeza de conteúdo aspirado e dos microrganismos que chegam na árvore brônquica, removendo

por auxílio da tosse. Dessa maneira, quando os patógenos chegam aos espaços alveolares, os macrófagos alveolares auxiliam na degradação dos mesmos e isso faz com que ocorra o processo inflamatório recrutando, os neutrófilos, monócitos e linfócitos. Contudo, ao mesmo tempo que os macrófagos favorecem a inflamação, eles possuem a função de minimizar o processo inflamatório. Por conta do reconhecimento dos lipopolissacarídeos das bactérias, são secretadas as interleucinas (IL-1, IL-8) e o fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α) em resposta a inflamação e as IL-10 e IL-4 impedem o comprometimento tecidual, com finalidade de fortalecer a resposta imune (VERONESI – FOCACCIA, 2015; SALOMÃO, 2017).

Com o sistema imune enfraquecido por conta da intubação endotraqueal somado a fatores de risco e outras condições patológicas o paciente torna-se mais vulnerável às infecções. Sendo assim, a resposta imunológica é dificultada, interferindo no processo de tosse e limpeza mucociliar, comprometendo a eliminação das secreções oriunda da orofaringe (constituídos nas cavidades sinusais), essas secreções acabam ficando no balonete do tubo endotraqueal favorecendo a microaspiração, desencadeando a PAVM (SMELTZER et al., 2014; MACIEL; AIDÉ, 2016).

De acordo com Azevedo, Taniguchi e Ladeira (2018) a PAVM é dividida em duas categorias para contribuir com manejo terapêutico, sendo caracterizadas como precoce, quando ocorre no 2º ao 4º dia de intubação e, tardia, quando acomete o paciente do 5º dia de intubação em diante, manifestando resistência ao recurso terapêutico e elevação de mortalidade. A classificação da PAVM ainda segue em estudo, pois em alguns casos, o tipo de PAVM está interligada a outras condições patológicas.

2.3. A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA

Os pacientes em VM estão sobre a responsabilidade do enfermeiro intensivista, bem como, os cuidados devem estar aliados a assistência médica. Para tanto, os enfermeiros carecem de conhecimento técnico e científico para exercer com destreza os cuidados de acordo com a necessidade do enfermo. Ter embasamento do manuseio do ventilador mecânico e dominar técnicas de prevenções relacionadas as infecções, são fundamentais para os profissionais de Enfermagem (PADILHA et al., 2010).

Os profissionais de saúde intensivistas, principalmente a equipe de Enfermagem necessitam se empenhar em manter o planejamento de cuidados e as intervenções de forma eficaz (Tabela 1). Os pacientes sob ventilação mecânica, com sonda nasogástrica, reintubados, extubados acidentalmente e em decúbito dorsal estão propensos a evoluir para PAVM (VIANA; TORRE, 2017; MORTON; FANTINE, 2013).

Tabela 1: Intervenções de Enfermagem para prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM).

Conduta	Objetivo e Justificativa
Higienizar as mãos.	Realizar previamente a todos os procedimentos assistenciais, para redução dos microrganismos presentes nas mãos, e assim, diminuir o risco de infecção.
Elevar a cabeceira em 30°C – 45°C.	Reduzir a ocorrência de broncoaspiração e aprimorar a oxigenação. Exceto em casos não indicados.
Realizar aspiração subglótica.	Evitar microaspirações de secreções contaminadas.
Proporcionar antissepsia bucal a cada 6 horas.	Manter a cavidade bucal higienizada e favorecer a redução de microrganismos. Realizar com auxílio de clorexidina oral 0,2% ou 0,12%.
Reduzir gradual a sedação.	Sob orientação do médico, reduzir a sedação para o desmame ventilatório, se tolerável. Necessário ter cuidado com extubação acidental e reintubação.
Trocar os circuitos.	Manejo dos circuitos entre os pacientes e substituição por circuitos limpos quando estiverem visivelmente sujos.
Substituir os umidificadores.	A troca deve ser realizada entre 5 e 7 dias de uso, não antecedendo 48 horas.
Trocar o sistema de aspiração fechado.	A troca do sistema deve ser realizada quando o sistema não estiver em perfeito estado e com sujidade.
Manter a pressão do <i>cuff</i> em 20 a 25 cmH ₂ O.	A pressão estabelecida evita ferir a parede traqueal.
Trocar os inaladores.	Recomenda-se trocar os inaladores em todas as intervenções, porém, em determinados ambientes hospitalares a troca é efetuada a cada 24 a 48 horas.
Revisar o uso de antiácidos.	A administração constante de antiácidos torna o suco gástrico alcalino, favorecendo a proliferação de bactérias e o risco para PAVM.

Fonte: Modificado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2009); Viana e Whitaker (2011); How-to Guide: Prevent ventilator-Associated Pneumonia (2012); Morton e Fantine (2013).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa qualitativa de caráter bibliográfico. A pesquisa foi realizada por meio de seleção de artigos com ênfase nas últimas décadas 2007 a 2021, utilizando os seguintes métodos: seleção do tema, análise da pesquisa, interpretação do conteúdo e redação. O artigo foi desenvolvido por meio de literatura bibliográfica, busca em plataformas digitais como SCIELO (*Scientific Electronic Library On Line*), PUBMED (*Public Medline or Publisher Medline*) e Google Scholar, em dados disponibilizados na

língua portuguesa e língua inglesa, com os descritores: ventilador mecânico e pneumonia, ventilador mecânico e infecção nosocomial, ventilador mecânico e infecção hospitalar.

Os critérios de inclusão foram baseados em artigos completos, disponíveis gratuitamente e livros de referências voltadas a temática. Os critérios de exclusão foram os textos científicos de monografias, resumos e artigos sem relação com a temática.

As pesquisas foram coletadas de acordo com o conteúdo explorado, para responder se o ventilador mecânico pode desencadear pneumonia nosocomial e identificar o tratamento realizado de acordo com o agente etiológico.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A compreensão dos agentes etiológicos da pneumonia bacteriana associada a ventilação mecânica é um fator crucial para o tratamento adequado do paciente. De acordo com a etiologia da PAVM, a tabela 2 apresenta as bactérias mais prevalentes nas infecções, cuja classificação em relação à resistência é em bactérias resistentes a múltiplos medicamentos (*multidrug-resistente* – MDR) e não resistentes a múltiplos medicamentos (não MDR) (Tabela 2). A assiduidade desses patógenos são capazes de mudar conforme o ambiente hospitalar, em razão disso, é primordial que as instituições hospitalares realizem o teste de sensibilidade *in vitro* (antibiograma local) nas UTIs, com a finalidade de analisar a resistência bacteriana aos antibióticos. Dessa forma, portanto, torna-se possível administrar antibioticoterapia empírica nos pacientes de forma apropriada, até que o reconhecimento do agente etiológico seja concluído. O antibiograma tem sido satisfatório nos casos das bactérias MDR, como *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa*. Porém, esse método não deve ser utilizado rotineiramente, devido a falha no resultado quando comparados com as manifestações e achados clínicos do enfermo (LOSCALZO, 2014; KALIL et al., 2016; WILKINS; STOLLER; KACMAREK, 2009; VERONESI – FOCACCIA, 2015).

As bactérias *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* e *A. baumannii*, demonstram elevada resistência aos antibióticos e suas evoluções são as mais agressivas. Vale salientar que, em relação resistência e virulência dessas bactérias, há inúmeras controvérsias, pois, há conflito em compreender a diferença de microrganismos causadores de enfermidade: através de adesão e invasão celular, proliferação no organismo e de expelir toxinas exotoxinas ou endotoxinas com o objetivo de avanço patológico; para as bactérias multirresistentes a antibioticoterapia. Pacientes em VMI estão mais suscetíveis as bactérias gram-negativas, apesar disso, o *S. aureus* tem ganhado espaço nas UTIs (SALOMÃO, 2017; JAWETZ; MELNICK; ADELBERG, 2014).

Todavia, a prevalência dessas bactérias gram-negativas e gram-positivas variam de acordo com o hospital. Conforme o estudo de Melo et al. (2015), realizado em um hospital público específico em tratar doenças infecciosas. Com dados baseados em 56 pacientes, os autores observaram na UTI, que os exames de cultura positiva proveniente da traqueia demonstram assiduidade das bactérias *Acinetobacter baumannii*, *P. aeruginosas*, *Encherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *S. aureus*.

Para Spalding, Cripps e Minshall (2017) o diagnóstico de PAVM é complexo, devido à falta de um exame específico para confirmação. De acordo com *Ventilator-Associated Event* (VAE) 2021, para obter resultados positivos para PAVM, deve ser avaliado a cultura positiva a partir de secreções respiratórias purulentas, evidências pulmonares e

sistêmicas. Ressaltam ainda que o raio-x de tórax não é um exame concludente, pois sua análise poderá estar associada a outras patologias e não somente a PAVM.

Tabela 2: Espécies de bactérias mais prevalentes em pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM) em pacientes hospitalizados, e suas respectivas classificações em relação à resistência aos antibióticos e coloração de Gram.

Bactérias não MDR	Coloração de Gram	Bactérias MDR	Coloração de Gram
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível à meticilina (MSSA)	Gram-positiva	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente à meticilina (MRSA)	Gram-positiva
<i>Haemophilus influenzae</i>	Gram-negativa	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Gram-negativa
<i>Escherichia coli</i>	Gram-negativa	<i>Enterobacter</i> sp.	Gram-negativa
<i>Serratia marcescens</i>	Gram-negativa	Enterobactérias resistentes aos antibióticos	Gram-negativa
<i>Proteus</i> sp.	Gram-negativa	<i>Acinetobacter</i> sp.	Gram-negativa
<i>Enterobacter</i> sp.	Gram-negativa	<i>Klebsiella</i> sp.	Gram-negativa
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Gram-positiva	<i>Legionella pneumophila</i>	Gram-negativa
<i>Streptococcus</i> sp.	Gram-positiva	<i>Burkholderia cepacia</i>	Gram-negativa
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Gram-negativa	Cepas positivas para BLEA	
Enterobactérias sensíveis aos antibióticos	Gram-negativa		

Legenda: BLEA: Betalactamase de espectro ampliado.

Fonte: Modificado de Loscalzo (2014); Jawetz, Melnick e Adelberg (2014).

Os achados clínicos para diagnóstico da PAVM são: febre > 38°C, tosse, secreção purulenta, presença de roncos ou estertores a ausculta pulmonar, nível de consciência rebaixado, anormalidade da troca gasosa (PaO₂/FiO₂) associado a dispneia ou taquipneia e leucocitose >10.000/mm³ ou leucopenia <4.000/mm³. Ainda assim, são indispensáveis outras formas para confirmação da PAVM, como o CPIS (*Clinical Pulmonary Infection Score*) descrito na **tabela 3**. E para um resultado positivo para PAVM, esses critérios de avaliação diagnóstica precisam estar > 6 pontos (*score*), sendo assim, 0 indica ausência, 1 refere-se ao normal e 2 presenças de anormalidades (ANVISA, 2017; GOMES et al, 2015).

Tabela 3: Critérios e manifestações clínicas para avaliação diagnóstica da pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM), segundo o CPIS (*Clinical Pulmonary Infection Score*).

Critérios	Manifestações Clínicas	Ponto (score)
Temperatura axilar	≥ 36,5 e ≤ 38,4 °C	0
	≥ 38,5 e ≤ 38,9 °C	1
	≥ 39,0 ou ≤ 36,0 °C	2
Leucócitos periféricos	≥ 4.000 e ≤ 11.000 mm ³	0
	< 4.000 ou > 11.000 mm ³	1
	+ bastões ≥ 500 mm ³	+ 1
Secreção traqueal (0 – 4 +, cada aspiração, total/dia)	< 14+	0
	≥ 14+	1
	+ secreção purulenta	+ 1
Índice de oxigenação PaO ₂ /FiO ₂ mmHg	> 240 ou SDRA	0
	≤ 240 e ausência de SDRA	2
Raio x de tórax	Sem infiltrado	0
	Infiltrado difuso	1
	Infiltrado localizado	2
Cultura semiquantitativa do aspirado traqueal (0 – 1 – 2 ou 3 +)	Cultura de bactéria patogênica ≤ 1+ ou sem crescimento	0
	Cultura de bactéria patogênica > 1+	1
	+ a mesma bactéria identificada ao Gram > 1	+ 1

Os critérios para pontuar a secreção traqueal e a cultura semiquantitativa do aspirado traqueal, ocorre por meio de cruzes. **Legenda:** SDRA: Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo.

Fonte: Modificado de Gomes et al., (2015); Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica, (2007).

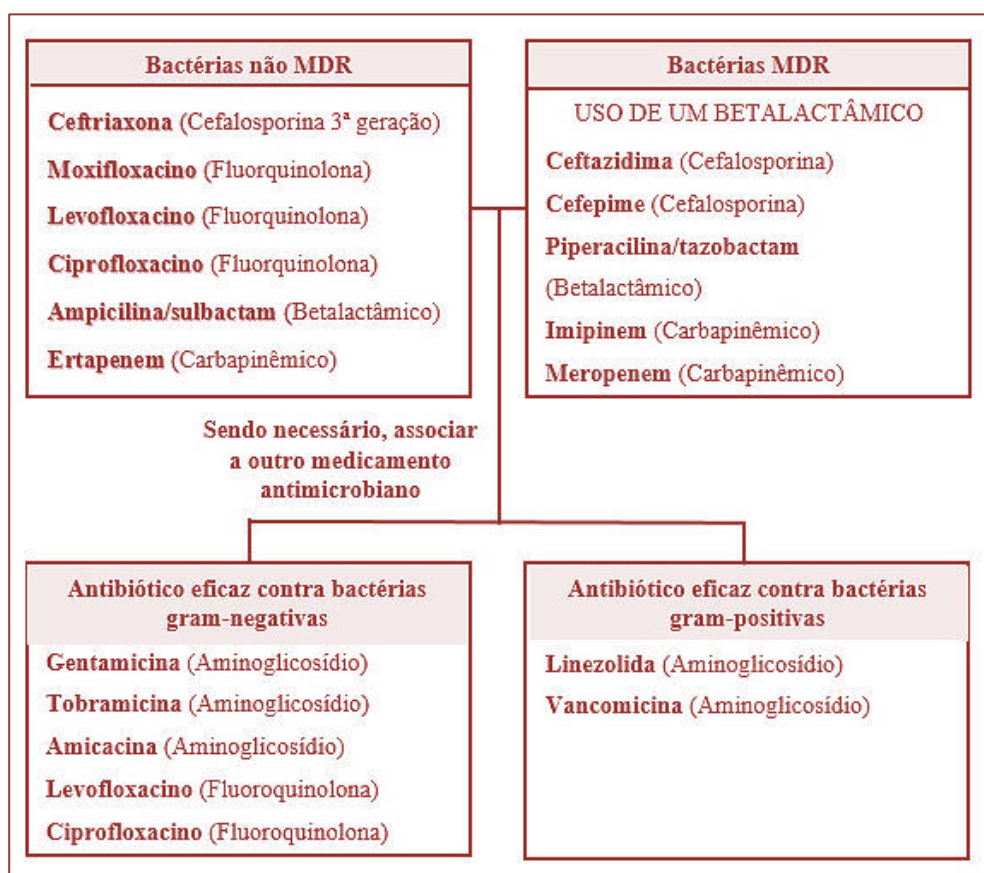
Para o diagnóstico microbiológico, é utilizado quatro métodos de coleta de secreções invasivos, sendo eles: a técnica do escovado broncoscópico protegido (PSB), para ser positivo precisa resultar em 10³ ufc/mL; lavado broncoalveolar (LBA) 10⁴ ufc/mL; minilavado broncoalveolar (mini-BAL) 10⁴ ufc/mL e aspirado traqueal 10⁶ ufc/mL. O meio de escolha para o método diagnóstico em casos de PAVM dependerá dos recursos disponíveis na unidade hospitalar, da situação que se encontra o paciente e do médico responsável pelo caso. Porém, é indicado realizar a técnica menos invasiva, logo, o aspirado traqueal, que possui fácil manipulação levando à um resultado mais rápido (AZEVEDO; TANIGUCHI; LADEIRA, 2018).

