EDITORA
OMNIS SCIENTIA

Evidências Científicas Aplicadas à Saúde Coletiva

VOLUME 1

Organizadores:

MSc. Randson Souza Rosa
Dr. Bruno Gonçalves de Oliveira
Dr. Delmo de Carvalho Alencar
Dra. Eliane dos Santos Bomfim
MSc. Frank Evilácio de Oliveira Guimarães
Dra. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

EDITORA
OMNIS SCIENTIA

Evidências Científicas Aplicadas à Saúde Coletiva

VOLUME 1

Organizadores:

MSc. Randson Souza Rosa
Dr. Bruno Gonçalves de Oliveira
Dr. Delmo de Carvalho Alencar
Dra. Eliane dos Santos Bomfim
MSc. Frank Evilácio de Oliveira Guimarães
Dra. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Editora Omnis Scientia

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS APLICADAS À SAÚDE COLETIVA

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe
Me. Daniel Luís Viana Cruz
Organizadores
MSc. Randson Souza Rosa
Dr. Bruno Gonçalves de Oliveira
Dr. Delmo de Carvalho de Alencar
Dra. Eliane do Santos Bomfim
MSc. Frank Evilácio de Oliveira Guimaraes
Dra. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
Conselho Editorial
Dr. Cássio Brancaleone
Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão
Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior
Dr. Walter Santos Evangelista Júnior
Dr. Wendel José Teles Pontes
Editores de Área - Ciências da Saúde
Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine
Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira
Dr. Leandro dos Santos
Dr. Hugo Barbosa do Nascimento
Dr. Marcio Luiz Lima Taga
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão
Assistente Editorial
Thialla Larangeira Amorim
Imagem de Capa
Freepik
Edição de Arte
Vileide Vitória Larangeira Amorim
Revisão
Os autores

Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

E93 Evidências científicas aplicadas à saúde coletiva : volume 1 [recurso eletrônico] / organizadores Randson Souza Rosa ... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-735-8
DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8

1. Ciências médicas (Saúde Coletiva) - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Política de saúde - Brasil. 4. Administração dos serviços de saúde. 5. Tecnologias em saúde. 6. Promoção da saúde. 7. Saúde - Planejamento - Brasil. I. Rosa, Randson Souza. II. Título.

CDD22: 362.10981

Editora Omnis Scientia
Triunfo – Pernambuco – Brasil
Telefone: +55 (87) 99656-3565
editoraomnisscientia.com.br
contato@editoraomnisscientia.com.br

PREFÁCIO

O aumento da produção de evidências científicas aplicadas ao campo da Saúde coletiva tem sido muito presente nas publicações mais recentes. Isto, demanda aos profissionais de saúde e gestores, o desenvolvimento, cada vez maior, de habilidades específicas na busca por tais evidências e como aplicá-las nos serviços de saúde e na sua prática profissional.

A saúde coletiva compreende um campo de saberes e práticas que articulam diversas áreas do conhecimento, tais como: política e planejamento, gestão e avaliação em saúde, epidemiologia e ciências sociais, que são aplicadas na produção de ações voltadas para o enfrentamento e equacionamento dos principais problemas existentes na saúde das populações.

As evidências científicas produzidas por este livro visam a subsidiar os profissionais de saúde e gestores dos serviços da saúde na produção de cuidados à saúde, políticas de saúde, modelos de atenção à saúde e tecnologias em saúde, capazes de diminuir as disparidades sociais existentes na sociedade e de trazer melhorias para saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos, bem como compreender o processo saúde-doença, com ênfase na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Outrossim, acredita-se que este compilado de estudos originais, relatos de caso e revisões produzidas a partir das evidências científicas aplicadas à saúde coletiva, possa agregar conhecimentos com foco na assistência à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (doenças cardiovasculares, doenças mentais(estresse, ansiedade, depressão e outras), doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma, rinite), hipertensão, câncer, diabetes, doenças renais crônicas, doenças metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia, síndrome metabólica), e possa aplicá-las à saúde do adulto, idoso, trabalhador e outros subgrupos populacionais vulneráveis, com vistas a fortalecer as pesquisas na área da saúde baseada em evidências no contexto atual da saúde brasileira.

Constitui-se, também, como um potencial instrumento divulgatório do material acadêmico, de excelente qualidade, produzido em academias brasileiras, pela graduação, mestrado e doutorado, oriundo da motivação dos campos teórico-práticos, sob a orientação de seus doutores e mestres.

Boa Leitura!

Randson Souza Rosa

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 17

TECNOLOGIA DO CUIDADO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADULTOS COM SÍNDROME METABÓLICA

Isleide Santana Cardoso Santos

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Edison Vitório de Souza Júnior

Randson Souza Rosa

Andréa dos Santos Souza

Wilkslam Alves de Araújo

Icaro José Santos Ribeiro

Roseanne Montargil Rocha

Josicelia Dumet Fernandes

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/17-30

CAPÍTULO 2 31

DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Randson Souza Rosa

Sávio Luiz Ferreira Moreira

Vinicius Santos Barros

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Delmo de Carvalho Alencar

Naisla Santos Souza

Bruno Gonçalves de Oliveira

Eliane dos Santos Bomfim

Isleide Santana Cardoso Santos

Geisa Silva Novais

Raysa Messias Barreto de Souza

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/31-49

CAPÍTULO 3 50

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS E SEUS AGRAVOS NO HIPERDIA

Anderson Almeida Lopes

Randson Souza Rosa

Delmo de Carvalho Alencar

Cristian Lucas dos Santos Bezerra

Vinicius Santos Barros

Naisla Santos Souza

Emille Santos Souza

Bruno Gonçalves de Oliveira

Eliane dos Santos Bomfim

André Santos Freitas

Geisa Silva Novais

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/50-60

CAPÍTULO 4 61

ALTERAÇÕES IMUNOLÓGICAS NO *DIABETES MELLITUS* E GANGRENA DE FOURNIER: CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

Lenilson Prates da Silva

Ézio Junio Gonçalves Nunes

Thaísa Soares Crespo

Thamirys Freitas Nolasco

Venicius de Araújo Ramos

Geisa Silva Novais

Raysa Messias Barreto de Souza

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/61-70

CAPÍTULO 5 71

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM PÉ DIABÉTICO PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE

José Lucas Abreu Nascimento

Alisson Cosme Andrade De Sá

Glenda Suellen Matos Cruz

Larissa Helen Araújo Farias

Tauane Araújo Ramos Rangel

Carlos Carvalho Da Silva

Randson Souza Rosa

Frank Evilácio De Oliveira Guimaraes

Bruno Gonçalves De Oliveira

Eliane Dos Santos Bomfim

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/71-80

CAPÍTULO 6 81

FATORES ASSOCIADOS AO RISCO CARDIOVASCULAR EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DE SI

Randson Souza Rosa

Delmo de Carvalho Alencar

Cristian Lucas dos Santos Bezerra

Geisa Silva Novais

Sávio Luiz Ferreira Moreira

Emille Santos Souza

Vinicius Santos Barros

Bruno Gonçalves de Oliveira

Eliane dos Santos Bomfim

Isleide Santana Cardoso Santos

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/81-91

CAPÍTULO 7 92

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA DE UM BOMBEIRO MILITAR

Bruno Gonçalves De Oliveira

Eliane Dos Santos Bomfim

Randson Souza Rosa

Frank Evilácio De Oliveira Guimaraes

José Lucas Abreu Nascimento

Alisson Cosme Andrade De Sá

Glenda Suellen Matos Cruz

Larissa Helen Araújo Farias

Tauane Araújo Ramos Rangel

Rita Narriman Silva De Oliveira Boery

Eduardo Nagib Boery

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/92-103

CAPÍTULO 8 104

PREVALÊNCIA DE FATORES PREDITORES AO ESTRESSE OCUPACIONAL E A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

Danielle Eleine Leite Fagundes

Randson Souza Rosa

Ione Fogaça De Santana

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Gustavo Teixeira Nascimento

Darlyane Antunes Macedo

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/104-122

CAPÍTULO 9 123

FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Geisa Silva Novais

Lívia Magalhães Costa Castro

Osvaldo Ramos da Silva Neto

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

Thamirys Freitas Nolasco

Venicius de Araújo Ramos

Lenilson Prates da Silva

Ézio Junio Gonçalves Nunes

Raysa Messias Barreto de Souza

Randson Souza Rosa

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/123-135

CAPÍTULO 10 136

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Tauane Araújo Ramos Rangel

Nívea De Santana Ferreira_

Alisson Cosme Andrade De Sá

Glenda Suellen Matos Cruz

Larissa Helen Araújo Farias

José Lucas Abreu Nascimento

Carlos Carvalho Da Silva

Randson Souza Rosa

Frank Evilácio De Oliveira Guimaraes

Bruno Gonçalves De Oliveira

Eliane Dos Santos Bomfim

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/136-145

CAPÍTULO 11 146

IMPACTOS DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA NA SAÚDE DOS CUIDADORES FAMILIARES

Libny Da Silva Rocha

Randson Souza Rosa

Tarcisio Pereira Guedes

Sávio Luiz Ferreira Moreira

Diego Pires Cruz

Jefferson Meira Pires

Bruno Gonçalves de Oliveira

Eliane dos Santos Bomfim

Juliana Graziela dos santos Vieira

Gustavo Teixeira Nascimento

André Santos Freitas

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/146-156

CAPÍTULO 12 157

ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA POR CORRENTE CONTÍNUA (ETCC) E EFEITOS TERAPÊUTICOS NO TDAH: PERSPECTIVAS FUTURAS

Jefferson Meira Pires

Ingred Cristina Silva Cavalcante

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/157-170

CAPÍTULO 13 171

FATORES ASSOCIADOS À INSERÇÃO DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Isabela Morgana Muniz Cordeiro

Randson Souza Rosa

Delmo de Carvalho Alencar

Naisla Santos Souza

Ione Fogaça De Santana

Sávio Luiz Ferreira Moreira

Gustavo Teixeira Nascimento

Bruno Gonçalves de Oliveira

Eliane dos Santos Bomfim

Juliana Graziela dos santos Vieira

André Santos Freitas

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/171-182

CAPÍTULO 14 183

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Girlane dos Santos Silva

Randson Souza Rosa

Naisla Santos Souza

Delmo de Carvalho Alencar

Bruno Gonçalves de Oliveira

Eliane dos Santos Bomfim

Cristian Lucas dos Santos Bezerra

Diego Pires Cruz

Ione Fogaça De Santana

Juliana Graziela dos santos Vieira

André Santos Freitas

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/183-193

CAPÍTULO 15 194

INTERCORRÊNCIAS APRESENTADAS POR INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Ana Crispina de Jesus Figueiredo

Randson Souza Rosa

Geisa Silva Novais

Raysa Messias Barreto de Souza

Vinicius Santos Barros

Sávio Luiz Ferreira Moreira

Emille Santos Souza

Cristian Lucas dos Santos Bezerra

Naisla Santos Souza

André Santos Freitas

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/194-205

CAPÍTULO 16 206

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE E ANOS POTENCIAIS DE VIDAS PERDIDOS POR DOENÇAS NEOPLÁSICAS MALIGNAS NO MUNICÍPIO DE CAETITÉ/BAHIA

Raysa Messias Barreto de Souza

Patrícia Maria Mitsuka

Leonardo Tadeu Vieira

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

Geisa Silva Novais

Thamirys Freitas Nolasco

Lenilson Prates da Silva

Ézio Junio Gonçalves Nunes

Randson Souza Rosa

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/206-219

CAPÍTULO 17 220

CUIDADOS PALIATIVOS X TERAPIA INTENSIVA: UM PARADIGMA A SER DESMISTIFICADO

Thamirys Freitas Nolasco

Venicius de Araújo Ramos

Lenilson Prates da Silva

Ézio Junio Gonçalves Nunes

Geisa Silva Novais

Raysa Messias Barreto de Souza

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/220-230

CAPÍTULO 18 231

PERFIL DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NA MICRORREGIÃO DE UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE BAIANO

Geisa Silva Novais

Randson Souza Rosa

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

Raysa Messias Barreto de Souza

Thamirys Freitas Nolasco

Venicius de Araújo Ramos

Lenilson Prates da Silva

Ézio Junio Gonçalves Nunes

Darlyane Antunes Macedo

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/231-244

CAPÍTULO 19 245

O ENFERMEIRO GESTOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Natalia Silva Dos Santos