Enquanto ocorre a investigação de qual patógeno é responsável pela infecção, é concedido ao paciente medicamentos de modo experimental, pois, somente o tempo diagnóstico de PAVM precoce ou tardia não é válido para a escolha dos antibióticos empíricos. A escolha da medicação dependerá de aspectos relacionados às possíveis espécies bacterianas causadoras da pneumonia, a qual pode ser de uso único para um medicamento ou em associação combinada entre classes de antimicrobianos diferentes (Figura 2). Enfermos expostos a lugares vulneráveis às bactérias MDR, apresentam mais chances de serem infectados por patógenos resistentes, portanto, deve ser ofertado

antibiótico de amplo espectro. No entanto, quando pacientes não são expostos à ambientes colonizados por bactérias MDR, provavelmente, a contaminação foi por bactérias não MDR, logo, deve ser administrado medicamentos de menor espectro (Figura 2). Ademais, os meios terapêuticos devem se adequar conforme o estado clínico do paciente (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2005; GUIMARÃES et al., 2014).

É fundamental o monitoramento das culturas microbiológicas e verificar se o paciente está reagindo de forma satisfatória ao tratamento depois de 72 horas. Nos casos de progresso ao tratamento e, cultura negativa, deve ser interrompido o antibiótico terapêutico. Já nos casos de cultura positiva, e o paciente apresentando melhora, geralmente, é realizado o descalonamento por 8 horas, sendo este, um antibiótico de baixo espectro destinado para infecções que apresentam uma quantidade menor de bactérias colonizantes (KNOBEL, 2016). Contudo, se não houver uma boa resposta terapêutica, correlacionada com a cultura microbiológica positiva, é indicado a troca de antibiótico e a investigação dos achados clínicos com outros exames laboratoriais. Se o paciente com PAVM não reagir positivamente ao tratamento e ter cultura microbiológica negativa, serão necessárias maiores investigações laboratoriais para apurar com mais destreza os resultados microbiológicos, sendo talvez necessário a solicitação de novos exames (MACIEL; AIDÉ, 2016; FILHO; WESTPHAL, 2008).

Figura 2: Fluxograma sobre as recomendações para tratamento medicamentoso inicial empírico por antibióticos aos pacientes com suspeita de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM).



As bactérias MDR e MRSA, são as mais propensas em demonstrar fracasso a antibioticoterapia. O sucesso terapêutico é notório no período de 48 a 72 horas.

Fonte: Modificado de Longo et al., (2013), AME, (2011); GUIMARÃES et al., (2014).

A antibioticoterapia empírica pode trazer complicações aos pacientes, pela probabilidade de aumentar a população bacteriana resistente, evoluindo assim para um tratamento mais complexo. Segundo Micek et al. (2010), em seu estudo em UTI com 238 pacientes tratados com antibiótico empírico, foi concluído que o medicamento empregado era inapropriado contra as bactérias gram-negativas. Diante disso, concluíram que aumentou o índice de mortalidade no hospital, por causa da evolução patológica para sepse grave, entre os pacientes medicados empiricamente, em relação aos pacientes que tiveram o recurso terapêutico adequado. No entanto, pacientes medicados com antibiótico combinado para as gram-negativas, as chances do caso clínico prejudicado foram ainda menores, comparado com pacientes mantidos em tratamento com apenas um único medicamento.

No momento em que a causa da PAVM é descoberta, o antibiótico empírico de amplo espectro poderá ser substituído pelo medicamento adequado, com a finalidade de tratar a bactéria específica. Nos casos de bactérias MDR, habitualmente é administrado de um a dois antibióticos (Figura 2). A linezolida da classe das oxazolidinonas, tem se apresentado mais eficiente contra as bactérias MSRA em comparação a vancomicina da classe dos glicopeptídeos. Toda via, antibióticos combinados para infecção por *P. aeruginosa* não demonstraram eficácia e os índices de óbitos continuam elevados (LOSCALZO, 2014).

Lu et al. (2011) analisou 46 enfermos com PAVM causada por *P. aeruginosa*, com administração de ceftazidima e amicacina por meio de nebulização e via endovenosa. Mediante a avaliação microbiológica das secreções dos pacientes em tratamento, foi verificado a diminuição da evolução bacteriana, sendo assim, perceptível que a nebulização foi mais satisfatória que a medicação administrada por via endovenosa, por conseguir perfundir os pulmões em maiores concentrações de medicações. Através desse recurso terapêutico por nebulização, 70% dos pacientes foram recuperados, os demais não tiveram sucesso no tratamento e outros não foram restabelecidos por estarem infectados por outros patógenos.

A durabilidade do tratamento varia conforme a evolução do paciente. Normalmente, o tratamento varia de 8 a 14 dias, porém, nos casos das bactérias gram-negativas, acontece entorno de 10 a 14 dias (VERONESI – FOCACCIA, 2015). Portanto, embora seja viabilizado diversos recursos terapêuticos, a PAVM dispõe de altos índices de letalidade, por estar relacionada a transmissão cruzada, pela falta de cuidados com a higiene das mãos e equipamentos, devido à grande demanda de pacientes sob responsabilidade de uma mesma equipe multidisciplinar intensivista. Além disso, as taxas de mortalidades estão vinculadas também ao estado crítico do paciente, ou seja, a patologia inicial que o levou a intubar, suas comorbidades e não somente a PAVM (SALOMÃO, 2017; SETHI, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pneumonia associada a ventilação mecânica está vinculada principalmente com a conduta dos profissionais de saúde para com os pacientes em ventilação invasiva, a qual é caracterizada como uma infecção hospitalar de alto risco de mortalidade. Esta patologia pode ser causada por bactérias MDR e não MDR, como por exemplo, as *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii* e outros.

Enquanto é desconhecido o agente etiológico da PAVM para ofertar a antibioticoterapia empírico, é necessário avaliar parâmetros como o tempo de intubação do paciente, além das probabilidades de exposição aos ambientes contaminados com risco de bactérias MDR ou não MDR e analisar o patógeno mais frequente na UTI da unidade. Entretanto, esse tratamento empírico, poderá fazer com que ocorra uma evolução da resistência bacteriana. Entretanto, o tratamento empírico poderá contribuir com a evolução da resistência bacteriana e, conseqüentemente, agravando ainda mais a condição clínica do paciente, podendo levar ao óbito.

REFERÊNCIAS

- [1] AME: Dicionário de administração de medicamentos na Enfermagem. 8º ed. Petrópolis, RJ: EPUB. 709, 2011.
- [2] AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. Am J Respir Crit Care Med. v. 171, 388-416, 2017.
- [3] AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Infecções do trato respiratório: orientações para prevenção de infecções relacionadas à saúde. Unidade de investigação e prevenção das infecções e dos eventos adversos. Gerência geral de tecnologia em serviços de saúde – GGTES. 5-27, 2009.
- [4] AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota técnica GVIMS/GGTRD Nº 02/2017. Critérios diagnósticos das infecções relacionadas a assistência à saúde para notificação dos indicadores nacionais. Gerência de vigilância e monitoramento em saúde – GVIMS; Gerência geral de tecnologia em serviços de saúde – GGTES; Agência nacional de vigilância sanitária – ANVISA. 1-27, 2017.
- [5] AZEVEDO, L. C. P.; TANIGUCHI, L. U.; LADEIRA, J. P. Medicina Intensiva: Abordagem Prática. 3ª ed. Barueri – São Paulo: Manole. 689, 2018.
- [6] DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TRATAMENTO DAS PNEUMONIAS ADQUIRIDAS NO HOSPITAL E DAS ASSOCIADAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA, J Bras Pneumol. 33 (Supl 1): S 1-S 30, 2007.
- [7] FREED, M. S.; BURKE, A. C. Princípios gerais sobre pneumonia. In: BURKE A. C. Fundamentos em pneumonia. 3ª ed. Artmed, 17-41, 2012.
- [8] CARVALHO, C. R. R.; JUNIOR, C. T.; FRANCA, S. A. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. supl. 2. J Bras Pneumologia, 54-70, 2007.
- [9] FILHO, M. C.; WESTPHAL, G. A. W. Manual prático de medicina intensiva. 5ª ed. São Paulo: Segmento Farma. 160, 2008.
- [10] GOMES, D. A. G. C. et al. Principais temas em Infectologia para residência médica. 1ª ed. São Paulo: Medcel. 267, 2015.
- [11] GUIMARÃES, H. P. et al. Manual de medicina intensiva: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) - São Paulo: Atheneu, 1200, 2014.
- [12] HAMMER, G. D.; MCPHEE, S. J. Fisiopatologia da doença: Uma introdução à medicina clínica. 7ª ed. Porto Alegre: AMGH. 768, 2016.
- [13] HOW-TO GUIDE: PREVENT VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 45, 2012.
- [14] IRWIN, R. S.; LILLY, G. M.; RIPPE, J. M. Manual de terapia intensiva. 6ª ed. Tradução de Irwin & Rippe. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1108, 2015.
- [15] de JAWETZ; MELNICK; ADELBERG. Microbiologia médica. 26ª ed. Porto Alegre: AMGH. 864, 2014.
- [16] KALIL, A. C. et al. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Department of Internal Medicine, Division of Infectious Diseases, University of Nebraska Medical Center, Omaha. Published by Oxford University Press para a Infectious Diseases Society. 1-40, 2016.

- [17] KNOBEL, E., *Condutas no paciente grave*. 4ª ed. São Paulo: Ateneu. 3343, 2016.
- [18] LONGO, D. L. et al. *Manual de medicina de Harrison*. 18ª ed. Tradução de Ademar Valadares Fonseca. Porto Alegre: AMGH. 1548, 2013.
- [19] LOPES, T. *Ensino da ventilação mecânica através de um simulador*. 2016. 141 f. Dissertação (Mestrado em Ventilação mecânica) – Fundação Oswaldo Aranha, Centro universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, 2016.
- [20] LOSCALZO, J. *Pneumologia e medicina intensiva de Harrison*. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH. 458, 2014.
- [21] LU, Q. et al. Nebulized Ceftazidime and Amikacin in Ventilator-associated Pneumonia caused by *Pseudomonas aeruginosa*. *Am J Respir Crit Care Med*. v. 184, 106-115, 2011.
- [22] MACIEL, R.; AIDÉ, M. A. *Prática pneumológica*. 2ª ed. Guanabara Koogan. 741, 2016.
- [23] MELO, E. M. et al. Major bacteria in urine cultures and tracheal aspirate from patients with infectious diseases. *REUFPI-Revista de Enfermagem da UFPI*. 4 (3); 30-35, 2015.
- [24] MICEK, S. T. et al. Empiric Combination Antibiotic Therapy Is Associated with Improved Outcome Against Sepsis Due to Gram-Negative Bacteria: a Retrospective Analysis. *Divison of Pulmonary and Critical Care Medicine, Washington University School of Medicine*. v. 54, 1742-1748, 2010.
- [25] MORATO, J. B.; SANDRI, P.; GUIMARARÃES, H. P. *ABC da Ventilação Mecânica*. São Paulo: Atheneu. v. 2. 244, 2015.
- [26] MORTON, P. G.; FANTINE, D. K. *Cuidados críticos de Enfermagem: Uma abordagem holística*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1528, 2013.
- [27] OLIVEIRA, A. R. et al. *Manual da residência de medicina intensiva*. 4ª ed. Barueri – São Paulo: Manole. 654, 2013.
- [28] PADILHA, K. G. et al. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. 1ª ed. Barueri – São Paulo: Manole. 1446, 2010.
- [29] PAPAZIAN, L.; KLOMPAS, M.; LUYT, C. E. Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Springer – Verlag GmbH, Alemanha: Intensive Care Med*. 1-19, 2020.
- [30] SALOMÃO, R. *Infectologia: Bases Clínicas e Tratamento*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1973, 2017.
- [31] SARMENTO, G. J. V. *O ABC da fisioterapia respiratória*. 2ª ed. Barueri – São Paulo: Manole. 537, 2015.
- [32] SETHI, S. *Pneumonia associada a ventiladores*. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Publicado em: mar de 2019. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BARbios-pulmonares/pneumonia/pneumonia-associada-a-ventiladores>. Acesso em: 27 de maio de 2021.
- [33] SMELTZER, S. C. et al. *Brunner & Suddarth's: Tratado de Enfermagem médico – cirúrgica*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v. 1-2. 4046, 2014.
- [34] SPALDING, M. C.; CRIPPS, M. W.; MINSHALL, C. T. Ventilator-Associated Pneumonia: New Definitions. *Article in Press*. 1-16, 2017.
- [35] STROM, T.; MARTINUSSEN, T.; TOFT, P. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *The Lancet*. 475-480, 2010.
- [36] VALIATTI, J. L. S.; AMARAL, J. L. G.; FALCÃO, L. F. R. *Ventilação mecânica: Fundamentos e prática clínica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Roca. 917, 2016.
- [37] Ventilator-Associated Event (VAE) For use in adult locations Only. *NHSN – National Healthcare Safet Network*. 1-45, 2021.
- [38] VERONESI – FOCACCIA, R. *Tratado de infectologia*. 5ª ed. São Paulo: Atheneu, 2015. 2380.
- [39] VIANA, R. A. P. P.; TORRE, M. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas*. Barueri – São Paulo: Manole. 971, 2017.
- [40] VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências*. Porto

alegre: Artmed. 546, 2011.

[41] WEST, J. B. Fisiopatologia pulmonar: princípio básicos. 8^a ed. Porto Alegre: Artmed. 248, 2014.

[42] WILKINS, R. L.; STOLLER, J. K.; KACMAREK, R. M. Egan: Fundamentos da Terapia Respiratória. 9^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier.3269, 2009.

Capítulo 19

Novas tecnologias no tratamento do pé diabético em idosos

José Eduardo Maia Rodrigues

João Victor Natalino Cardozo dos Santos

Rubens Semione de Souza Gomes

Eurides Souza de Lima

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: A Diabetes Mellitus (DM) é uma das patologias crônicas mais prevalentes atualmente, resultante de diversos fatores como: estilo de vida, fatores genéticos, alimentação irregular, a falta de conhecimento sobre a doença na sociedade e por ser uma doença assintomática no seu estado inicial podendo permanecer no organismo por vários anos sem ser detectada, gerando assim, a longo prazo diversas complicações. Entre as complicações, vale destacar a neuropatia periférica, mais conhecida como pé diabético, cujo este estudo tem como objetivo debater sobre as novas tecnologias na prevenção e tratamento do pé diabético em pessoas idosas. Diante disso, foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica integrativa, a pesquisa em 22 artigos com base nas informações a partir de 2010 a 2021, citando novas tecnologias que podem ser utilizadas no tratamento do pé diabético em idosos. As novas tecnologias que têm demonstrado grande potencial no tratamento desses pacientes são: o equipamento médico portátil de neoformação tecidual, a fototerapia e a ozonoterapia, técnicas eficazes na cicatrização das feridas, melhorando a vascularização, amenizando dor e a diminuição dos casos de amputações. Desse modo, essas tecnologias são indispensáveis no tratamento e na cura de pacientes com pé diabético, sendo usadas principalmente em hospitais privados devido ao elevado custo.

Palavras chaves: Neuropatia periférica; tratamento alternativo; tecnologia.

1. INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que vem aumentando significativamente no mundo, tem como principal traço a elevação da glicose no sangue de forma definitiva. Os principais fatores de risco para desenvolver a DM estão relacionados com a obesidade, sedentarismo e uma alimentação desequilibrada, que afetam expressivamente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por essa doença (CARVALHO et al., 2017).

Dentre as complicações que a DM pode causar aos pacientes destaca-se o pé diabético, que ocorre por meio de distúrbios da neuropatia periférica, provocando a perda da sensação de dor e de pressão, o que aumenta o risco de traumas superficiais, rachaduras na pele, fissura ou deformidades nos pés e conseqüentemente o surgimento de ulcerações (FERREIRA, 2020). A principal estratégia terapêutica para o pé diabético consiste na prevenção de úlceras pela detecção da neuropatia, procurando corrigir com o uso de calçados e palmilhas, para reduzir a formação de pontos de pressão. Os cuidados higiênicos visam evitar a presença de infecções, para a prevenção e tratamento de micoses superficiais, com o uso de loções e cremes específicos, evitando também o ressecamento da pele e a formação de fissuras (PERDOMO; ROMERO; VELEZ, 2019).

Nesse contexto, com o advento da ciência, tecnologia e inovação ao longo dos anos, foi possibilitado o surgimento de diversas tecnologias para prevenção e tratamento do pé diabético, sendo uma temática prioritária do Ministério da Saúde atender à necessidade de serviços em saúde da sociedade por meio da incorporação e produção de equipamentos médicos que maximizem a qualidade de vida das pessoas portadoras de DM (ROSA et al., 2019). As alterações podológicas oriundas do processo de envelhecimento muitas vezes passam despercebidas, podem ser possivelmente alteradas por meio de prevenção, tratamento e reabilitação. Portanto, o uso de novas tecnologias que maximizem a prevenção e tratamento são importantes ferramentas para atuação do profissional de Enfermagem e promoção da saúde pública da população (SILVA; SANTO; CHIBANTE, 2017).