Randson Souza Rosa

Vinicius Santos Barros

Sávio Luiz Ferreira Moreira

Cristian Lucas dos Santos Bezerra

Stephanie de Souza Alcantara

Bruno Gonçalves de Oliveira

Eliane dos Santos Bomfim

Delmo de Carvalho Alencar

André Santos Freitas

Cassia Menaia França Carvalho Pitangueira

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/245-254

CAPÍTULO 20 255

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SISTEMA PENAL BRASILEIRO

Eduardo Carvalho Teles

Randson Souza Rosa

Vinicius Santos Barros

Maísa Mônica Flores Martins

Cristian Lucas dos Santos Bezerra

Tarcisio Pereira Guedes

Bruno Gonçalves de Oliveira

Eliane dos Santos Bomfim

Delmo de Carvalho Alencar

André Santos Freitas

Cassia Menaia França Carvalho Pitangueira

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães

DOI: 10.47094/978-65-5854-735-8/255-263

CAPÍTULO 1

TECNOLOGIA DO CUIDADO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADULTOS COM SÍNDROME METABÓLICA

Isleide Santana Cardoso Santos[1];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7661431059436863

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery[2];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2634593418368008

Edison Vitório de Souza Júnior[3];

Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, São Paulo.

http://lattes.cnpq.br/0213800332156800

Randson Souza Rosa[4];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Andréa dos Santos Souza[5];

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1589242672754044

Wilkslam Alves de Araújo[6];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0923599851821589

Icaro José Santos Ribeiro[7];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1761358150702437

Roseanne Montargil Rocha[8];

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/8084297326292440

Josicelia Dumet Fernandes[9].

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/6915142057548779

RESUMO: A síndrome metabólica é uma alteração fisiopatológica que vem crescendo mundialmente, principalmente em países em desenvolvimento, sua alta prevalência tem acometido pessoas nos mais diversos fases da vida, sobretudo, entre os adultos, sendo considerada como fatores predisponente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Assim, o objetivo do estudo foi descrever a realização de uma tecnologia do cuidado em Educação em Saúde para adultos com síndrome metabólica e compartilhar a experiência de realização de oficinas coordenada pela enfermagem com participação de multiprofissionais. Foi realizado um relato de experiência, de cunho descritivo-exploratório de oficinas de educação em saúde realizadas entre abril e outubro de 2019, a equipe de enfermagem acompanhou um grupo de 31 adultos com síndrome metabólica numa unidade básica, sendo desenvolvidas sete oficinas com atividades cuidativas e educativas com a participação de diversos profissionais, com tecnologia leve de Mehry. Onde resultou nos temas das oficinas: conceito, critérios, tratamento da síndrome metabólica, estresse/ansiedade; hábitos alimentares; sedentarismo/atividade física; obesidade, dislipidemia; medicações; praticas integrativas complementares; espiritualidade e saúde, resultando em aprendizagem sobre síndrome metabólica e troca de experiências entre profissionais e participantes. Pode-se concluir que a tecnologia do cuidado foi de fácil acesso, sendo capaz de construir um modelo de cuidado intervencionista, através do projeto cuidar-educando com os usuários e não, simplesmente, para os usuários. Neste projeto, a aprendizagem tornou-se uma dimensão cuidadora.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Síndrome Metabólica. Fatores de Risco.

TECHNOLOGY OF CARE IN HEALTH EDUCATION FOR ADULTS WITH METABOLIC SYNDROME

ABSTRACT: Metabolic syndrome is a pathophysiological change that has been growing worldwide, especially in developing countries, its high prevalence has affected people in the most diverse stages of life, especially among adults, being considered as predisposing factors for the development of cardiovascular diseases. Thus, the objective of the study was to describe the implementation of a care technology in Health Education for adults with metabolic syndrome and to share the experience of conducting workshops coordinated by nursing with the participation of multiprofessionals. An experience report was carried out, with a descriptive-exploratory nature of health education workshops held between April and October 2019, the nursing team followed a group of 31 adults with metabolic syndrome in a basic unit, with seven workshops being developed with care activities and educational with the participation of several professionals, with light Mehry technology. Which resulted in the themes of the workshops: concept, criteria, treatment of metabolic syndrome, stress/anxiety; eating habits; sedentary lifestyle/physical activity; obesity, dyslipidemia; medications; complementary integrative practices; spirituality and health, resulting in learning about

metabolic syndrome and exchange of experiences between professionals and participants. It can be concluded that the technology of care was easily accessible, being able to build a model of interventionist care, through the care-educating project with users and not simply for users. In this project, learning became a caring dimension.

KEY-WORDS: Nursing. Metabolic syndrome. Risk factors.

INTRODUÇÃO

A SM é um complexo de anormalidades metabólicas que aumenta o risco de doenças cardiovasculares e diabetes do tipo 2, caracteriza-se pela resistência à insulina, obesidade abdominal, hipertensão, hipertrigliceridemia, baixos níveis de HDL colesterol e intolerância à glicose. É também chamada de síndrome X e síndrome de resistência à insulina. (PAI, MEENAKSHI, 2019). A prevalência da SM depende da população estudada e da definição adotada embora considerada uma epidemia mundial que afeta 20 a 25% da população adulta do planeta. (PINHO ET AL., 2014; PAI, MEENAKSHI, 2019).

Nos Estados Unidos a prevalência de SM foi de 34,7% em 2011-2012, definida pelo critério harmonizado, o qual sintetiza outros critérios de classificação elaborados por diferentes organizações para definição desta condição. Já no Brasil, sua ocorrência está entre 18 e 30% depende da região, sendo mais evidente sua ocorrência em faixa etária mais elevada 53,7%, em estudo com adultos com mais de 40 anos (BORTOLETTO et al.,2016) e quando avaliam-se grupos de indivíduos com uma determinada doença, como DM (46,3%). (LIRA NETO et al., 2018), HAS (66%). (CATHARINA et al., 2018) e obesidade (81,43%). (PINHO ET AL.2014); não sendo encontrados diferenças entre os grupos quanto à idade, raça e gênero. (BORTOLETTO et al., 2014; PINHO et al., 2014; CATHARINA et al., 2018; LIRA NETO et al., 2018).

Em consonância com o National Cholesterol Education Program (NCEP), os critérios para a SM, que foram usados nesse estudo, são cinco, a saber: obesidade central; altos níveis de triglicerídeos (TGL); baixos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL); elevação da pressão arterial (PA) e intolerância à glicose ou diabetes mellitus tipo II (DM II) previamente diagnosticado. Quaisquer três critérios dos mencionados são diagnósticos de SM. Entretanto, a SM começa com obesidade central associada a um significativo aumento do risco das DCV e DM II nos adultos. (FERREIRA, 2016).