Diante disso o presente estudo teve como objetivo identificar e discutir sobre a atuação do enfermeiro e das novas tecnologias na prevenção e tratamento do pé diabético.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A DM é uma das mais prevalentes doenças crônicas do século XXI, a qual pode acarretar diversas conseqüências malélicas. A DM é decorrente da baixa produção do hormônio insulina, cuja função é regular a taxa de glicose na corrente sanguínea e fornecer energia para o nosso organismo, classificada em tipo 1 (DMT1) e tipo 2 (DMT2), sendo que a DMT2 (adquirida) é a mais comum entre os brasileiros (SILVA et al., 2019).

A DMT1 é caracterizada pelo processo de destruição das células Betas no Pâncreas, sua principal conseqüência é a insulinopenia absoluta, correspondente a 10% de todos os casos de DM. A DMT2, por sua vez, também é associada a produção insuficiente de insulina pelo pâncreas, mas diferentemente da DMT1, se caracteriza pela insulinopenia relativa, ou seja, com graus diferentes de insulinoresistência, considerada como a mais comum por corresponder a 90% de todos os casos de DM (ROMANCIUC, 2017).

O pé diabético é conceituado como alterações cutâneas ou em todo pé, com o aparecimento de sinais clínicos como feridas ou úlceras que não cicatrizam facilmente,

ocorrendo nos pés de pessoas portadoras da DM não controlada (OLIVEIRA et al. 2017). Acrescenta-se também que o pé diabético não é ocasionado apenas pela DM, mas como consequência de um conjunto de fatores, como: lesões nos pés, pedicure inadequada, calçados inapropriados, além de problemas de circulação e isso a longo prazo, ocorre o comprometimento dos nervos e faz com que os membros inferiores tenham a perda total de sensibilidade, formando pequenos incidentes que passam despercebidos pelo portador da DM (COSTA; AZEVEDO; COSTA, 2019).

Os fatores de risco relacionados ao pé diabético são: a idade avançada, baixa escolaridade, o uso de álcool ou tabaco, sedentarismo, diagnóstico de DM há mais de 10 anos, obesidade, dislipidemias e a neuropatia diabética (PROVENSI et al., 2019). A neuropatia periférica, uma complicação oriunda da DM, acaba gerando altos custos com uma terapia medicamentosa ou uso de determinadas coberturas que acabam não gerando efeitos benéficos ao paciente, nesse contexto com o passar dos anos foram surgindo inovações tecnológicas terapêuticas que geraram um impacto significativo no tratamento do pé diabético, causando efeitos benéficos tanto na recuperação quanto na vida do cliente (VASCONCELOS; ROSA; ROSA, 2017).

O uso da tecnologia para a identificação do pé diabético é de grande importância para identificar os riscos de amputação para o indivíduo com diabetes, como as formas de monitoramento e acompanhamento dos pacientes com pé em risco de amputação, sendo assim mais uma ferramenta disponível para o tratamento no processo saúde e doença dos indivíduos portadores de diabetes (QUEIROZ et al., 2020).

Sobre o tratamento do pé diabético, nota-se que está ocorrendo um desenvolvimento de tecnologias utilizadas nesse tratamento, entre as tecnologias vale enfatizar a ozonioterapia e fototerapia, equipamentos médico portáteis de neoformação tecidual (VASCONCELOS; ROSA; ROSA, 2017). O tratamento com a palmilha desenvolvida com látex natural e sistema de medição da pressão plantar é desenvolvida de maneira individualizada e personalizada, adequando-se a anatomia, características e adaptações morfológicas do pé do paciente. Uma tecnologia que permite o monitoramento das alterações existentes, captadas por sensores instalados na palmilha que reproduz os resultados por meio de imagem (ROSA et al., 2017).

Um dos campos de atuação direta do enfermeiro é a avaliação da conduta no tratamento de feridas junto à equipe multidisciplinar, pois é ele que realiza o curativo e avalia o cliente todos os dias. Para o tratamento de lesões é necessária uma avaliação criteriosa da ferida e não apenas a prescrição de curativos (HORTA, 2015).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de caráter bibliográfico. A pesquisa foi executada por meio de apuração de artigos com exibição nas últimas décadas 2010 a 2021, utilizando os seguintes métodos conforme Taquette (2016, p. 531): leitura de reconhecimento do material bibliográfico, leitura seletiva e leitura interpretativa. O levantamento bibliográfico ocorreu na base de dados do REDALYC (Rede de Revistas Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), PUBMED (*Public Medline or Publisher Medline*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), livros disponibilizados no GOOGLE BOOKS e na biblioteca do Centro Universitário FAMETRO.

Os critérios de inclusão foram representados em 22 artigos no período de 2010 a 2021, acessíveis gratuitamente e livros com referências voltadas ao tema do artigo. Foram utilizados descritores em português e inglês, como: idoso diabético; tecnologias pé diabético; pé diabético tratamento; neuropatia periférica. Os critérios de exclusão foram as publicações de artigos científicos e literaturas inferiores ao ano de 2010, artigos fora da base de dados citada nos critérios de inclusão e artigos científicos que não relatam sobre o pé diabético e os meios tecnológicos de tratamento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O DM é um dos problemas de saúde pública mais desafiadores da atualidade devido a sua alta taxa de mortalidade. Caracterizado pelo distúrbio metabólico crônico e complexo pelo comprometimento dos níveis de glicose no organismo, pode resultar em complicações em alguns órgãos. O pé diabético é uma doença provocada pela DM e tem um impacto econômico e social significativo no setor da saúde pública (COSTA; AZEVEDO; COSTA, 2019). Contudo, os tratamentos disponíveis para o pé diabético exigem um longo tempo de hospitalização e outros cuidados de forma concomitante, o que demanda um elevado custo para saúde pública. Nesse contexto, os avanços tecnológicos ocorridos nos últimos anos vêm melhorando o custo/benefício dos tratamentos e melhorando a qualidade de vida das pessoas que convivem com DM2 e com o pé diabético (PROVENSINI et al., 2019).

Entre os tratamentos disponíveis para o pé diabético pode-se destacar o tratamento com ozonioterapia, que consiste na administração de gás ozônio (O₃) no organismo do paciente, trazendo diversos benefícios e qualidades, entre eles como maior oferta de oxigênio aos tecidos, inibição do estresse oxidativo, melhora da oferta de oxigênio, principalmente nas regiões periféricas do tecido, melhora do controle glicêmico, amenização da dor e diminuição dos casos de amputações em idosos no Brasil. (PINHEIRO; BARBOSA, 2021).

A intervenção com a ozonioterapia no tratamento do pé diabético em países como Cuba, Rússia, Estados Unidos e Brasil, tem se mostrado eficiente no fechamento completo das neuropatias periféricas. O uso do ozônio para esse tipo de complicação patológica diminuiu significativamente os níveis de glicose no sangue, assim como, teve um efeito de ação antimicrobiana em todas as regiões atingidas e obteve-se uma redução dos sinais e sintomas apresentados pelo cliente durante todo o tratamento (BATISTA et al., 2021).

Uma tecnologia com grande potencial para tratamento e cura de feridas em pacientes com DM é o equipamento médico portátil de neoformação tecidual (RAPHA). Esse equipamento é composto por: curativos de látex que é capaz de aumentar a eficácia do processo de formação de um novo tecido, e o emissor de luz de LED (*light-emitting diode*), cuja utilização induz a aceleração da cicatrização do tecido lesionado (ROSA et al., 2019). De acordo com os registros publicados desde a fase de teste II do uso do equipamento RAPHA, observou-se a melhora significativa das lesões de pé diabético. Testes de fase III, realizada com 12 pacientes do Hospital Regional Do Gama (HRG), os resultados foram mais satisfatórios ainda. De 2 pacientes avaliados, sendo um com 79 anos com uma lesão de 15 anos e o outro de 63 anos, com lesão mais recente, apresentaram evolução no processo de cicatrização e repitelização das lesões, após 45 dias de tratamento e após 29 dias, respectivamente (DANTAS, 2021).

Entre as tecnologias, uma das mais recentes descobertas é o uso da fototerapia no tratamento do pé diabético, que consiste em tentar reparar tecidos danificados, aumentando também a vascularização das áreas periféricas, além de auxiliar posteriormente no uso das coberturas farmacológicas, tudo isso através de luz de LED de baixa densidade, sendo eficazes, no combate as úlceras de pressão e alívio da dor (SILVA et al., 2019). De 10 pacientes avaliados em um estudo realizado no Kaplan Medical Center em Israel, 9 pacientes apresentaram uma melhora satisfatória após o uso da fototerapia no tratamento do pé diabético, o tratamento foi realizado duas vezes ao dia pelo próprio paciente em sua residência, o tempo de acompanhamento teve uma duração de 16 semanas e as feridas foram consideradas curadas após um mês de tratamento (LANDAL et al., 2011).

A tecnologia que vem ganhando destaque no contexto da prevenção e autocuidado. O uso dos aplicativos móveis com seu potencial poder de usabilidade por parte dos pacientes, diversas empresas têm desenvolvido variedades de aplicativos com ênfase na prevenção e gestão do DM (MARQUES et al., 2020). O processo de inovação de tecnologias no setor saúde representa um impacto significativo no contexto social dos usuários, assim como dos pacientes que realizam tratamento do pé diabético, os quais tem sido inserido no mundo tecnológico (ROMANCIUC, 2017).

É possível destacar que os tratamentos evidenciados apresentam benefícios, são eficazes e usados pelos pacientes, principalmente em países de primeiro mundo, pois são tratamentos de alto custo. No Brasil, infelizmente, essas terapias não são utilizadas na rede pública, devido ao elevado valor orçamentário, cujos insumos vem do exterior. Portanto, atualmente no Brasil, as novas tecnologias utilizadas no tratamento do pé diabético são aplicadas somente em clínicas particulares (ROCHA et al., 2021).

A atuação da Enfermagem é imprescindível na prevenção do pé diabético, orientando o paciente, familiares e/ou cuidadores, quanto à inspeção regular dos pés, a manter controle metabólico rigoroso e adotar calçados adequados (PERDOMO; ROMERO; VELEZ, 2019). Sabe-se que a neuropatia periférica provoca a perda da sensação de dor e de pressão. Quando ocorrem traumas superficiais, rachaduras na pele, fissuras nos espaços interdigitais, ou deformidades nos pés, a pessoa diabética demora a perceber essas lesões, o que aumenta a probabilidade de surgirem ulcerações, quadro que compromete a qualidade de vida do portador de diabetes e de pé diabético (FERREIRA, 2020).

A educação é fator determinante na prevenção e tratamento das complicações do pé diabético, sendo o enfermeiro o profissional responsável em sensibilizar, educar e orientar os pacientes e familiares e, baseado em evidências, trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe (ROSA, 2020). Para que o cuidado com os pés do paciente diabético seja eficaz é preciso seguir algumas normas como: ensinar o paciente a inspecionar regularmente os pés à procura de cortes, rachaduras, bolhas ou áreas avermelhadas e inchadas; aconselhar a procurar um especialista se tiver calosidades, pois os calos se formam a partir de pressões dos sapatos e indicam que estão muito apertados; orientar o paciente a usar meias, de preferência de lã e de algodão e palmilhas extras para evitar frio nos pés (HORTA, 2015).

Nesse contexto, alguns cuidados de prevenção do pé diabético são de responsabilidade do profissional de Enfermagem como: observar a existência de deformidade nos pés; observar sinais de isquemia devida a doença vascular periférica; apalpar os pulsos arteriais no dorso do pé; avaliar a integridade da pele dos pés e das

pernas, incluindo espaços interdigitais; avaliar o grau de sensibilidade por meio de testes; avaliar o calçado e orientar; encaminhar a equipe especializada em caso de necessidade de curativo em pé diabético; reorientar o procedimento de glicemia capilar; no caso do tratamento com insulinoterapia, orientar a administração, dose, horários, tipos de insulina e sinais de hipoglicemia (ROMANO, 2020).

O cuidado preventivo desenvolvido pela Enfermagem ao paciente com pé diabético envolve vários níveis, desde a identificação do risco, por meio de exame clínico detalhado, até avaliação mais específica do pé, como investigação de neuropatia e verificação dos pulsos distais (FERREIRA, 2016). Contudo, o planejamento de práticas educativas realizadas por enfermeiros deverá incluir medidas simples e específicas do pé em risco, como sapatos apropriados, higiene, hidratação, corte adequado das unhas, entre outras (ROSA et al., 2017)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diabetes de Mellitus está cada vez mais presente na vida das pessoas, o desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma evolução tanto em pesquisas futuras do meio acadêmico como no que diz respeito a saúde do idoso relacionado ao tratamento do pé diabético (neuropatia periférica) ofertando um cuidado diferenciado com o uso de novas tecnologias. A descoberta dessas tecnologias inovadoras contribui com a capacitação da equipe de Enfermagem em relação ao tratamento do pé diabético visando uma recuperação mais rápida para o cliente portador da neuropatia periférica.

Nesse sentido, percebe-se que as tecnologias estão cada vez mais inseridas na sociedade, no entanto, as tecnologias têm um alto custo e, no momento, são mais utilizadas em hospitais ou clínicas particulares de referência do Brasil. Espera-se que o Governo introduza o uso dessas tecnologias em Programas de Saúde voltadas ao portador de diabetes, disponibilizando em hospitais públicos do SUS, para que a população mais carente tenha acesso a esse tipo de tratamento inovador e eficiente.

REFERÊNCIAS

- [1] BATISTA FWS. et al. Benefícios da ozonioterapia no tratamento de úlceras nos pés em pessoas com diabetes mellitus. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther, 19: e1821, 2021.
- [2] CARVALHO, C. et al. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo II ao tratamento medicamentoso. p.3409. Rev. Enferm. UFPE Online, 2017.
- [3] COSTA, A.; AZEVEDO, A.; COSTA, F. A importância do profissional de Enfermagem aos cuidados com o pé diabético. v. 56, n. S2, p. 13. Revista Uningá, 2019.
- [4] DANTAS, ALDENE. O Dispositivo Rapha como Inovação Tecnológica em Saúde: Em Busca das Representações Sociais dos Idosos Portadores de Pés Diabéticos. Programa de Pós-Graduação, Faculdade UNB Gama, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 90 p, 2021.
- [5] FERREIRA, R. Pé diabético. Parte 1: Úlceras e Infecções. v. 55. p. 390. Revista Brasileira de Ortopedia, 2020.
- [6] HORTA, H.H.L. Cuidados de Enfermagem com o pé diabético: aspectos fisiopatológicos. Investigação, v. 14, n. 1, p. 7, 2015.
- [7] LANDAL, Z. et al. Visible Light-Induced Healing of Diabetic Or Venous Foot Ulcers: A Placebo-Controlled Double-Blind Study. Photomedicine and Laser Surgery, p. 6, 2011.
- [8] MARQUES, A.D.B. et al. Usabilidade de um aplicativo móvel sobre o autocuidado com o pé diabético. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 4, p. 6, 2020.