Adulto corresponde à fase de transição no ciclo vital entre a adolescência e a velhice, trazendo consigo suas peculiaridades como ser biológico, psicológico, social, cultural e político. No Brasil está nessa fase à pessoa que tem entre 19 e 59 anos de idade. (BRETAS, GAMBA, 2006). A adultez representa uma fase importante na vida de uma pessoa, pois essa etapa é marcada por diversas conquistas e papeis sociais. Ser adulto é uma construção sociocultural que passa por rituais e assumi novas responsabilidades: empregabilidade, família, cultura e aprendizagem. (SANTOS, ANTUNES, 2007). Na busca frenética pelo

sucesso profissional, pessoal e financeiro o adulto torna-se vulnerável a comportamento de risco para a síndrome metabólica (SM), sobretudo afetando seus hábitos alimentares, baixo gasto energético, prática de atividade física, excesso de peso e ansiedade os quais influenciam diretamente no processo de adoecimento. (MOURA et al., 2017).

Desta forma, adulto corresponde à fase de transição no ciclo vital entre a adolescência e a velhice, trazendo consigo suas peculiaridades como ser biológico, psicológico, social, cultural e político. No Brasil está nessa fase à pessoa que tem entre 19 e 59 anos de idade. (BRETAS, GAMBA, 2006). Nesse contexto as pesquisas evidenciam que programas para mudança no estilo de vida incluindo orientação nutricional e práticas supervisionadas de exercícios físicos foram eficientes para o cumprimento dos objetivos propostos no tratamento da SM. (SABOYA, 2017).

Destarte, a enfermagem tem na ação educativa um de seus eixos norteadores cuja principal estratégia é a educação em saúde. Para tanto é essencial que o enfermeiro desenvolva estratégias inovadoras para o cuidar-educando de pessoas adultas com SM. Portanto, é necessário ter entendimento sobre o ser adulto, a saúde, a SM e como educar/motivar adultos com predisposição ou diagnosticado, para mudanças de hábito. Entretanto, poucos estudos desenvolvem intervenções educativas para pessoas adultas com SM e descrevem os principais aspectos da intervenção (RAMIRES et al., 2013; SABOYA, 2017).

Essas intervenções educativas se constituem em uma tecnologia do cuidado e são caracterizadas por ter um planejamento, desenvolvimento e avaliação do processo, tendo um objetivo definido, método apropriado, estrutura física e material, parcerias com profissionais e serviços.

Considerando, então, os fatores de risco e as alterações metabólicas componentes da síndrome metabólica para delinear as possibilidades de contribuição na construção de projetos terapêuticos efetivos e acessíveis ao público-alvo, este estudo tem como objetivo geral: descrever a realização de uma tecnologia leve do cuidado em Educação em Saúde para adultos com síndrome metabólica.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo-exploratório, parte de uma tese de doutorado que buscou investigar a repercussão da tecnologia do cuidado em educação em saúde oferecida a um grupo de adultos, usuários do SUS, com vistas à melhorar a qualidade de vida desses adultos com SM.

A finalidade foi realizar uma tecnologia do cuidado, por meio de um projeto de intervenção em educação em saúde, em grupo, para pessoas adultas com SM, através de 07 oficinas, conduzidas pelo referencial teórico de Paulo Freire (2010) e tecnologia leve de Cuidado Emerson Mehry (2004). Na teoria educacional Freireana o diálogo é estabelecido entre o facilitador (o profissional) e os educandos (grupo populacional a quem se destina),

considerando a inserção do contexto de vida destes últimos no processo educacional. A partir das dificuldades do cotidiano percebidas pelos educandos são estabelecidas discussões que possam clarear a situação em busca de soluções.

Desse modo, esse diálogo coletivo estimula a aprendizagem a partir da identificação de uma situação-problema, comum ao grupo, a qual é analisada criticamente durante as ações educativas, oferecendo oportunidade para conscientização e transformação dessa realidade. Daí, virão os temas significativos a serem abordados no processo educativo, permitindo, dessa forma, a participação efetiva dos educandos, de forma crítica. Na sequência, os educandos são estimulados a projetarem soluções reais, capazes de modificar a sua realidade. Essas soluções podem ser levantadas durante a socialização de experiências entre as pessoas de um mesmo grupo - que compartilham enfrentamentos semelhantes e saberes diversificados - ou com os profissionais de saúde. Assim, o educando alcança a sua autonomia e empoderamento para a transformação de seu contexto, de um ponto de vista libertador. (FREIRE, 2010).

Esta forma de educação popular em saúde permite a troca de saberes e a construção de um novo saber, arraigado na conscientização do seu papel social, o que favorece a autonomia dos cuidadores que, por conseguinte, se tornam livres para escolher e mudar a sua realidade. Essa proposta educacional baseada na proposta freireana, facilita o diálogo, valoriza a intersubjetividade e cria vínculo entre os envolvidos. (FREIRE, 2010; SILVA, 2019).

Assim sendo, inicialmente, foi feito um levantamento dos dados sóciodemograficos dos adultos que são acompanhados no serviço de nutrição, hipertensão e diabetes de um Centro de Saúde do município de Jequié-BA/Brasil. Detectados 108 adultos e depois de aplicados os critérios de elegibilidade, 80 adultos foram para a segunda etapa do processo, os quais foram divididos em dois grupos: o grupo controle (GC) e o grupo intervenção denominado: Cuidar Educando na Síndrome Metabólica (G-CESM), inicialmente, com 40 participantes em cada, não sendo necessário sorteio para a formação dos grupos. No GC 10 foram descartados, e no G-CESM 9 descartados porque tiveram frequência menor que 50% nas oficinas. Os indivíduos continuaram com as consultas de rotinas e apenas os do grupo intervenção participaram da tecnologia do cuidado, em forma de oficinas educativas. Os critérios para inclusão: ter mais 18 anos, aceitar e ter disponibilidade participar das ações educativas, ter os critérios da SM segundo a NCEP/ATPIII. (FERREIRA, 2016; RODRIGUES et al, 2018). Critérios de exclusão: Diabetes tipo I, estar gestante, ter mais de 60 anos.