- [9] OLIVEIRA, K.P.S. et al. Cuidados de Enfermagem ao Paciente com Pé Diabético: Uma Revisão Integrativa. v. 15. n.1. p. 79, 2017.
- [10] PERDOMO, C.R.; ROMERO, A.P.; VÉLEZ, M.R. Conhecimentos e práticas para a prevenção do pé diabético. v. 40. Revista Gaúcha de Enfermagem, p. 8, 2019.
- [11] PINHEIRO, E.Z; BARBOSA, R.S.P. Ações da Ozonioterapia nas úlceras no pé diabético. Revista Cathedral, v. 3, n. 2, p. 9, 2021.
- [12] PROVENSI, A. et al. Fatores De Risco para o Desenvolvimento do Pé Diabético e o Papel da Enfermagem: Revisão Integrativa. v.7. n. 7. Anais – VII Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG, p. 8, 2019.
- [13] QUEIROZ, D.T et al. Construção e validação de tecnologia para identificar o risco de complicações e amputação do pé diabético. v. 6. n. 8. p. 56699, 2020.
- [14] ROCHA, A. et al. Interdisciplinaridade no contexto das doenças dos pés no diabetes: tratamento clínico, políticas públicas e tecnologia em saúde. p. 572. Rev. EDUERN, 2021.
- [15] ROMANCIUC, M. Diabetes Mellitus Tipo 2 como Doença Inflamatória: anatomia, fisiopatologia e terapêutica. p.75, 2017.
- [16] ROMANO, R.T. Enfermagem clínica: Assistência humanizada e cuidados integrais à saúde do adulto e do idoso. São Paulo: Senac, 2020.
- [17] ROSA, M.F.F. Desenvolvimento de tecnologia dura para tratamento do pé diabético: um estudo de caso na perspectiva da saúde coletiva. v. 43. p. 100, 2020.
- [18] ROSA, M.F.F. et al Proposta de tecnologia assistia para novas perspectivas de atenção às úlceras do pé diabético. v. 15, n. 2, p. 13, 2017.
- [19] SILVA, F. et al. Uso de fototerapia para cicatrização de feridas de pés diabéticos. v. especial. n.27. p. 27. Revista Eletrônica do Programa de Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Violência/Ciência Política do Centro Universitário Unieuro, 2019.
- [20] TAQUETTE, S. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. v. 2. p. 524-533, 2016.
- [21] VASCONCELOS, J.P.R; ROSA, J.C.S; ROSA, M.F.F. A interdisciplinaridade, o uso de medicamentos e as tecnologias em saúde no contexto do pé diabético. Revista Mundi Saúde e Biológicas. Curitiba, PR, v. 1, n. 2. p. 18, 2016.

Capítulo 20

A assistência de enfermagem no serviço de quimioterapia ambulatorial em Manaus: Um relato de experiência

Tamires Santos Braga

Francisca Crispim de Souza

Beatriz Avelino Benjamin

Izaura Jacob Gonçalves

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Graciana de Souza Lopes

Resumo: A quimioterapia é uma modalidade terapêutica sistêmica indicada para o tratamento de neoplasias, sendo essas de origem sólida ou hematológica. A Enfermagem está inserida na administração desses medicamentos, os quais variam de acordo com o paciente e seu estado clínico, bem como na assistência ao paciente oncológico. O presente estudo buscou descrever a experiência de acadêmicas de Enfermagem em um serviço de quimioterapia ambulatorial na cidade de Manaus. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, do tipo relato de experiência realizado no mês de outubro de 2021 em um hospital público referência em tratamento oncológico na cidade de Manaus (Amazonas). Para a coleta de dados, utilizou-se o método observacional com auxílio de diário de campo. Quanto aos resultados, percebeu-se a alta demanda de usuários no setor e o empenho da equipe de Enfermagem em ofertar uma assistência de qualidade. Contudo, a equipe enfrenta desafios tais como a exposição aos riscos ocupacionais como a frequente interação com agentes antineoplásicos e os riscos psicossociais. Nesse cenário, a experiência vivenciada possibilitou a aproximação da teoria à prática e oportunizou a inserção do acadêmico no serviço oncológico através da observação dos desafios que a classe enfrenta, bem como a reflexão crítica das necessidades que podem ser alteradas para otimizar o serviço e o atendimento ao público.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Oncologia, Antineoplásico.

1. INTRODUÇÃO

O termo câncer é derivado da palavra latina caranguejo, uma referência à capacidade de se aderir, de maneira obstinada, a qualquer região na qual esteja. Atualmente, a doença é descrita como um distúrbio do crescimento celular iniciado por uma série de mutações que conferem à célula anormal a habilidade de divisão celular incontrolável, gerando um distúrbio agressivo (KUMAR et al., 2016).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer – INCA (2019), para cada ano do triênio brasileiro 2020-2022, a estimativa aponta que ocorrerão 625 mil novos casos de câncer. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, os cânceres de próstata e de mama lideram o *ranking* nacional e, apesar do alto número de casos, a doença é tratável e a sua remissão depende do diagnóstico e do tratamento precoce.

O tratamento do câncer pode ter por objetivo alcançar a cura, prolongar a vida e/ou melhorar a qualidade de vida do paciente. Dentre as principais formas de tratamento estão: a cirurgia, radioterapia e a quimioterapia, podendo ou não serem utilizadas em conjunto, considerando que a escolha do melhor tratamento é dependente do diagnóstico médico, das condições de saúde do paciente e do estadiamento da doença (INCA, 2020).

A quimioterapia antineoplásica é a forma de tratamento medicamentoso sistêmico mais utilizado quando se aborda sobre as neoplasias malignas, sendo essas de origens sólidas ou hematológicas. A administração desses medicamentos varia entre cliente e esquema terapêutico, diversificando as doses, os intervalos de aplicações e as vias de administração (BRASIL, 2019).

No que tange ao cuidado ao paciente oncológico, a Enfermagem está inserida durante todo o tratamento, prestando uma assistência contínua. Os profissionais estão presentes na consulta de Enfermagem, administração de quimioterápicos, organização do ambiente e no fluxo de atendimento. E, devido à proximidade constante com o paciente, os enfermeiros possuem visão de suas fragilidades e dificuldades, do ambiente e da equipe profissional (CIRILO et al., 2016).

Considerado um serviço de alta complexidade, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), segundo a resolução 210/98, dispõe sobre a atuação do profissional enfermeiro na assistência ao paciente em tratamento quimioterápico antineoplásico. O Conselho atribui ao enfermeiro o planejamento, organização, supervisão e avaliação de todas as atividades de Enfermagem, em clientes em tratamento oncológico, além da elaboração de protocolos terapêuticos (COFEN, 1998).

Deste modo, este estudo tem por objetivo descrever a experiência de acadêmicas de Enfermagem em um serviço de quimioterapia ambulatorial na cidade de Manaus (Amazonas), discutindo acerca das ações de Enfermagem do setor ambulatorial vivenciado e os desafios da otimização da assistência em oncologia.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, do tipo relato de experiência que segundo Daltro e Faria (2019), se configura uma narrativa que expõe a vivência do autor de forma singular, descentrada da razão, a qual não objetiva dar o veredito final, ao mesmo tempo que é articulada com base teórica, tornando a experiência um fenômeno científico.

O estudo foi desenvolvido a partir de uma visita técnica realizada no dia 06 de outubro de 2021, em um hospital público referência em tratamento oncológico no estado

do Amazonas, localizado na zona centro-oeste da cidade de Manaus. A coleta de dados se deu através do método observacional, com auxílio de diário de campo. Desta forma, foi possível elencar a dinâmica e assistência do setor ambulatorial da instituição.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A visita técnica se configura uma importante ferramenta de ensino, a qual contribui para o processo de ensino-aprendizagem. A atividade de campo oferta ao acadêmico a oportunidade de vivenciar a realidade da profissão escolhida, bem como estimula o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, uma vez que aproxima a teoria da realidade profissional (BADARÓ et al., 2016). Programar uma visita técnica envolve uma série de questões burocráticas, evidenciando a importância de parcerias entre universidade, instituições e sociedade. Neste sentido, inicialmente, a coordenação do curso de Enfermagem da Instituição de Ensino Superior (IES), a qual as acadêmicas estão vinculadas, solicitou a visita técnica ao setor de Ensino e Pesquisa do centro hospitalar oncológico através de ofício institucional e reuniões.

Em decorrência da pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), houve a necessidade de adequação aos protocolos de segurança, como vacinação das duas doses do imunizante e das demais vacinas exigidas ao profissional de saúde. Além desse requisito, as alunas compareceram à instituição hospitalar paramentadas com máscaras N95, gorros, jalecos e sapatos fechados e antiderrapantes. A utilização de equipamento de proteção individual (EPI) consiste em uma precaução padrão, sendo necessária e obrigatória em ambientes hospitalares, uma vez que o ambiente oferece uma série de riscos, dentre eles, a exposição a agentes infecciosos como o novo coronavírus (DORNELLES et al., 2016). Ao adentrar na recepção, as pesquisadoras foram identificadas com crachás da instituição hospitalar, sinalizando-as como visitantes técnicas e encaminhadas à enfermaria de quimioterapia para o início da visita técnica.

Observou-se que a paramentação da equipe de Enfermagem é indispensável para a saúde e para a segurança dos profissionais. Todos os técnicos e enfermeiros encontravam-se vestidos com macacão de manga longa com capuz, sapato fechado e máscara cirúrgica. Visto que esses profissionais estão em constante contato com medicamentos antineoplásicos, uma vez que administram os quimioterápicos e estão expostos às excretas dos pacientes, eles constituem o grupo mais exposto aos riscos ocupacionais (ROCHA et al., 2020). Considerando esses riscos, cabe às instituições disporem de políticas institucionais para determinar a paramentação adequada, a intervenção de Enfermagem e pronta disponibilidade de kits de derramamento e extravasamento, assim como todo o equipamento de emergência e capacitação dos profissionais ao enfrentar episódios de eventos adversos no preparo ou administração do quimioterápico (HINKLE; CHEEVER, 2016).

A organização do setor conta com 16 poltronas com divisórias para maior privacidade do paciente, e o posto de Enfermagem. No momento da visita, todas as cabines estavam ocupadas com pacientes em infusão de quimioterápicos antineoplásicos. Devido à alta demanda no ambulatório, chegando a receber cerca de 130 pacientes em dias de maior fluxo, a instituição abriu uma nova enfermaria de apoio, a qual não foi visitada. Em função da alta demanda de pacientes, a assistência oncológica se torna sobrecarregada, tornando os enfermeiros a classe mais afetada em sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções, considerando que são os profissionais mais presentes no cotidiano dos pacientes. O acúmulo de funções, a falta de funcionários que atenda a demanda e a carga horária

exaustiva são possíveis geradores de riscos ao paciente e desenvolvimento de doenças para a classe trabalhadora (BOECK et al., 2020).

Neste sentido, no Brasil, o tratamento oncológico se configura um desafio, uma vez que a crescente demanda resulta em um problema de saúde nacional e uma adversidade para o sistema público de saúde, ao que se refere a garantia de acesso integral a população e aos altos custos com a assistência terapêutica, repercutindo na sobrecarga do sistema e na funcionalidade do tratamento (MAIA, 2019).

Possuindo caráter ambulatorial, a enfermaria funciona de 7 horas da manhã até as 19 horas da noite e recebe apenas pacientes oncológicos adultos. Após consulta médica, as administrações de antineoplásicos são agendadas, e então preparadas pelo farmacêutico em uma capela apropriada, a qual fica próxima à enfermaria, onde a experiência foi vivenciada. Com dia e hora agendados para a administração do medicamento, o paciente comparece à recepção da enfermaria e aguarda ser chamado, para então entrar no ambulatório e ter o seu medicamento administrado.

Os principais cateteres utilizados na instituição são o Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVC-TI), Cateter Venoso Central (CVC) de curta permanência e o Cateter Intravenoso Periférico (Jelco). Durante a visita, encontraram-se apenas o CVC-TI tipo *Port-a-Cath* e o Cateter Intravenoso Periférico. De acordo com Zerati et al. (2017), os cateteres mais utilizados para terapia infusional são o Jelco, CVC de curta duração, o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), os semi e totalmente implantáveis (ZERATI et al., 2017).

O *Port-a-Cath* é um dispositivo venoso comum no centro oncológico e a sua utilização depende do protocolo quimioterápico do paciente. Ao ser admitido no ambulatório, o paciente tem o seu dispositivo ativado pelo enfermeiro, o qual emprega a técnica estéril, fazendo uso de luvas e gazes estéreis, soro fisiológico 0,9%, clorexidina alcóolica, agulha específica, seringa e curativo transparente. Segundo De Oliveira e Rodrigues (2016), a punção do CVC-TI exige conhecimento teórico e habilidade na técnica estéril, pois a assepsia e antisepsia compõem a mais importante barreira contra as infecções.

Para Souza e Carmo (2017), o *Port-a-Cath* oferece um acesso vascular seguro para o paciente e a equipe de Enfermagem, além de contribuir para a redução de punções venosas. Em contrapartida, as complicações mais frequentes são infecção, obstrução, extravasamento e exteriorização do cateter. O enfermeiro é o principal agente responsável pelos cuidados relacionados ao dispositivo e cabe a ele a identificação de qualquer sinal de complicação relacionado ao seu uso.

Durante a visita, observou-se que o cateter mais utilizado na enfermaria é o Cateter Intravenoso Periférico (Jelco). Ao chegar no ambulatório, o paciente que não possui o *Port-a-Cath* é puncionado pelo técnico de Enfermagem, o qual escolhe o calibre do dispositivo de acordo com a rede venosa do paciente, variando entre o 22 e 24G. Consoante com a realidade observada do ambulatório, Viana et al. (2021) também verificou que o cateter intravascular periférico é o mais utilizado no ambiente hospitalar devido a sua fácil inserção e o baixo custo.

A frequente infusão de drogas vesicantes e/ou irritantes por meio do Cateter Intravenoso Periférico pode resultar em uma rede venosa de difícil acesso. O profissional tem a probabilidade de enfrentar obstáculos como difícil visibilidade, palpabilidade e redução de vasos disponíveis para o uso do cateter venoso, levando à múltiplas tentativas de punções e aumento dos riscos de complicações como flebite, extravasamento, infiltração e obstrução do dispositivo. Assim, o enfermeiro deve estar atento aos riscos associados a infusão de medicamentos vesicantes, a fim de identificar precocemente tais eventos (MACHADO et al., 2021; SANTOS et al., 2020).

A administração de antineoplásicos é a principal finalidade do ambulatório, contudo, a fim de prevenir ou minimizar os efeitos adversos, os profissionais de Enfermagem também são responsáveis pela instalação da hidratação venosa e da administração, conforme protocolo, de medicamentos que reduzem as complicações da quimioterapia. Esses eventos adversos se apresentam em graus diferentes nos pacientes e os mais comuns são alopecia, náuseas, vômito, fadiga, falta de apetite, cefaleia e mucosite (CORDEIRO et al., 2018).

Acerca das complicações decorrentes do uso de antineoplásicos, o comprometimento renal é um evento adverso observável na instituição hospitalar, uma vez que os pacientes acometidos pela nefrotoxicidade, a depender do grau, são submetidos a hemodiálise. Mittiello et al. (2019) abordam os medicamentos metotrexato, ciclofosfamida, ifosfamida e cisplatina como causadores de danos renais. O comprometimento renal pode ser resultado da neoplasia ou da utilização dos quimioterápicos e dentre as medidas preventivas, a avaliação da função renal e monitoramento do estado de hidratação do paciente se configuram indispensáveis para impedir tais danos (JACIELA et al., 2021).

A hemodiálise é um procedimento complexo e cabe ao enfermeiro planejar de forma sistematizada a assistência de Enfermagem, pois os riscos de complicações são altos. Durante o procedimento, concerne a equipe de Enfermagem monitorar, detectar e intervir de forma correta para prevenir possíveis danos ao paciente já fragilizado. Dessa forma, faz-se necessário os conhecimentos técnicos-científicos, além do apoio emocional sobre as sessões da terapia, pois a assistência humanizada estabelece vínculo entre o profissional e o cliente, proporcionando confiança, segurança e maior conforto durante o tratamento (GONÇALVES et al., 2020).

A respeito da dinâmica do ambulatório, notou-se que um técnico de Enfermagem é designado para cada paciente que adentra a enfermaria. Desse modo, um técnico é responsável por determinado grupo de pacientes, os quais ficam sob sua responsabilidade a realização de acesso venoso com cateter intravenoso periférico, administração de medicamentos, instalação de quimioterápicos e retirada de acesso venoso.

Além dos técnicos de Enfermagem, o ambulatório conta com quatro enfermeiros. A gestão do serviço por enfermeiros é uma das principais características do setor, pois possibilita o monitoramento de intercorrências e auxilia na tomada de decisão da equipe de saúde. Ao serem questionados pelos técnicos, os enfermeiros mostravam-se receptivos e dispostos a responderem as dúvidas dos colegas. Nessa perspectiva, Silva et al. (2021) ressaltam que a liderança é uma característica imprescindível no enfermeiro, pois em seu dia a dia ele é o responsável não apenas pelo atendimento das necessidades do usuário, mas também pela tomada de decisão, gerenciamento da equipe, materiais, custos e resultados, além do estabelecimento de uma comunicação efetiva e positiva entre a equipe para, assim, alcançar um serviço de qualidade.