Destarte, a tecnologia do cuidado em educação em saúde constou de três importantes fases: 1) Planejamento 2) Execução 3) Avaliação. Na fase de Planejamento foram feitos os contatos com todos os envolvidos, reserva do auditório, detecção do problema a ser trabalhado. A definição dos temas e profissionais responsáveis, convite e confirmação dos profissionais responsáveis, disponibilidade do laboratório de análises clínicas, articulação

do grupo de apoio para as atividades locais, contato com todos os possíveis participantes.

Na etapa de planejamento das oficinas foi considerada a articulação entre conteúdo, objetivos, metodologia a ser desenvolvida e o perfil dos adultos participantes, conforme modelo no quadro 1 (GAMA, 2015).

ETAPAS DOS PLANOS DE AÇÃO

Ações de Enfermagem antes de cada oficina do grupo: acolhimento aos participantes, aferição de PA, mensuração da circunferência abdominal, peso, altura e IMC, verificação da glicemia, registro dos dados em folder criado pela equipe e entregas aos adultos. Encaminhamentos, quando identificado hiperglicemia e ou crise hipertensiva ou outra necessidade de saúde. O Enfermeiro coordenador explicava sobre a oficina: uma música para relaxar, uma oração, e a participação dos especialistas convidados depois um lanche saudável (frutas, salada de frutas, gelatina light, chás, biscoitos integrais).

A seguir, no Quadro 1, a demonstração do Plano de Ação nº 1, para que se tenha um modelo de como os outros foram feitos.

Quadro 1: Plano de ação da oficina 1 – Desconhecimento sobre conceito, critérios e terapêutica na síndrome metabólica, ansiedade e estresse correlacionados a SM. Jequié/BA/Brasil, 2019.

ETAPAS DO PLANO	CARACTERÍSTICA
PROBLEMA	Desconhecimento do conceito, critérios e tratamento da síndrome metabólica, ansiedade e estresse correlacionados a doença.
PARTICIPANTES	Adultos com síndrome metabólica que aceitaram participar do grupo Cuidar Educando.
TEMA	Conhecendo o conceito, critérios e terapêutica na síndrome metabólica com uso de Banner.
DATA	26 de Abril de 2019
HORÁRIO	09h00min às 10h30min
LOCAL (Onde)	Auditório de Reuniões do Centro de Saúde Júlia Magalhães
OBJETIVOS **(O que fazer)**	Conhecer conceito, critérios e terapêutica na síndrome metabólica; Identificar as situações de vida que levaram a ansiedade e ou estresse e relacionar com a síndrome metabólica; Facilitar à adesão dos adultos a participação nas oficinas de Enfermagem e educação em saúde para adultos com síndrome metabólica, como terapêutica para redução da ansiedade e estresse.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS (Como fazer)	**Atividade 01. Apresentação da oficina – 05 min** Foi explicado pelo Enfermeiro coordenador como se realizará a oficina: uma música instrumental, uma oração universal. **Atividade 02. Apresentação pelo enfermeiro sobre a temática síndrome metabólica - 05 min** O que é SM? Quais os critérios de classificação? **Atividade 03. Dialogo com especialista – 40 min** Apresentação de aula expositiva dialogada e discussão com a psicóloga sobre o tema. **Atividade 04. Aplicação do pós-teste – 15 min** Aplicação e apresentação do círculo da vida relacionado os fatores estressores com a síndrome metabólica. **Atividade 05. Lanche saudável - 10 min** Frutas, chá e biscoito integral. **Encerramento – 15 min (avaliação)** Entrega do círculo da vida de cada participante.
RECURSOS (Com que fazer)	Apresentação com Banner Apresentação com Datashow e simulação com cada participante utilizando uma folha com desenho do circulo da vida.
AVALIAÇÃO	Todos os participantes fizeram leitura dos domínios do círculo da vida. Relato dos adultos sobre cada domínio da sua vida: pessoal, relacionamentos, profissional, Qualidade de vida Como transcorreu a atividade, levantando os entraves, as facilidades e principalmente as conquistas e aprendizagens obtidas. Forma utilizada para avaliar a ação desenvolvida, atentando-se para os objetivos estabelecidos. Pode ser através de jogo, gincanas, perguntas, relatos dos participantes, observação e registro da participação, dentre outros.
REFERÊNCIAS	Wallig Brusius Ludwig, Martha, Bortolon, Catherine, Bortolini, Marcela, Feoli, Ana Maria, Macagnan, Fabrício Edler, Silva Silva, Margareth. Ansiedade, depressão e estresse em pacientes com síndrome metabólica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 2012, 64 (1),31-46. ISSN:0100-8692. Disponível em: **http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100004** Lipp, M. E. N. (2000). Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo. Aplicação da roda da vida https://www.sbcoaching.com.br/blog/roda-da-vida/ Ribeiro, Renato. Aplicação da roda da vida https://comunidade.rockcontent.com/roda-da-vida

A fase de Execução que consiste na operacionalização propriamente dita da tecnologia do cuidado, em forma de oficina, será descrita a seguir.

Operacionalização da tecnologia do cuidado em educação em saúde

No dia da primeira reunião do grupo para participação nas oficinas do projeto de enfermagem educação em saúde, os adultos receberam crachá e camisa, personalizados. Todos, após dinâmica de apresentação, foram convidados a responder a seguinte pergunta: qual a sua dificuldade no enfrentamento dos seus problemas de saúde?

Nesta fase, esta questão foi considerada o teste para as abordagens temáticas de investigação proposta por Freire (2010) a serem desenvolvidas nas atividades educativas. Então, nos relatos dos participantes as dificuldades que se destacaram: desconhecimento sobre a doença, dificuldade em adotar dieta saudável, em “fechar a boca”, em retirar o jantar e a farinha, ter alimentação irregular, não conseguir reduzir o peso corporal, ansiedade, insônia, falta de ânimo para realizar exercício físico, caminhada, medicação que engorda e uso irregular das medicações, e dores musculares, provavelmente, devido a vícios de postura.