Outro ponto observado pelas pesquisadoras foi o atendimento humanizado dos profissionais para com os pacientes. Desde a entrada na instituição, profissionais de diferentes categorias se mostraram atenciosos com o público. No ambulatório, a equipe de Enfermagem mantinha conversas com os pacientes de forma acolhedora, tornando o momento mais leve. Para Alecrim et al. (2020), o atendimento ao paciente oncológico envolve mais do que o saber teórico-científico, o profissional deve ser capaz de ofertar um bom diálogo, uma escuta ativa e compreensiva, propiciando a construção de vínculos, tornando a situação mais suportável para o paciente, família e equipe. O trabalho em ambiente hospitalar se configura como complexo, e no setor oncológico gera os mais diversos sentimentos nos profissionais, uma vez que ao conviverem com os pacientes, desenvolvem vínculos emocionais como empatia e afetividade (KOHLS et al., 2016).

A aproximação entre a equipe e paciente gera momentos gratificantes para o profissional, mas em muitos casos, resulta em sentimentos de incapacidade, impotência, frustração e desespero. A convivência com a morte e a dificuldade em lidar com os sentimentos geram impactos na saúde mental do trabalhador, levando ao desenvolvimento de desgaste emocional e de estratégias defensivas (CARMO et al., 2019). Neste contexto, observa-se que a presença marcante do enfermeiro se relaciona não só com o cuidado a beira do leito do paciente submetido à quimioterapia, mas também ao suporte psicológico que seus clientes necessitam.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada foi importante para o desenvolvimento acadêmico e profissional das pesquisadoras, pois o contato com o ambiente hospitalar, pacientes e a equipe de Enfermagem enriqueceu o conhecimento e possibilitou a reflexão crítica, bem como a aproximação da teoria da sala de aula à prática profissional. Além disso, através do estudo, foi possível constatar o empenho dos profissionais em ofertar um atendimento humanizado e eficaz apesar das dificuldades que o ambiente e a profissão apresentam. Portanto, estudos que visem a discussão acerca da atuação dos profissionais nesse cenário e a importância da oferta de um atendimento adequado, considerando as dificuldades do serviço, são vitais para o reconhecimento das necessidades destacadas e estabelecimento de melhores condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

- [1] ALECRIM, T. D. P. et al. Percepção do paciente oncológico em cuidados paliativos sobre a família e a equipe de Enfermagem. *CuidArte Enfermagem*, Catanduva, v. 14, n. 2, p. 206-212, 2020.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais – Oncologia – Manual de Bases Técnicas. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/manual-oncologia-25a-edicao.pdf>. Acessado em: 20 set. 2020.
- [3] BADARÓ, C. S. M. et al. Realização de visita técnica na formação de acadêmicos de Enfermagem: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 15, n. 1, p. 42-51, 2016.
- [4] BOECK, K. H. et al. A segurança do paciente devido os riscos da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros. *Revista de administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 15-27, 2020;
- [5] CARMO, R. A. L. O. et al. Cuidar em oncologia: Desafios e superações cotidianas vivenciados por enfermeiros. *Revista brasileira de cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. e-14818, 2019;

- [6] CIRILO, J. D. et al. A gerência do cuidado de Enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. e4130015, 2016.
- [7] COFEN. RESOLUÇÃO COFEN – 210/1998. 01 de setembro de 1998. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.html. Acessado em: 14 out de 2020.
- [8] CORDEIRO, L. A. M. et al. Mulheres com neoplasia mamária em quimioterapia adjuvante: avaliação da qualidade de vida. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 26, p. e17948, ago. 2018.
- [9] DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019;
- [10] DORNELLES, C. et al. Exposição de profissionais de saúde ao material biológico: estudo no ambiente hospitalar. *Journal of nursing and health*, Pelotas, v. 6, n. 1. P. 64-75, 2016.
- [11] GONÇALVES, T. M. et al. Cuidados de Enfermagem direcionados ao cliente em hemodiálise: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 5657-5670, 2020.
- [12] HINKLE, J. L; CHEEVER, K.H. Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- [13] Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>. Acessado em: 23 set. 2020.
- [14] Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acessado em: 20 set. 2020.
- [15] JAGIELA, J. et al. Nephrotoxicity as a complication of chemotherapy and immunotherapy in the treatment of colorectal cancer, melanoma and non-small cell lung cancer. *Int J Mol Sci*, Basel, v. 22, n. 9, p. 4618, 2021;
- [16] KOLHS, M. et al. Sentimentos de enfermeiros frente ao paciente oncológico. *Journal of Health Sciences*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 425-250, 2016;
- [17] KUMAR, V. et al. Robbins & Cotran Patologia: Bases Patológicas das Doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2016.
- [18] MACHADO, P. C. et al. Características de crianças com câncer e insucesso da cateterização intravenosa periférica. *Rev. Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1142-1147, 2021.
- [19] MAIA, F. O. Serviços assistências ao paciente oncológico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Revista de Extensão da UNIVASF*, Petrolina, v. 7, n.1, p. 086-107, 2019.
- [20] MITTIELLO, I. C. et al. Nefrotoxicidade relacionada à quimioterapia citotóxica convencional. *Acta Médica*, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 214-224, 2018.
- [21] OLIVEIRA, T. F.; RODRIGUES, M. C. S. Enfermagem na prevenção de infecção em cateter totalmente implantado no paciente oncológico. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 21, n.2, p. 01-05, 2016.
- [22] ROCHA, S. D. et al. Manuseio de medicamentos antineoplásicos: uma preocupação com a saúde entre os profissionais da saúde. *Rev Bras Med Trab*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 407-414, 2020.
- [23] SANTOS, L. M. et al. Risk factors for site complications of intravenous therapy in children and adolescents with cancer. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 73, n. 4, p. e20190471, 2020.
- [24] SILVA, A. G. I. et al. Boas práticas de liderança do enfermeiro no contexto hospitalar. *Nursing*, São Paulo, v. 24, n. 276, p. 5726-5735, 2021.
- [25] SOUZA, R. A. P.; CARMO, T. G. Risco de infecção para o cliente oncológico em uso de cateter venoso central totalmente implantado – revisão integrativa. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 4, p. 273-283, 2017.
- [26] VIANA, A. S. A. et al. Ocorrência de flebite em pacientes hospitalizados com doenças onco-hematológicas. *Rev Recien*, São Paulo, v. 11, n. 34, p. 344-353, 2021.

[27] ZERATTI, A. E. et. al. Cateteres venosos totalmente implantáveis: histórico, técnica de implante e complicações. *Jornal Vascular Brasileiro*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 128-139, 2017.

Capítulo 21

Cuidados paliativos e qualidade de vida do paciente com ferida oncológica

Maureem Clara de Souza Menezes

Danyelle Paixão dos Reis

Klysse Moraes Ramos

Julia Monica Marcelino Benevides

Paula Figliuolo da Cruz Borges

Resumo: Dentre as complicações causadas pela proliferação desordenada das células, está o desenvolvimento das feridas oncológicas, a qual desencadeia impactos nas relações sociais e psicológicas na vida do paciente. Os cuidados paliativos são uma maneira de manter a qualidade na sobrevivência, sendo uma forma de ressignificar a vida do paciente oncológico. Nesse contexto, objetivou-se com este estudo identificar os principais aspectos do cuidado paliativo no paciente com ferida oncológica. Trata-se de uma revisão bibliográfica de fontes secundárias (livros, artigos científicos, revistas eletrônicas), com pesquisa de natureza do método qualitativo, baseado em dados no período de 2015 a 2021. A percepção do bem-estar do paciente oncológico mostra a fragilidade e vulnerabilidade por conta do sofrimento vivido por cada indivíduo em acometimento dessa enfermidade. Quanto ao tratamento de feridas oncológicas de pacientes paliativos, a atenção é voltada para o controle de sinais e sintomas e o bem-estar dos pacientes. A utilização correta das tecnologias associada ao conhecimento previamente adquirido dos profissionais poderá auxiliar na prática clínica no manejo das feridas oncológicas. Destaca-se a importância da promoção da educação continuada para os profissionais que prestam assistência aos pacientes com ferida oncológica.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Enfermagem paliativista; Oncologia.

1. INTRODUÇÃO

O câncer consiste em um conjunto de doenças caracterizadas por afetar qualquer parte do corpo, tem muitos subtipos e cada um exige uma abordagem específica. O controle do câncer é complexo e depende de fatores como o sistema de saúde capacitado e com investimento adequado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). É importante entender sobre a disponibilidade e acessibilidade ao serviço de oncologia no nosso país. Em sua maioria, o câncer só é diagnosticado em estágio avançado. O diagnóstico tardio pode estar relacionado ainda com a ineficiência dos programas de assistência e controle dessa moléstia (RIBEIRO et al., 2015).

O diagnóstico de câncer é um desafio para os pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde. Mesmo com o arsenal tecnológico aumentando as possibilidades de cura, o caminho do tratamento ainda é demorado, fazendo com que as chances de recidiva e complicações também sejam potencializadas (OLIVEIRA; SOUZA, 2017).

Para tanto, surgiu o alento dos cuidados paliativos, uma atenção a mais aos pacientes crônicos e terminais. O processo de terminalidade da vida é caracterizado por um intenso momento de sofrimento, em contrapartida é vista por alguns como momento de alívio (GIOVANNA et al., 2019). Os cuidados paliativos são uma maneira de manter a qualidade na sobrevivência sendo uma forma de ressignificar a vida do paciente oncológico, prestando um cuidado que não seja fragmentado, mas que de maneira humanizada possa trazer integralidade do momento do diagnóstico até o final da terapêutica, sem negligenciar o final da vida que também é parte do processo (SILVA et al., 2016).

É o enfermeiro um dos responsáveis por humanizar o cuidado paliativo, ele leva consigo o dever de solidariedade, respeito com o paciente fora de suas possibilidades de cura. Vale lembrar que o paciente sente o cuidado humanizado tendo mais facilidade para dividir suas vontades e medos ante sua terminalidade (SILVA et al., 2015b). O câncer tem grande impacto na vida do doente; limita suas relações interpessoais, e saber referenciar esse paciente e familiares para uma ajuda especializada, traz possibilidade de acesso a melhores recursos para se tentar manter a qualidade de vida tanto da família quanto do doente (SOUZA; ALVES, 2015).

Nesse contexto, é importante a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos dos profissionais para oferecer uma assistência integral e de qualidade ao paciente oncológico, uma vez que é uma condição agravante na saúde do paciente que já tem que lidar com uma doença que causa muitas dúvidas e medos, e que influenciam em todos os aspectos da vida. O presente artigo teve por objetivo identificar os principais aspectos do cuidado paliativo no paciente com ferida oncológica, identificando e analisando aspectos do cuidado com os sintomas da ferida oncológica e a qualidade de vida do paciente.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A pele é a estrutura que recobre a superfície corporal, sendo constituída pela epiderme e derme. A epiderme pode ser espessa ou fina, sendo a espessa localizada nas regiões das palmas das mãos, planta dos pés e recobrendo algumas articulações. Já a fina protege o restante do corpo. A derme sobrepõe e tem continuidade com a hipoderme e o tecido subcutâneo (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2018). Dentre as diversas funções que a pele detém, está a proteção dos tecidos mais profundos e os órgãos do corpo, formando o limite entre o meio interno do corpo e o mundo exterior. Exerce também funções importantes

como a regulação da temperatura corporal e excreção de resíduos, sendo assim a interface sensorial entre o corpo e seu ambiente externo (HALL; GUYTON, 2017).

O termo ferida é definido pela perda da continuidade da estrutura do tecido. Ocorre em consequência de um trauma ou causadas por uma afecção clínica, especificamente por deiscência de suturas, feridas traumáticas, úlceras vasculogênicas e lesões por pressão (CUNHA et al., 2017). Quando as células malignas se infiltram na estrutura da pele se forma a ferida oncológica. Isso acontece quando ocorre a quebra da integridade do tegumento em decorrência da proliferação celular descontrolada, induzida pelo processo da oncogênese que leva a ferida evolutivamente exofítica (DA SILVA et al., 2015).

As feridas oncológicas caracterizam-se, principalmente, pela progressão rápida e a inviabilidade da cicatrização, hemorragias, odor fétido, exsudato abundante, risco aumentado para infecção, alto risco para miíase, presença de necrose tecidual, dor, prurido e agressão do tecido saudável perilesional (LISBOA IND, 2016). Tanto o diagnóstico de câncer como aparecimento dessas feridas repercutem diretamente nos aspectos biopsicossociais da vida desse indivíduo, principalmente quando está fora de terapêutica de cura, tendo em vista as que as alterações da imagem corporal, trazem dificuldades tanto físicas como emocionais para o cotidiano do paciente e seus familiares (FIGUEIREDO et al., 2018).

O câncer em crianças e jovens é considerado como um problema de saúde pública, estando relacionada a uma das primeiras causas de morte de crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, as quais, em grande parte, estão intimamente ligadas ao diagnóstico e tratamento tardio. É uma caminhada muito difícil, tanto para o paciente oncológico como para a sua família, saber que os cuidados paliativos precisam ser introduzidos em casos onde não há cura da enfermidade (ASSIS et al., 2020).

Os profissionais devem ter o conhecimento que o cuidado traz preocupações, responsabilidades e interação com o paciente, para aliviar suas dores nesse momento que antecede o fim da vida. Ter a vida terminada dentro de um ambiente hospitalar longe de seus familiares e cercado de pessoas desconhecidas determina um sofrimento difícil de ser mensurado (COSTA et al., 2016). O tratamento do câncer tem diversas alternativas, entre elas o tratamento cirúrgico, quimioterapia, radioterapia e transplante de medula. No entanto, quando as alternativas de tratamento se esgotam e as chances de regressão da doença se limitam, o cuidado paliativo se torna a abordagem principal para promover conforto ao paciente (FONSECA NUNES et al., 2018).

Cuidado paliativo é definido como a abordagem que busca a promoção de qualidade de vida por meio da avaliação precoce e controle dos sintomas físicos, emocionais, espirituais e sociais dos pacientes, especialmente quando se encontram em estágios avançados com baixa probabilidade de cura ou quando estão em estágio terminal da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). O objetivo do cuidado paliativo é a assistência voltada para práticas que procuram amenizar o sofrimento trazido pela doença, promovendo qualidade de vida e conforto ao paciente e a sua família. A Enfermagem tem um papel relevante nos cuidados para o tratamento das feridas oncológicas, considerando o contato direto com o paciente e direcionando os cuidados individualizados para atender suas prioridades (MELO et al., 2019).

A qualidade de vida consiste na percepção dos indivíduos sobre a sua posição na vida em relação a cultura e a rede de valores na qual ele está inserido. É um conceito que abrange não só a saúde física do indivíduo, mas também fatores de bem-estar psicossociais, espirituais, econômicos e ambientais relacionados ao contexto de vida de cada pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). As feridas oncológicas têm grande impacto na imagem corporal do portador, o que também leva a problemas psicológicos e sociais. Devido a esse impacto, faz-se necessário o uso de uma abordagem mais adequada e de caráter holístico, de forma que possa minimizar danos a qualidade de vida do paciente (SANTOS, 2019).

3. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo bibliográfica, com pesquisa de natureza do método qualitativo narrativa. Foi realizado o levantamento bibliográfico a partir de buscas em fontes secundárias, como livros, artigos científicos e revistas eletrônicas. A pesquisa foi realizada na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Publisher Medline* (Pubmed). Foram utilizados para a busca dos artigos os seguintes descritores: cuidados paliativos, ferimentos e lesões, oncologia e qualidade de vida.

A seleção dos estudos para análise foi realizada com base nos seguintes critérios de inclusão: 1) Texto na íntegra; 2) Constar na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Publisher Medline* (Pubmed); 3) Artigos nos idiomas português, inglês ou espanhol; 4) Serem pesquisas publicadas no período de 2015 a 2021; 5) serem de acesso livre.

Os critérios de exclusão foram: 1) Repetição de um mesmo artigo encontrado em mais de um banco de dados; 2) Falta de associação com o tema da pesquisa; 3) Não constar de texto completo apresentando-se sob a forma de resumo; 4) Acesso restrito. Por fim, foram feitas leituras criteriosas para a avaliação dos artigos selecionados que compõem o presente estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prática do cuidado paliativo é crescente no Brasil desde a década de 1990, desde então, ainda não foram criadas leis constitucionais para que descoram sobre os cuidados paliativos no país. Porém o órgão do Conselho Federal de Medicina publicou diferentes resoluções ligadas ao tema, com o intuito de trazer reflexão e sensibilidade para essa área. (GOMES; OTHERO, 2016).

O paciente ter a consciência que está com uma patologia que seu prognóstico é de possível óbito, traz grande impacto na vida não só de crianças ou jovens, mas de qualquer ser humano. A incerteza da vida pode acender a vários sentimentos como a insegurança, a aflição, medo e angústia. Por isso, é importante consolidar uma assistência humanizada, baseada em estabelecer vínculos de confiança que tornem o processo do cuidar uma ponte para alcançar de maneira integral as necessidades desse paciente (FRANÇA et al., 2018). O público que mais recebe indicação de cuidados paliativos são os idosos, sendo mais da metade de idade maior ou igual a 80 anos (VIDAL BRAVALHIERI et al., 2020).

A percepção do paciente oncológico sobre o seu bem-estar também está condicionada à alguns fatores como ter o apoio familiar, ter uma boa alimentação, viver

em paz, não sentir dor, ter Deus em suas vidas. Resultados demonstram que a percepção do bem-estar do paciente oncológico, mostram a fragilidade e vulnerabilidade por conta do sofrimento vivido por cada indivíduo acometimento dessa enfermidade. Para se obter um parecer favorável e ter uma melhor qualidade de vida, as intervenções devem ser direcionadas para o alívio da dor, sendo ela não só física, mas lembrando das necessidades biopsicossociais e espirituais desses pacientes (MENEQUIN; MATOS; FERREIRA, 2018).

O déficit na massa muscular e a desnutrição, são fatores que também implicam na qualidade de vida, pois as são complicações que refletem em seu estado de saúde geral, tendo em vista que a perda da composição corporal está ligada a redução da capacidade funcional, contribuindo para os aspectos negativos da doença (FRIO et al., 2015). O prejuízo na capacidade funcional de uma pessoa interfere de forma significativa a capacidade de exercer atividades diárias que ajudariam a lidar melhor com a doença, dessa forma piorando o estado emocional do indivíduo (FREIRE et al., 2018).

Nos pacientes em cuidados paliativos com ferida oncológica, os efeitos psicológicos vão além das mudanças na autoimagem, trata-se da falta da expectativa para planos futuros, o que depende da maneira de cada indivíduo relacionar-se com a doença, na maioria das vezes o diagnóstico reflete na perda da vitalidade, além das limitações físicas que a ferida oncológica proporciona (OLIVEIRA; CAVALCANTE; CARVALHO, 2019). Sabe-se que o câncer e seus aspectos clínicos tem um reflexo direto na condição de vida do paciente, diante disso verifica-se a possibilidade de avaliar os sintomas mais relevantes quem interferem na manutenção da sua qualidade de vida, principalmente nos que se encontram em cuidados paliativos (SILVA et al., 2020).

Quanto ao tratamento de feridas oncológicas de pacientes paliativos, a atenção é voltada para o controle de sinais e sintomas e o bem-estar dos pacientes, dessa forma identificar e analisar quais são os sintomas é papel também do enfermeiro. O enfermeiro desempenha um papel importante com muitas atribuições nesse contexto, para promover melhor qualidade de vida nessa etapa do tratamento do paciente (FREITAS DE CASTRO et al., 2017).

Uma pesquisa com pacientes em tratamento quimioterápico e radioterápico, mostrou que os sintomas mais frequentes que afetam a qualidade de vida desses pacientes, são: fadiga, insônia, dor e perda de apetite. Sintomas emocionais como ansiedade e depressão também aparecem com fatores relevantes que tem ligação com diversos sintomas físicos, influenciando diretamente no bem-estar geral dos pacientes (SALVETTI et al., 2020). O câncer, em seu estágio avançado ou em metástase, causa dor no paciente, sendo de diversas naturezas, graus e intensidade. Com o uso da ciência farmacológica, a dor é minimizada, mas continua a perturbar o paciente. Diante desse processo o paciente busca meios pra amenizar o sofrimento, como por exemplo, através de sua espiritualidade (ALMEIDA et al., 2018).

Os principais fatores identificados que influenciam na qualidade de vida do paciente portador de ferida oncológica, foi o impacto emocional causado pela dor, gerando sentimento de desmotivação e tristeza, relacionado principalmente pela dor incapacitante. A comodidade desses pacientes é significativamente menor, pois a dor interfere no cotidiano e atividade simples do dia a dia, padrão de sono e domínio físico. É necessário o cuidado terapêutico individual do paciente frente a sua dor (RODRIGUES et al., 2021).

As intervenções para o sintoma dor incluem aplicação dérmica de composto de lidocaína em creme no local da ferida 10 minutos antes da troca do curativo (PENG;

ZHENG; DAI, 2019). Destaca-se também o uso de morfina, sob prescrição médica, associado ao uso de técnicas e coberturas que promovam a menor aderência ao tecido lesionado (AGRA et al., 2015). Vivências como a presença do odor nas lesões oncológicas, traz grandes dificuldades no processo de socialização desse paciente, já que odor característico das feridas faz com que o paciente procure o isolamento, tornando-se distante até mesmo de seus amigos e familiares. Esse isolamento traz a potencialização dos riscos de mortalidade (SANTOS, 2019).

O produto mais conhecido por enfermeiros e médicos para controle do odor em feridas oncológicas é o metronidazol (SOUZA et al., 2019). As formas de uso incluem a administração de metronidazol injetável (AGRA et al., 2015), o uso do metronidazol combinado com gel de desbridamento, que promove a remoção lenta do tecido necrótico do leito da ferida (PENG; DAI, 2020). Foi identificado também o uso do metronidazol via oral para redução do odor associado ao uso de carvão ativado, além da troca frequente do curativo e a limpeza da ferida com solução antisséptica, o que proporcionou ação desodorizante (SILVA et al., 2015a).

Em relação aos cuidados para controle do sangramento na ferida oncológica, o alginato de cálcio é utilizado nos pontos de sangramento como cobertura primária para absorção (SILVA et al., 2015a). Como forma de prevenção do sangramento das feridas oncológicas deve-se utilizar curativos não aderentes, promover limpeza suave no leito da ferida e irrigar o curativo durante a remoção. Realiza-se a pressão direta no local de sangramento com gaze embebida em epinefrina e nitrato de prata para favorecer a vasoconstrição. Em caso de sangramento grave é necessário intervenções vasculares e uso de radiação. Quando há hemorragia como evento terminal, é indicado o uso de toalhas escuras para conter e absorver o sangue e uso de cobertores por conta da hipotermia e calafrios causados pela perda sanguínea (TILLEY; LIPSON; RAMOS, 2016).

Para o controle do exsudato, foram identificados o uso de coberturas absorptivas de carvão ativado e alginato de cálcio e sódio em fibra (SILVA et al., 2015a), além do uso de malha de acetato de celulose impregnada com petrolato como cobertura primária. Também se destacou o uso espumas, além de curativos e agentes antibacterianos (TILLEY; LIPSON; RAMOS, 2016).

O enfermeiro tem grande responsabilidade na escolha do tipo de cobertura tanto para o tratamento da lesão como para o tratamento do paciente como um todo. O uso da cobertura mais adequada, considerando as variáveis da ferida oncológica, proporciona maiores benefícios para o paciente e a melhora da qualidade de vida (SOARES et al., 2020). Em relação a atuação profissional nos cuidados com feridas oncológicas, um estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento dos membros da equipe de Enfermagem sobre os cuidados com as feridas oncológicas, revelou déficit de conhecimento da equipe com relação a aspectos fundamentais no manejo destas lesões (SCHMIDT et al., 2020).

Destaca-se a importância da inclusão de discussões sobre a abordagem adequada, na formação acadêmica e no treinamento profissional, relacionada aos aspectos psicossociais e espirituais dos pacientes, especialmente os portadores de ferida oncológica. Esse cenário promove o vínculo entre o paciente e o profissional, o que torna possível a identificação das necessidades psicológicas do paciente através das possibilidades do cuidado, a fim de promover qualidade de vida ao portador de ferida oncológica (SANTOS, 2019). Carvalho et al. (2018) enfatiza a necessidade da organização da rede de atenção na efetivação da continuidade dos cuidados e promoção de qualidade de vida ao paciente.

A utilização correta das tecnologias, associada ao conhecimento previamente adquirido dos profissionais poderá auxiliar na prática clínica no manejo das feridas oncológicas. É necessário a conscientização destes quanto a inserção das tecnologias no processo de educação em saúde, a fim de mostrar as diferentes formas de utilizá-las como fonte benéfica no seu cotidiano (VICENTE et al., 2019). O perfil de um enfermeiro cada vez mais focado e comprometido em se atualizar e realizar os cuidados utilizando técnicas comprovadamente científicas, visa ofertar melhor qualidade do serviço e reconhecimento da profissão. Os profissionais também apresentaram esse olhar diferenciado ao não focar a escolha terapêutica somente na avaliação das características da ferida, como os tipos de tecidos e exsudatos presentes (VICENTE et al., 2018).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstraram que a assistência de Enfermagem está focada na promoção do bem-estar para os pacientes portadores de feridas oncológicas. Observou-se que os sintomas psíquicos são os mais encontrados nos pacientes paliativos após o diagnóstico. É necessário um atendimento mais humanizado e individualizado por parte dos profissionais. Por outro lado, os profissionais que integram a equipe de Enfermagem nos cuidados ao paciente com lesões oncológicas, encontram-se deficitários na sua capacitação frente a assistência prestada. Ressalta-se a importância da promoção da educação continuada para os profissionais que prestam assistência aos pacientes com ferida oncológica.

Destaca-se que há uma grande necessidade de investimentos na capacitação desses profissionais e na utilização de novas tecnologias para garantir uma assistência humanizada e mais bem qualificada para os que sofrem de câncer, que desfigura não somente o físico, mas também o psicológico do paciente.

REFERÊNCIAS

- [1] AGRA, G. et al. Cuidados de Enfermagem a paciente com lesão vegetante maligna mamária: estudo de caso clínico. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 9, n. 6, p. 829–8303, 16 maio 2015.
- [2] ALMEIDA, V. C. DE et al. A singularidade da dor de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 2018.
- [3] ASSIS, L. A. et al. Vivências de mães de crianças com câncer em cuidados paliativos mediante diagnóstico, tratamento e apoio familiar. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2020.
- [4] CARVALHO, G. A. F. DE L. et al. Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2018.
- [5] COSTA, R. S. DA et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, p. 170–177, 2016.
- [6] CUNHA, D. et al. Construção e validação de um algoritmo para aplicação de laser no tratamento de ferida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2017.
- [7] DA SILVA, K. R. M. et al. Intervenções Terapêuticas em Feridas Tumorais: Relato de Casos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2015.
- [8] FIGUEIREDO, J. F. et al. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 8, 2018.
- [9] FONSECA NUNES, C. et al. Dinâmica musical na sensibilização dos acadêmicos de Enfermagem frente aos cuidados paliativos em oncologia pediátrica a PESQUISA | RESEARCH. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 4, p. 20170448, 2018.
- [10] FRANÇA, J. R. F. DE S. et al. Experiência existencial de crianças com câncer sob cuidados paliativos. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 2018.
- [11] FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, n. 2, p. 5420016, 28 maio 2018.
- [12] FREITAS DE CASTRO, M. C. et al. Intervenções de Enfermagem para pacientes oncológicos com odor fétido em ferida tumoral. *Aquichan*, v. 17, n. 3, p. 243–256, 2017.
- [13] FRIO, C. C. et al. Influência da Composição Corporal sobre a Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 61, n. 4, p. 351–357, 31 dez. 2015.
- [14] GIOVANNA, I. et al. Pacientes oncológicos com doença avançada : preocupações e expectativas vivenciadas na terminalidade da vida. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, p. 1–8, 2019.
- [15] GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. *Estudos Avancados*, 2016.
- [16] HALL, J. E.; GUYTON, A. C. Guyton & Hall: Tratado de Fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- [17] JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- [18] LISBOA IND, V. M. Caracterização de pacientes com feridas neoplásicas. *Estima*, 2016.
- [19] MELO, M. A. et al. A Enfermagem e a implementação de cuidados paliativos, visando a melhor qualidade de vida do paciente com ferida oncológica. *REINPEC*, v. 5, p. 79–95, 2019.
- [20] MENEGUIN, S.; MATOS, T. D. DE S.; FERREIRA, M. DE L. DA S. M. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. *Revista brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 4, p. 1998–2004, 1 jul. 2018.
- [21] OLIVEIRA, D. S. A.; CAVALCANTE, L. S. B.; CARVALHO, R. T. DE. Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, p. 1–13, 25 abr. 2019.
- [22] OLIVEIRA, T. R.; SOUZA, J. R. Avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico e tratamento do câncer na vida de familiares cuidadores de pacientes em regime de internação hospitalar. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 215, 2017.
- [23] PENG, L.; DAI, Y. Effect of metronidazole combined with autolytic debridement for the

management of malignant wound malodor. *The Journal of international medical research*, v. 48, n. 4, 2020.

- [24] PENG, L.; ZHENG, H. Y.; DAI, Y. Local dermal application of a compound lidocaine cream in pain management of cancer wounds. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 52, n. 11, 7 nov. 2019.
- [25] RIBEIRO, I. et al. As Iniquidades Sociais E As Disparidades Na Mortalidade Por Câncer Relativo Ao Gênero. *Revista Ciência Plural*, v. 1, n. 2, p. 79–86, 2015.
- [26] RODRIGUES, A. C. et al. Fatores que influenciam a qualidade de vida em dor neuropática, musculoesquelética e oncológica. *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, v. 4, p. 31–36, 1 mar. 2021.
- [27] SALVETTI, M. DE G. et al. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, p. e20180287, 27 fev. 2020.
- [28] SANTOS, W. A. Associação entre odor e isolamento social em pacientes com feridas tumorais malignas: estudo piloto. *Enfermería Global*, 2019.
- [29] SCHMIDT, F. M. Q. et al. Conhecimento da equipe de Enfermagem sobre cuidados com pacientes com feridas neoplásicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 1, p. 1–9, 2020.
- [30] SILVA, C. P. et al. Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico TT - Meaning of palliative care for the quality of survivorship of oncologic patient TT - Significado de los cuidados paliativos en la calidad de la supervivenc. *Rev. Bras. Cancerol*, v. 62, n. 3, p. 225–235, 2016.
- [31] SILVA, I. B. S. DA et al. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 3, 13 ago. 2020.
- [32] SILVA, K. R. M. et al. Intervenções Terapêuticas em Feridas Tumorais: Relato de Casos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 61, n. 4, p. 373–379, 31 dez. 2015a.
- [33] SILVA, M. M. et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2015b.
- [34] SOARES, R. DE S. et al. Perfil bacteriológico e variáveis da ferida neoplásica em pacientes em cuidados paliativos: estudo transversal. *Research, Society and Development*, 2020.
- [35] SOUSA, J. M.; ALVES, E. D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. *ACTA Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 3, p. 264–269, 2015.
- [36] SOUZA, N. R. DE et al. Prescrição e uso de metronidazol para controle do odor em feridas neoplásicas. *Cogitare Enfermagem*, 2019.
- [37] TILLEY, C.; LIPSON, J.; RAMOS, M. Palliative Wound Care for Malignant Fungating Wounds: Holistic Considerations at End-of-Life. *The Nursing clinics of North America*, v. 51, n. 3, p. 513–531, 1 set. 2016.
- [38] VICENTE, C. et al. Realidade dos enfermeiros no cuidado da pessoa com ferida oncológica de cabeça e pescoço: estudo exploratório. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, p. 1–9, 2018.
- [39] VICENTE, C. et al. Cuidado à pessoa com ferida oncológica: educação permanente em Enfermagem mediada por tecnologias educacionais. *Revista gaucha de Enfermagem*, v. 40, p. e20180483, 2019.
- [40] VIDAL BRAVALHIERI, A. A. et al. Características de pacientes com indicação de cuidados paliativos em uma unidade de cuidados prolongados em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Multitemas*, 2020.
- [41] WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine* (1982), v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.
- [42] WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes : policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.
- [43] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: WHO, 2017.