Neste estudo, a tecnologia do cuidado em educação em saúde foi desenvolvida em forma de 7 oficinas, com diferentes temáticas, focadas na abordagem direta ao grupo de adultos com SM, nas quais foram empregadas diferentes estratégias, a exemplo de debates temáticos, discussão e diálogo em torno do tema (Freire, 2010) com especialista, apresentação e exposição de vídeos educativos, relato de experiência, comunicação pelo WhatsApp e ações de cuidados (antes de começar as atividades de grupo). Descreveremos as 07 oficinas, realizadas no período de abril a setembro/2019, ressaltando-se que as atividades da primeira oficina foram para apresentação do projeto e diagnóstico de problemas levantados pelos participantes. As oficinas foram realizadas em espaço apropriado (auditório do próprio Centro de Saúde, com estrutura adequada, de espaço, acomodação, climatização, etc). A tecnologia do cuidado em educação em saúde, em forma de oficinas, ocorreu com os temas contemplando, desse modo, as expectativas dos educandos (adultos):

Oficina 1: Nessa oficina iniciou com a apresentação da equipe do projeto e dos participantes, na sequencia abordagem da enfermeira pesquisadora sobre o tema: Síndrome metabólica com o objetivo de esclarecer aos participantes sobre a SM e suas implicações. Além disso, foi um momento em que os adultos puderam apresentar suas dificuldades com relação à dieta, atividade física, uso de medicações, e dividir com o grupo as suas dúvidas e ansiedades, as temáticas de interesse do grupo . Foi realizada uma atividade de relaxamento conduzida pelo enfermeiro coordenador com música instrumental: Love store de R. Clayderman e confraternização com lanche saudável. A psicóloga fez uma dinâmica com o círculo da vida: Relato dos adultos sobre cada domínio da sua vida: pessoal, relacionamentos, profissional e dialogou sobre “ansiedade e estresse como fator

de risco para a SM".

Oficina 2: Um prato ideal, hábitos alimentares, dicas de alimentação saudável e sugestão de cardápio, também, impresso, entregue aos participantes e encaminhado pelo grupo do WhatsApp.). O enfermeiro coordenador das oficinas fez uma abordagem sobre a SM e fatores de risco e a nutricionista fez a apresentação sobre o seu tema específico. Atividade de relaxamento com música instrumental: D.Reviere ao piano de P. Barton;

Oficina 3: "Diferença entre o exercício físico e a atividade física e as motivações para realizá-los". O enfermeiro coordenador das oficinas fez uma abordagem sobre sedentarismo e SM e o professor de educação física dialogou sobre o tema do dia. Orientou alguns exercícios de propriocepção que fortalecem a musculatura e estimulam o equilíbrio; Atividade de dança livre com música de forró no acordeon (instrumental apenas). O enfermeiro explicou que a dança é uma atividade física lúdica, entretanto aqueles que não quiseram dançar por motivo religioso foi respeitado.

Oficina 4: Práticas integrativas complementares. A enfermeira em formação e bolsista em Iniciação Científica (IC), que coordenou esta oficina, fez uma abordagem sobre obesidade e SM e a enfermeira, doutora, docente trabalhou o tema do dia, utilizando várias dinâmicas e danças: dança de roda, uso da dinâmica "a pérola e a ostra", com a qual os participantes puderam externar suas angústias e alegrias, principalmente, o valor dessas oficinas na melhoria de sua qualidade de vida. Uso da música trem bala (Ana Vilela) e outras, cantadas por todos e conduzida por uma enfermeira do projeto.

Oficina 5: "Ergonomia". O enfermeiro, coordenador das oficinas, fez uma preleção sobre tabagismo e etilismo relacionando com SM e o fisioterapeuta fez a abordagem sobre o tema específico. Demonstrou alguns vícios de postura prejudiciais à saúde, bem como a importância dos alongamentos e cuidados com a postura. Nessa oficina foram realizadas atividades ergonômicas pelo fisioterapeuta, considerando as demandas do grupo com participação dos adultos. E foi utilizado a música "Como uma onda no mar" de Lulu Santos, conduzida pelo enfermeiro.

Oficina 6: "Cuidados nas medicações para os componentes da SM". O enfermeiro, coordenador das oficinas, fez uma abordagem sobre a SM e as professoras, farmacêutica, com o apoio de uma estudante de graduação em farmácia, fizeram abordagem sobre medicamentos e chás usados para os componentes da SM e as interações entre medicamentos entre si, com chás e alimentos. Muitos relatos de uso de fitoterápicos pelos participantes e discussões sobre quando e como usar, bem como as interações entre os medicamentos e as plantas e riscos hepáticos.

Oficina 7: "Espiritualidade e as doenças cardiovasculares". O enfermeiro, coordenador das oficinas, fez uma revisão sobre hábitos alimentares, obesidade, gordura no sangue e SM, passando, em seguida, a palavra para o docente, médico cardiologista, que fez a abordagem sobre a temática em questão.

Participaram, de forma habitual, a doutoranda e responsável pelo projeto; uma enfermeira, doutora, um enfermeiro, mestre, que manifestou interesse em acompanhar a intervenção, por trabalhar com a SM, ao qual foi dada a coordenação das oficinas; a bolsista titular de Iniciação Científica (IC); bolsistas (IC) voluntários; profissionais do serviço, psicóloga, nutricionista e enfermeira do serviço de Diabetes e Hipertensão.

Desse modo, no agendamento do primeiro dia para a realização da intervenção operacionalizou-se a oficina 1 e, ao término da mesma, foi criado um grupo de WhatsApp para envio de mensagem e convite para as oficinas seguintes. Decorrido quinze dias do primeiro agendamento da intervenção foi operacionalizada a oficina 2. Para cada oficina foi elaborado um plano de ação e convidado um especialista no tema.

A avaliação era realizada ao final de cada oficina com os relatos dos participantes sobre a temática: as dificuldades e as facilidades no enfrentamento da mudança quanto a dieta, atividade física, uso das medicações, a importância da espiritualidade, relataram a importância do grupo para enfrentamento das perdas de entes queridos, prevenção da depressão e como a convivência em grupo ajuda na troca de experiências e aprendizado sobre a doença bem como formas de enfrentamento. Ressaltaram como muito valoroso o cuidar e educar coletivamente de forma lúdica e prazerosa que favoreceu a melhoria da qualidade de vida.