Capítulo 22

Fatores associados ao desmame precoce e o papel do enfermeiro no incentivo a amamentação no pós parto

Rosalina de Jesus Ferreira

Selena Grana Torres

Suellen Araújo de Oliveira

Eurides Souza de Lima

Paula Figliuolo da C. Borges

Resumo: O leite materno é o alimento mais adequado para bebês, por isso essa prática deve ser realizada no mínimo até os 2 anos de idade e deve ser seguida de forma exclusiva até os seis meses. No entanto, há diversos fatores que podem influenciar no desmame precoce, que devem ser analisados para que medidas de prevenção possam ser tomadas, visto que o leite materno é adequado exclusivamente para as necessidades nutricionais do bebê humano e é uma substância viva com propriedades imunológicas e antiinflamatórias incomparáveis que protegem contra uma série de doenças e enfermidades, tanto para mães quanto para crianças. Por isso, a presente pesquisa busca apresentar os fatores associados ao desmame precoce e relacionar a atuação da equipe de enfermagem como principais promotores da amamentação logo após o nascimento. Sendo assim, a pesquisa utilizou-se o meio de pesquisa bibliográfica, pela possibilidade de analisar referências publicadas em diversos documentos. Para critérios de inclusão foram utilizadas referências de artigos científicos publicados entre 2015 e 2021 na base de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e PubMed (*US National Library of Medicine*). Com os estudos selecionados foi possível concluir que com o grande número de desmame precoce e sua consequência para o desenvolvimento adequado do bebê é necessário destacar o papel do enfermeiro nesse contexto e esse suporte pode variar de acordo com a hora e o local onde o atendimento ao paciente é prestado. Portanto, foi concluído que os estudos acerca fatores associados ao desmame precoce, onde foi identificado que a maioria dos estudos selecionados apresentaram: retorno ao trabalho, ausência de conhecimento, sensibilidade sobre a importância, interferências familiares, fator emocional no pós parto, fatores sociodemográficos e socioeconômicos possuem os índices com maior frequência de determinantes no desmame precoce. Sendo fundamental o papel do enfermeiro frente a promoção do aleitamento logo nas primeiras horas após o parto.

Palavras-chave: Aleitamento materno, enfermagem, desmame precoce.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Mendes *et al.*, (2019) a amamentação confere muitos benefícios importantes à saúde e outros, incluindo benefícios psicossociais, econômicos e ambientais, não é surpreendente que a amamentação tenha sido recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ela preconiza que os bebês sejam amamentados por pelo menos 12 meses, também é recomendado que por volta dos primeiros seis meses, os bebês sejam amamentados exclusivamente.

No entanto, segundo Oliveira *et al.*, (2015) nem sempre é dessa forma que ocorre o aleitamento materno, pois muitos fatores podem interferir para que as orientações da OMS sejam seguidas. Sabe-se que a falta de orientação e até mesmo a ausência de conscientização sobre a amamentação é uma variável abordada em diversos estudos. Uma das barreiras para a eficácia da prática de amamentação exclusiva até os seis meses é a falta de acompanhamento adequado no pré natal e isso pode ser impactante caso as algumas mulheres terem pouca ou nenhuma informação sobre a amamentação antes de engravidar.

Por isso, é fundamental que a assistência profissional da equipe do setor obstétrico de um hospital esteja sempre realizando promoção e orientações sobre a importância do aleitamento materno. Um dos profissionais mais capacitados para realizar esses procedimentos é o enfermeiro, pois sua atuação corresponde como os principais prestadores de cuidados de saúde, apoiando as mulheres desde o parto e nascimento até a alta. Os enfermeiros desempenham um papel vital na preparação, educação, incentivo e apoio às mulheres para amamentar e são fundamentais para facilitar o início e a continuação da amamentação.

Por isso, a presente pesquisa busca apresentar os fatores associados ao desmame precoce e relacionar a atuação da equipe de enfermagem como principais promotores da amamentação logo após o nascimento.

2. METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, que teve como objetivo a sintetização dos resultados de diversos estudos analisados. Sendo assim, a pesquisa utilizou-se o meio de pesquisa bibliográfica, pela possibilidade de analisar referências publicadas em diversos documentos. Seu desenvolvimento é através de materiais já elaborados, como livros, artigos científicos, publicações de órgãos oficiais.

Para critérios de inclusão foram utilizados os seguintes fatores: estudos publicados entre 2015 a 2021, com idioma português e inglês, com resultados relevantes para a composição dos argumentos estabelecidos nesse estudo. Já os critérios de exclusão foram: estudos que não estavam disponíveis para leitura na íntegra, resumos de livros e pesquisas desenvolvidas com animais.

Foram analisados artigos acadêmicos, publicações de revistas acadêmicas, diretrizes, livros, para realização do tipo de uma pesquisa precisa e completo e para a busca dos artigos foi usado a base de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e PubMed (*US National Library of Medicine*). Na busca foram usados os descritores: Aleitamento materno, enfermagem, Amazonas.

A análise dos dados foi estabelecida através do suporte e gerenciamento dos estudos selecionados, por isso, foi escolhido o uso de um programa de gestão instalado

chamado de *Mendeley*, através dele foi possível armazenar os estudos selecionados, organizar e separar de acordo com seus aspectos. Levando em consideração seus títulos, resumo, objetivos e resultados. Ainda com a utilização do programa gerenciador *Mendeley* foi possível realizar resumos com os principais pontos de cada estudo selecionado, o que possibilitou uma melhor comparação no conteúdo apresentado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Benefícios da prática de amamentação

A amamentação gera diversos benefícios para o desenvolvimento do neonato e sua saúde de curto e longo prazo. Segundo Pereira *et al.*, (2019) no curto prazo essa prática pode levar a redução dos riscos que envolvem o desenvolvimento de gastroenterite, enterocolite necrosante, infecções de ouvido, dor após procedimentos menores, readmissões hospitalares, infecções respiratórias, síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) e infecções do trato urinário. Em longo prazo, ela pode reduzir o desenvolvimento de asma, dermatite atópica, doença cardiovascular, doença celíaca, diabetes, doença inflamatória intestinal infantil, obesidade e distúrbios respiratórios do sono.

A amamentação também gera impactos positivos para a saúde da mãe. Pereira *et al.*, (2019) acrescenta que os benefícios pós-parto incluem diminuição da perda de sangue, menor risco de infecção pós-parto e anemia e maior perda de peso. A amamentação também foi associada a risco reduzido de doenças maternas mais tarde na vida, incluindo câncer de mama, diabetes (tipo II), hipertensão, doença cardiovascular, síndrome metabólica, câncer de ovário, osteoporose e artrite reumatoide. Além disso, as mães que se sentem capacitadas para amamentar com sucesso têm maior probabilidade de amamentar exclusivamente e continuar amamentando. Segundo Duarte (2019) a autoeficácia, que foi definida como a habilidade percebida pela mulher de dominar com sucesso uma tarefa como a amamentação, está relacionado a tempo mais longo da prática de aleitamento materno. A amamentação melhora a relação materno infantil, melhorando o vínculo. Por exemplo, o contato da pele da mãe com a do bebê durante a amamentação demonstrou melhorar os sinais vitais dos bebês, especialmente nos primeiros minutos após o nascimento.

Na verdade, para Duarte (2019) muitos dos benefícios identificados da amamentação para a saúde podem estar relacionados não apenas à composição do leite humano, mas também ao contato próximo entre a mãe e seu filho durante a alimentação. A amamentação proporciona ao bebê mais controle sobre a quantidade de alimentos que comem e quando, o que pode fazer parte da associação entre taxas reduzidas de obesidade em bebês amamentados.

Além das vantagens da amamentação para a saúde materno infantil, segundo Ferreira *et al.*, (2018) existem benefícios econômicos associados à amamentação que podem ser obtidos por famílias, empregadores, seguradoras privadas e governamentais e pelo país como um todo. Assim como também uma melhor saúde infantil significa menos pedidos de seguro saúde, menos folgas de funcionários para cuidar de crianças doentes e maior produtividade, fatores que preocupam os empregadores.

É importante o conhecimento dos benefícios e da contribuição do leite materno na saúde neonatal, pois o desmame precoce pode acarretar inúmeras consequências negativas para a saúde da criança. De acordo com a pesquisa de Lopes *et al.*, (2020) a avaliação realizada em crianças que tiveram o desmame de forma antecipada constatou

que grandes partes acabam desenvolvendo algum tipo de patologia, como infecções respiratórias, infecções intestinais e alergias.

3.2 FATORES RELACIONADOS AO DESMAME PRECOCE

O estudo de Mendes *et al.*, (2019) buscou avaliar fatores que estejam associados a amamentação mais prolongada, sendo apresentando que índice inferior ao preconizado pela Organização mundial da Saúde (OMS), que é o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e além disso, a OMS orienta a amamentação até os dois anos. O estudo também apresentou a ausência nas consultas de pré-natal como um fator de forte impacto para o desmame precoce.

Segundo Gomes *et al.*, (2020) a introdução alimentar precoce é decisiva para que o desmame precoce ocorra. Além disso, o autor apresenta que problemas na fase de puerpério das mães podem afetar significativamente o segmento da amamentação e o retorno ao trabalho também foi apontado pela pesquisa como uma variável de influência. O retorno às atividades profissionais das mães normalmente ocorre após os 5 ou 6 meses de vida do bebê.

Nessa transição muitas ferramentas são introduzidas para a substituição da amamentação, como a chupeta e a mamadeira. Segundo Alves *et al.*, (2018) o uso dessas ferramentas acelera o desmame precoce e nessa pesquisa foi avaliado baixo peso nessas crianças relacionados ao desmame precoce. No entanto, alguns estudos mostram que o desemprego e a falta de renda fixa podem influenciar na ausência do segmento do aleitamento materno.

De acordo com Ferreira *et al.*, (2018) as condições financeiras pode ser um dos principais fatores associados a essa prática, sendo o nível de renda proporcional ao segmento do desmame precoce. Muitos estudos evidenciam os fatores socioeconômicos como padrão para a prática do desmame precoce. Isso pode ser explicado visto que grande parte dos indivíduos caracterizados com níveis socioeconômicos desfavoráveis não possuem acesso contínuo e adequado à educação em geral, o que contribui para a ausência de conhecimento sobre os benefícios da prática de amamentação adequada.

O leite materno possui nutrientes e vitaminas essenciais para a construção e desenvolvimento do organismo de um bebê, sendo apenas ele o único alimento capaz de fornecer as substâncias essenciais até os 6 meses de vida. Principalmente no que diz respeito ao sistema imunológico da criança. Sendo assim, é importante que ações e promoções sejam realizadas nas maternidades, com intuito de intervir e prevenir o desmame precoce.

3.3 O PAPEL ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

De acordo com Santos e Bezerra (2018) enfermeiros e outros profissionais de saúde que cuidam de mãe-bebê devem adquirir o conhecimento e demonstrar a competência necessária para fornecer informações consistentes e baseadas em evidências sobre amamentação e apoio durante os períodos pré-concepção, pré-natal e pós-parto. Ao longo da sua formação acadêmica o enfermeiro deve adquirir competências essenciais que detalham os conhecimentos, habilidades e atitudes que esses profissionais de saúde devem possuir para ajudar as mulheres a se preparar, iniciar e manter a amamentação.

Por isso, a equipe de enfermagem deve se esforçar para compreender e estar preparados para abordar as questões culturais em todos os aspectos da promoção da

amamentação e do apoio à população de mulheres que atendem. Para Silva *et al.*, (2018) a amamentação tem diferentes significados e níveis de aceitação em diferentes culturas; portanto, é essencial que os profissionais de saúde explorem as preocupações específicas com a amamentação das pessoas com quem estão trabalhando. Todas as mulheres têm o direito de obter informações sobre os impactos que a amamentação possui, para que possam tomar decisões informadas.

De acordo com Silva *et al.*, (2020) os enfermeiros devem apoiar a escolha de nutrição infantil de cada mulher, fornecendo-lhes informações sobre os riscos e benefícios de várias opções de alimentação para facilitar a decisão materna. Pode haver alguns casos raros em que uma mulher deseja amamentar, mas não pode ou deve evitar fazê-lo, incluindo algumas mulheres que tiveram que se submeter a cirurgias de mama, mulheres com infecção por HIV, certos transtornos por uso de substâncias, tuberculose que não esteja usando medicamento ou que estão tomando, mas os fármacos possuem contraindicado na amamentação.

Sendo assim, o enfermeiro possui o papel de fornecer informações e apoio sobre a amamentação, informando a mãe sobre as vantagens da amamentação para ela e para o bebê. Além disso, segundo Santos e Bezerra (2018) também é de a prática do enfermeiro ajudar a mãe em seu primeiro contato com o bebê e tranquilizar a mãe que tem um parto cesáreo, ou um bebê prematuro ou doente, que ela também pode amamentar, dando auxílio a continuar a amamentar, fornecendo contato frequente entre a mãe e o bebê durante a internação da mãe.

O suporte da enfermagem vai, além disso, para Emidio *et al.*, (2020) esses profissionais possuem a capacidade apoiar a amamentação evitando dar ao bebê outros líquidos. Reforçando as afirmações que haverá ações de outras pessoas que poderão impressionar ainda mais a mãe quanto a adequação de tipo de alimentação infantil. As mães precisam ser informadas sobre as opções de alimentação infantil para fazer uma escolha bem informada com base na consciência das alternativas.

Segundo Primo *et al.*, (2019) a atuação do profissional de enfermagem no apoio à amamentação varia de acordo com a hora e o local onde o atendimento ao paciente é prestado. Em cada ambiente, entretanto, esse profissional desempenha um papel significativo, ajudando a mãe a começar a amamentar e a desfrutá-la, ao mesmo tempo em que fornece ao filho uma nutrição ideal para seu crescimento e desenvolvimento inicial.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado dos estudos selecionados para composição da discussão deste artigo foi estabelecido através da criação de categorias temáticas, de acordo com os principais temas abordados nos estudos, como mostra o Quadro 1. Foram identificados cerca de 19 estudos nas bases de dados, porém apenas 12 estudos foram selecionados.

Quadro 1. Apresentação em porcentagem da quantidade de estudos selecionados de acordo com a categoria.

Categoria Temática	Principais Temas	Porcentagem
Aleitamento materno	Os benefícios do aleitamento materno para a mãe e o desenvolvimento adequado da criança	31%
Desmame precoce	As consequências da prática do desmame precoce e os fatores associados a esse segmento	41%
O papel do enfermeiro	Atuação do profissional de enfermagem na promoção e ações do aleitamento materno no Sistema Único de Saúde	28%
Total de estudos		100%

O estudo de Mendes *et al.*, (2019) buscou avaliar fatores que estejam associados a amamentação mais prolongada, sendo apresentando que índice inferior ao preconizado pela Organização mundial da Saúde (OMS), que é o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e além disso, a OMS orienta a amamentação até os dois anos. O estudo também apresentou a ausência nas consultas de pré-natal como um fator de forte impacto para o desmame precoce.

Sabe-se que a falta de orientação e conhecimento sobre o aleitamento é um fator abordada em diversos estudos. Segundo a pesquisa feita por Oliveira *et al.*, (2015) uma das barreiras para a eficácia na prática de amamentação materna realizada de forma exclusiva até os seis meses é a ausência de informações sobre a importância e os benefícios dessa prática. Isso pode ser explicado dado algumas mulheres terem pouca ou nenhuma informação sobre a amamentação antes de engravidar.

E muitas dessas mulheres acabam sendo orientadas de forma errada por familiares e conhecidos, isso gera conflitos de informações, como as apresentadas por Oliveira *et al.*, (2015) que apresentou as interferências familiares como desencadeadoras da existência de leite fraco e insuficiente para o bebê. Tendo como consequência a introdução de fórmulas infantis antes do momento ideal, o que também foi apresentado no estudo de Mendes *et al.*, (2019).

Nesse mesmo segmento, a pesquisa realizada por Gomes *et al.*, (2020) mostra que a introdução alimentar precoce é decisiva para que o desmame precoce ocorra. Além disso, o autor apresenta que problemas na fase de puerpério das mães podem afetar significativamente o processo de amamentação e a volta ao trabalho também foi apontado pela pesquisa como uma variável de influência.

O retorno às atividades profissionais das mães normalmente ocorre após os 5 ou 6 meses de vida do bebê. Nessa transição muitas ferramentas são introduzidas para a substituição da amamentação, como a chupeta e a mamadeira. Segundo Alves *et al.*, (2018) o uso dessas ferramentas acelera o desmame precoce e nessa pesquisa foi avaliado baixo peso nessas crianças relacionados ao desmame precoce.

No entanto, alguns estudos mostram que o desemprego e a falta de renda fixa podem influenciar na ausência do segmento do aleitamento materno. Segundo Ferreira *et al.*, (2018) as condições financeiras foram um dos principais fatores associados a essa prática, sendo o nível de renda proporcional ao segmento do desmame precoce. Esses

dados acabam indo de controverso com o fato de que a amamentação possui diversos benefícios econômicos.

O mesmo estudo mostrou que a idade e escolaridade também podem afetar a decisão da amamentação. O mesmo resultado relacionado aos fatores que geram impacto no desmame precoce apresentados pelo estudo de Ferreira *et al.*, (2018), foram encontrados nos estudos de Sousa *et al.*, (2015) e Alves *et al.*, (2018), onde a baixa renda, idade materna menor que 24 anos e escolaridade baixa como os principais fatores relacionados a interrupção do aleitamento materno.

Dentre as pesquisas selecionadas nos resultados do presente estudo, todas de alguma forma evidenciaram os fatores socioeconômicos como padrão para a prática do desmame precoce, como apresentado no estudo de Pinto *et al.*, 2020. Isso pode ser explicado visto que grande parte dos indivíduos caracterizados com níveis socioeconômicos desfavoráveis não possuem acesso contínuo e adequado à educação em geral, o que contribui para a ausência de conhecimento sobre os benefícios da prática de amamentação.

Porém em muitos casos o desmame precoce não necessário está relacionado com a ausência de conhecimento por parte das mães, pois o estudo de Oliveira *et al.*, (2017) apresentou uma pesquisa em que 80% das mães que não conseguiram manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, tinham total entendimento e sensibilização sobre a importância desse mecanismo para o desenvolvimento saudável do bebê. No entanto, fatores externos foram a causa do desmame precoce, como os estudos, trabalho e até mesmo crenças pessoais.

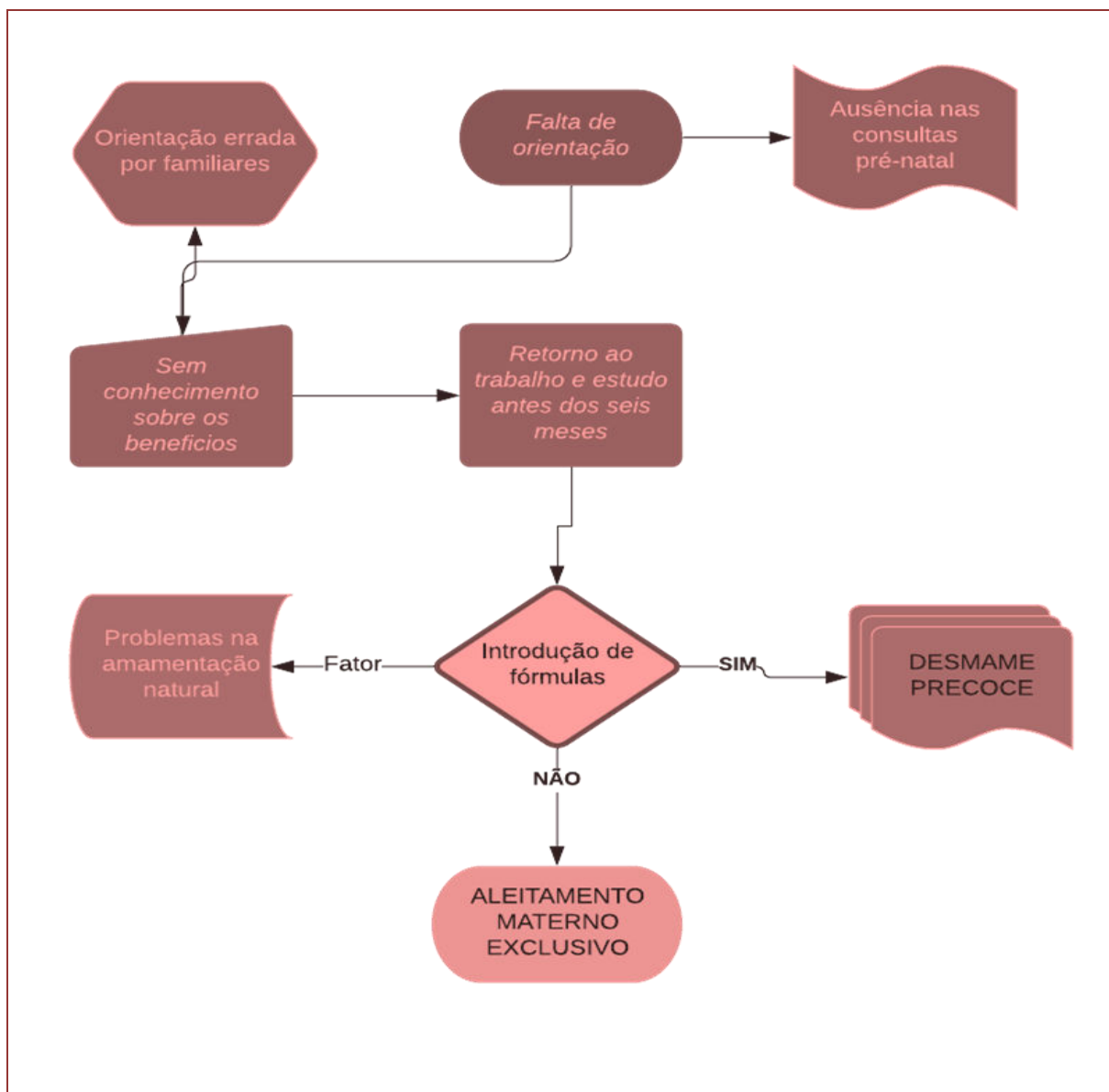
É importante o conhecimento dos benefícios e da contribuição do leite materno na saúde neonatal, pois o desmame precoce pode acarretar inúmeras consequências negativas para a saúde da criança. De acordo com a pesquisa de Lopes *et al.*, (2020) a avaliação realizada em crianças que tiveram o desmame de forma antecipada constatou que grande parte acaba desenvolvendo algum tipo de patologia, como infecções respiratórias, infecções intestinais e alergias.

Nesse sentido, o estudo de Silva *et al.*, (2020) apresentou que essas medidas de promoção e ação acerca da importância do aleitamento materno é uma das responsabilidades do enfermeiro que atua nessa área e atende gestantes, puérperas e lactantes. A enfermeira pode fornecer informações e apoio sobre a amamentação, as que ficam no estágio de pré-natal pode informar a mãe sobre as vantagens da amamentação. Já as enfermeiras do trabalho de parto podem ajudar a mãe em seu primeiro contato com o bebê e tranquilizar a mãe que tem um parto cesáreo, ou um bebê prematuro ou doente, que ela também pode amamentar.

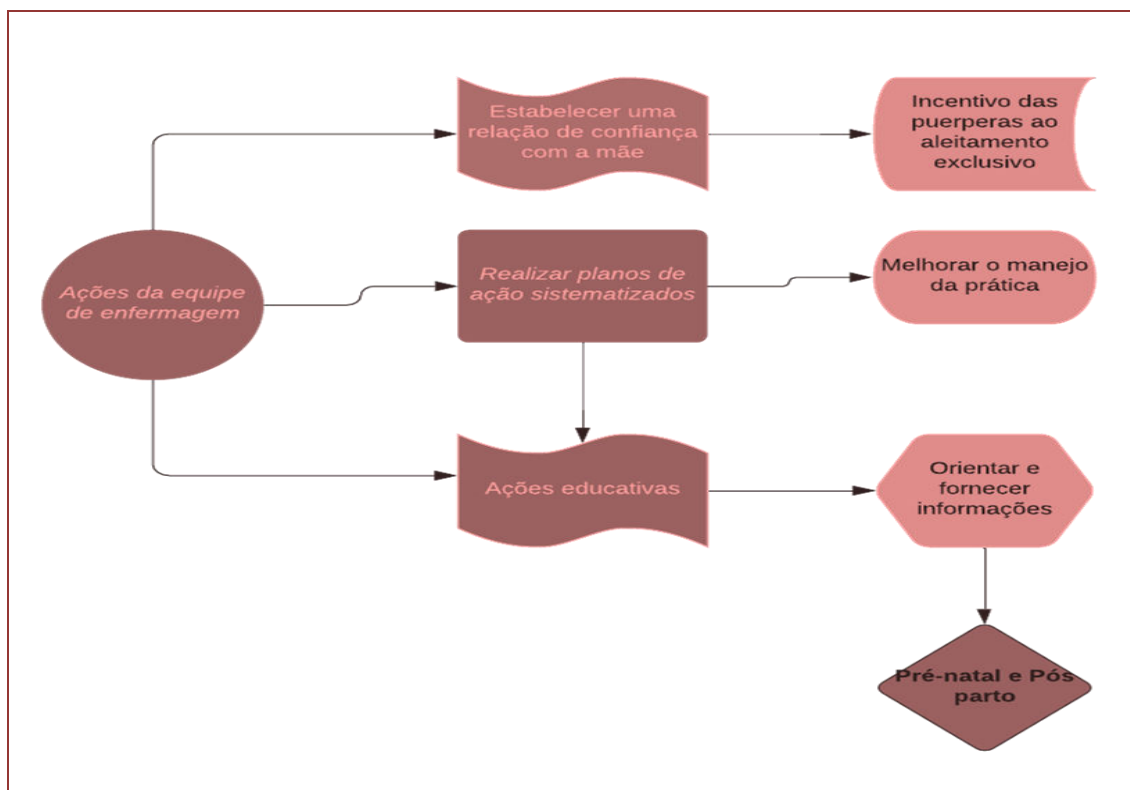
Essas informações também foram apresentadas pelo estudo de Ferreira *et al.*, (2018), onde foi descrito sobre a importância do enfermeiro na etapa de pós-parto, pois eles podem ajudar a continuação da amamentação, fornecendo contato frequente entre a mãe e o bebê durante a internação da mãe. Assim como a enfermeira do berçário pode apoiar a amamentação evitando dar ao bebê outros líquidos. Nesse segmento a equipe de enfermagem que atuam na área pediátrica continua o padrão de ajuda, reforçando as afirmações e ações de outras pessoas que irão estimular ainda mais a mãe com a seguir a adequação do método e tempo adequado da amamentação.

Portanto, o fluxograma desenvolvimento abaixo, apresenta os principais fatores relacionas ao desmame precoce, sendo apenas uma forma ilustrativa de demonstrar os principais resultados encontrados na análise realizados nos estudos selecionados.

Como apresentado no fluxograma, os fatores relacionados ao desmame precoce ocorrem em diversos contexto e muitas vezes fazem parte do mesmo processo de amamentação. Visto os problemas relacionados ao desmame precoce é importante a atuação da equipe de enfermagem, visto que eles possuem contato direto com a mulher, durante o pré natal e pós parto, considerados momentos importantes para a orientação da amamentação materna exclusiva.



Portanto, foi desenvolvido outro fluxograma, que representa os pontos principais quanto as ações da enfermagem frente ao aconselhamento á amamentação.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa mostrou que o aleitamento materno é essencial para o desenvolvimento adequado do bebê, através dessa prática realizada de forma correta é possível obter inúmeros benefícios fisiológicos tanto para a mãe quanto a criança. Por isso, foi compreendido que o desmame precoce pode afetar de forma significativa o processo de crescimento e de formação do sistema de defesa do organismo do recém-nascido, além de ser gerar possível impacto até durante a vida adulta.

No entanto, apesar de ser apresentado todos os benefícios que envolve o aleitamento materno é necessário que as mães sejam informadas sobre as opções de alimentação infantil para fazer uma escolha bem informada com base na consciência das alternativas. Nesse contexto que é abordado o papel do enfermeiro no incentivo à prática de amamentação e esse suporte logo após o parto pode variar de acordo com a hora e o local onde o atendimento ao paciente é prestado. Em cada ambiente, entretanto, esse profissional desempenha um papel significativo, ajudando a mãe a começar a amamentar e a sua continuidade, ao mesmo tempo em que fornece ao filho uma nutrição ideal para seu crescimento e desenvolvimento inicial.

Portanto, foi concluído que os estudos acerca fatores associados ao desmame precoce, onde foi identificado que a maioria dos estudos selecionados apresentaram: retorno ao trabalho, ausência de conhecimento, sensibilidade sobre a importância, interferências familiares, fator emocional no pós parto, fatores sociodemográficos e socioeconômicos possuem os índices com maior frequência de determinantes no desmame precoce. Sendo fundamental o papel do enfermeiro frente a promoção do aleitamento logo nas primeiras horas após o parto.

RERERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA MATOS, Sergio et al. Atividades educativas sobre a prática do aleitamento materno em uma unidade hospitalar do interior do Amazonas: um relato de experiência. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, p. e0410413351-e0410413351, 2021.
- [2] ALVES, Jessica de Souza; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; RITO, Rosane Valéria Viana Fonseca. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1077-1088, 2018.
- [3] ALVES, Leylla Lays et al. PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SEUS FATORES DE RISCO. *Saúde e Pesquisa*, v. 11, n. 3, p. 527-534, 2018.
- [4] DUARTE, Diego Andreazzi. Benefícios da amamentação. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 1, p. 001-001, 2019.
- [5] EMIDIO, Suellen Cristina Dias et al. Revisão dos indicadores para os Resultados de Enfermagem relacionados ao estabelecimento da amamentação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 22, 2020.
- [6] ENANI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil-ENANI-2019: resultados preliminares. Indicadores de aleitamento materno no Brasil. 2020.
- [7] FERREIRA, Gabriela Rodrigues et al. O papel da enfermagem na orientação do aleitamento materno exclusivo. *Revista Conexão Eletrônica*, v. 13, n. 1, p. 1-18, 2016.
- [8] FERREIRA, Hellen Lúvia Oliveira Catunda et al. Fatores Associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. *Ciencia & saude coletiva*, v. 23, p. 683-690, 2018.
- [9] GOMES, Daniele Barreto M.; SANTOS, Carolina M.; RIOS, Roberta Lastorina. Amamentação e suas prerrogativas para a saúde do binômio mãe-filho. *Biológicas & Saúde*, v. 8, n. 27, 2018.
- [10] GOMES, Rosângela Paz et al. Fatores que levam ao desmame precoce do aleitamento materno. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 100688-100700, 2020.
- [11] KÖCHE, José Carlos. Fundamentos de metodologia científica. Editora Vozes, 2016.
- [12] LOPES, Edson Lima; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Aleitamento Materno: Fatores de Riscos para o Desmame Precoce/Breastfeeding: Risk Factors for Early Weaning. ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 14, n. 53, p. 1138-1153, 2020.
- [13] MENDES, Sara Cavalcanti et al. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1821-1829, 2019.
- [14] NASCIMENTO, JESSICA DA CONCEIÇÃO et al. PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NAS REGIÕES BRASILEIRAS EM 2015. *Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX*, v. 16, n. 2, p. 252-269, 2018.
- [15] OLIVEIRA, Carolina Sampaio de et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. SPE, p. 16-23, 2015.
- [16] OLIVEIRA, Ailkyanne Karelly Pereira et al. Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. *Avances en Enfermería*, v. 35, n. 3, p. 303-312, 2017.
- [17] PEREIRA, Eduarda Borges et al. Benefícios Da Amamentação Para A Saúde Da Mulher E Do Bebê. *Anais da Jornada Odontológica de Anápolis-JOA*, 2019.
- [18] PINTO, Kelly Cristina de Lima Ramos et al. Prevalência do desmame precoce e suas principais causas. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 1, p. 717-728, 2020.
- [19] PRIMO, Cândida Caniçali et al. A percepção da mulher sobre os espaços para amamentar: suporte na teoria interativa de amamentação. *REME rev. min. enferm*, p. e-1261, 2019.
- [20] SANTOS, Fernanda Cristina Vieira; SANTOS, Ofenísia Silva; BEZERRA, Felipa Daiana. A importância do enfermeiro na orientação da amamentação no puerpério imediato- Revisão integrativa. *Journal of Health Connections*, v. 6, n. 5, 2018.
- [21] SERVERINO, Joaquim Antônio. *METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTIFICO - 24ªED* – São Paulo. Ed: Cortez, 2016. p. 90.

- [22] SILVA, Isáías Eduardo et al. A importância do enfermeiro no aleitamento materno exclusivo para a evolução da criança. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2020.
- [23] SILVA, Débora Stéffanie Sant’Anna et al. Promoção do aleitamento materno: políticas públicas e atuação do enfermeiro. *Cadernos UniFOA*, v. 12, n. 35, p. 135-140, 2018.
- [24] SILVA, Shirley Mourão et al. Uso de tecnologia leve na promoção do aleitamento materno em uma maternidade de Manaus. 2017. Trabalho de conclusão de curso.
- [25] SORDI, JOSE OSVALDO. *Elaboração de pesquisa científica*. Saraiva Educação SA, 2017.
- [26] SOUSA, Mauricélia Santos et al. Breastfeeding and determinants of early weaning/Aleitamento materno e os determinantes do desmame precoce/Lactancia y determinantes de destete precoz. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 4, n. 1, p. 19-25, 2015.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson



<https://www.facebook.com/editorapoisson>