As oficinas aconteceram a cada 30 dias, respeitando-se, apenas, os feriados, festas juninas. Nos intervalos das oficinas, era feito o atendimento dos adultos, de forma habitual nos serviços de HiperDia e nutrição. O projeto sendo o desenvolvimento de uma tese de doutorado foi realizado em etapas na primeira foram aplicados instrumentos de coleta de dados, avaliação antropométrica e laboratorial antes e após a realização das oficinas desse programa educativo, para posterior publicação em artigos da tese. Vale salientar que antes de cada oficina os participantes eram cuidados individualmente pela equipe de enfermagem que mensurava a pressão arterial, o peso, o índice de massa corporal, a circunferência abdominal e glicemia, e dava orientações quanto ao controle glicêmico, da pressão, peso e a procurar especialistas quando fosse necessário.

O Plano de Ação é o planejamento de todas as ações necessárias para atingir um resultado desejado. É um momento importante para que o grupo possa identificar e relacionar as atividades prioritárias para a ação tendo em vista os resultados esperados, bem como, compor elementos que justifiquem a realização da ação. Um bom plano de ação deve deixar claro tudo o que deverá ser feito, como e quando, para o cumprimento de seus objetivos e metas. (GAMA, MUSSI, 2015).

Quanto maior a quantidade de ações e pessoas envolvidas, mais necessário e importante ter um plano de ação. Quanto melhor o plano de ação, maior a garantia de atingir o objetivo. Ressalta-se que os planos de ação deste estudo foram elaborados considerando as demandas e avaliações dos participantes, observadas durante a fase de recrutamento e o cenário em que estão envolvidos. Sabe-se que quanto maior o envolvimento dos

responsáveis por sua execução, maior a garantia de se atingir os resultados esperados. Outro recurso utilizado na pesquisa foi o whatsapp.

A comunicação através da ferramenta do Whatsapp mostrou-se muito útil e facilitadora da comunicação entre os participantes do grupo e equipe de pesquisadores. Embora o sistema aberto trouxesse alguns inconvenientes como: compartilhamento de *fakenews,* algumas indisposições entre os participantes e críticas sobre a falta de áudio para os analfabetos funcionais. Para resolver esses problemas foram criados os áudios e propõe-se que o grupo tenha apenas um administrador e só este possa postar as convocatórias e mensagens. Quanto à comunicação por ligações telefônicas são úteis embora custo operacional seja elevado porque precisa de tempo da equipe, pois o celular, aparelho mais utilizado, pode estar descarregado, fora de área de cobertura, tornando o contato com os participantes desgastante para a equipe.

Percebeu-se que as atividades desenvolvidas nas oficinas em grupo permitiram não apenas recomendações de aumento de atividade física, dieta e uso dos fármacos, mas promovendo o desenvolvimento pessoal, social disseminando informações e estimulando o diálogo. Assim, ampliando o conhecimento sobre a doença, o suporte social e afetivo através do vínculo com os profissionais e entre os participantes.

Constatou-se, nesta Intervenção, que a atividade educativa dialógica contribui para o pensamento reflexivo, critico e criativo do grupo, apresentando-se como estratégia de intervenção para o enfermeiro que trabalha na perspectiva de emancipação de seus clientes (BEZERRA et al., 2014).

DISCUSSÃO

Tendo em vista o contexto nacional e mundial de adoecimento pelas doenças crônicas não transmissíveis nos adultos, em destaque a SM as autoras entendem que a educação em saúde, principalmente em atividade de grupo redireciona o cuidado de enfermagem para a perspectiva preventiva, ainda que a nível secundário, saindo do modelo curativo com investimento preconizado pelo Sistema único de Saúde (SUS), centrado na ciência, tecnologia e inovação em enfermagem. Ressaltando-se ainda a necessidade de atender o indivíduo na integralidade, com enfoque na prevenção, promoção e reabilitação da saúde. (SANTOS et al. 2018).

Portanto, produzir conhecimento sobre a enfermagem e educação em saúde do adulto perpassa em discutir aspectos políticos o que torna a ciência da enfermagem desafiadora pelas várias dimensões social, política, econômica, ética e ecológica. Todas essas dimensões interferem na saúde e na qualidade de vida do adulto visto que é nessa fase do ciclo vital que o ser humano produz e reproduz, é força de produção da família e do país, sofre com as pressões impostas pelas diversas formas de violências urbanas, favorecendo o adoecimento e diminuindo a qualidade de vida.

No cenário brasileiro as políticas de Saúde do adulto têm trazido nos seus textos preocupações pertinentes, entretanto ainda há muito a se concretizar. Na Politica Nacional de Promoção da Saúde, traz como temas prioritários alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento do tabagismo, álcool e outras drogas. Todos os temas concorrem para controle da SM em pessoas adultas e para alcance dos objetivos estabelecidos no artigo 9º dos eixos operacionais entendidos como estratégias para concretizar as ações no inciso VI traz que o ensino aprendizagem devem ser sustentados em processos pedagógicos dialógicos, libertadores e críticos. (BRASIL, 2018), portanto, a educação em saúde de adultos com SM proposta nesse estudo coaduna com a legislação vigente e com a teoria Freireana.

Embora a prevalência de 88% das pessoas adultas com SM demonstra claramente a necessidade de projetos educativos em saúde para esse grupo populacional. Faz-se necessário esclarecer que as 108 pessoas do *baseline* do estudo têm agravos de base como obesidade, diabetes e hipertensão, sendo, portanto, um fator limitante do estudo que não pode ser generalizado para população em geral.

Ainda assim, disponibiliza-se à comunidade científica uma ferramenta para o controle de agravos crônicos à saúde. Sugere-se que as etapas do projeto sejam reaplicadas e avaliadas, em diversos serviços de saúde, como estratégia para o conhecimento sobre a síndrome metabólica e para modificar o perfil epidemiológico, diminuindo as taxas de mortalidade pelos agravos complicações da síndrome através de uma tecnologia leve de cuidado.

A limitação do estudo está associada com sua restrição à realidade de uma unidade de saúde, as condições em que foi realizado e a pouca produção científica relatando casos semelhantes em outros locais para traçar um comparativo e discussões propositivas. As replicações do mesmo em outras realidades poderão aprofundar a análise aqui desenvolvida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, ao se criar espaços dinâmicos de educação em saúde, coletivos, onde os adultos expõem os desconfortos presentes no cotidiano familiar, profissional e nosológico, especialmente, das alterações provocadas pela SM, se oportuniza no decorrer das oficinas, a exposição de experiências vividas e, portanto, se cria um espaço motivacional para as mudanças necessárias à melhoria da saúde e da Qualidade de Vida.

Como processo pedagógico, coordenado pela equipe de enfermagem e com a participação de profissionais de saúde e dos usuários dos serviços demonstra-se uma tecnologia do cuidado de fácil acesso, capaz de construir um modelo de cuidado intervencionista, através do projeto cuidar-educando com os usuários e não, simplesmente, para os usuários. Neste projeto, a aprendizagem tornou-se uma dimensão cuidadora.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERENCIAS

BEZERRA, I.M.P. et al. O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Journal of Human Growth and Development** , v. 24, n.3, p.255-262, 2014

BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay et al. Síndrome metabólica em estudos com adultos brasileiros: uma revisão sistemática. **Espaç Saúde**, v. 15, n. 4, p. 86-98, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p. : il. ISBN 978-85-334-2670-2

BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, SP: Manole, 2006

CATHARINA, Arthur Santa et al. Características relacionadas à síndrome metabólica em indivíduos com hipertensão controlada e hipertensão resistente. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, p. 514-521, 2018.

FERREIRA, Maria Elizabeth. Síndrome metabólica e doenças cardiovasculares: do conceito ao tratamento. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 45, n. 4, p. 95-109, 2016.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

GAMA, G G.G. **Efetividade de um projeto de educação em saúde para homens hipertensos /** Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Carneiro Mussi. Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015. Salvador, 2015.

LIRA NETO, José Cláudio Garcia et al. Prevalência da síndrome metabólica e de seus componentes em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.27, n.3, p.e3900016,2018.

MERHY, E. E. *O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde***.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MOURA, Ionara Holanda de et al. Construction and validation of educational materials for the prevention of metabolic syndrome in adolescents1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25,p. e2934, 2017.

PAI, N N.; MEENAKSHI, G. **Clinical Epidemiology and Global**. 2019 Health, https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.06.003

PINHO, Priscila Matos de et al. Síndrome metabólica e sua relação com escores de risco cardiovascular em adultos com doenças crônicas não transmissíveis. **Rev Soc Bras Clín Méd**, v. 12, n. 1, p. 22-30, 2014.

RAMIRES, Elyssia Karine Nunes Mendonça et al. Prevalência e fatores associados com a Síndrome Metabólica na população adulta brasileira: pesquisa nacional de saúde-2013. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, p. 455-466, 2018.

RODRIGUES, Mayzza Campina et al. Avaliação de fatores de risco para síndrome metabólica em grupo de funcionários de uma Escola Pública. **Saúde em Revista**, v. 17, n. 47, p. 11-22, 2018.

SABOYA, Patrícia Pozas et al. Lifestyle intervention on metabolic syndrome and its impact on quality of life: a randomized controlled trial. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 108, p. 60-69, 2016.

SANTOS, B.S.; ANTUNES, D. **Vida adulta, processos motivacionais e diversidade**. Educação, vol. XXX, núm. 61, janeiro-março, 2007, pp. 149-164 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brasil

SANTOS, Fernanda Batista Oliveira et al. História da enfermagem brasileira (1950-2004): o que tem sido discutido na literatura?. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p.e1876 2018.

SILVA, Jaine Kareny da. **Projeto de apoio para cuidadores familiares dos sobreviventes de acidente vascular cerebral.** 172 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2019).

CAPÍTULO 2

DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Randson Souza Rosa[1];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Sávio Luiz Ferreira Moreira[2];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2688996011413839

Vinicius Santos Barros[3];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB,) Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4356683102009597

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery[4];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2634593418368008

Delmo de Carvalho Alencar[5];

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

http://lattes.cnpq.br/7139193111298241

Naisla Santos Souza[6];

Centro Universitário – UniFG, Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/5321987127134083

Bruno Gonçalves de Oliveira[7];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane dos Santos Bomfim[8];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

Isleide Santana Cardoso Santos[9];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7661431059436863

Geisa Silva Novais[10];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7827604012335006

Raysa Messias Barreto de Souza[11];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0591839126294720

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[12].

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação dos níveis da pressão arterial sistólica e ou/diastólica. Constitui-se como um problema global de saúde pública em virtude de sua alta prevalência e de suas complicações cardiovasculares. Em vista disso, por ser a entrada preferencial do sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui uma importante atribuição no controle da HAS. Nesse sentido, objetivou-se analisar as evidências científicas acerca dos desafios e perspectivas do controle da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primaria à Saúde. Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, realizado através do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados 11 artigos que se encontravam indexados nas bases de dados da *Scielo, Medline, LILACS e BDENF,* após a aplicação dos filtros: texto completo, últimos 5 anos (2017-2022) e artigos no idioma português, além da leitura dos textos para a possível seleção. Evidenciou-se que a atuação da APS torna-se imprescindível para o reconhecimento e o acompanhamento das pessoas que convivem com a HAS. Em relação aos desafios que a APS enfrenta, entre os municípios brasileiros, existem grandes variações na capacidade e qualidade das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo variada disponibilidade de equipamentos **básicos, humanos e de apoio institucional** ofertado as equipes. Desse modo, as características dos serviços e dos recursos físicos, humanos e de saúde facilitam ou limitam o uso pelos usuários e impactam na sua efetividade e qualidade da atenção a HAS. Conclui-se que a HAS é uma doença que não tem cura, mas que exige controle. Logo, é indispensável controlar os fatores de risco, assim como garantir a adesão ao tratamento, embora as mudanças no comportamento necessárias para o controle pressórico sejam desafiadoras para hipertensos e serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primária à Saúde. Estratégias de Saúde.

CHALLENGES AND PERSPECTIVES FOR CONTROLLING SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition characterized by elevated levels of systolic and/or diastolic blood pressure. It is a global public health problem due to its high prevalence and cardiovascular complications. In view of this, as it is the preferred entry into the health system, Primary Health Care (PHC) has an important role in the control of SAH. In this sense, the objective was to analyze the scientific evidence about the challenges and perspectives of controlling systemic arterial hypertension in Primary Health Care. This is an integrative literature review study, carried out through the Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL). Eleven articles that were indexed in the *Scielo, Medline, LILACS and BDENF* databases were selected, after applying the filters: full text, last 5 years (2017-2022) and articles in Portuguese, in addition to reading the texts for the possible selection. It was evidenced that the performance of PHC becomes essential for the recognition and monitoring of people who live with SAH. Regarding the challenges that PHC faces, among Brazilian municipalities, there are large variations in the capacity and quality of the Family Health Strategy (ESF) teams, including the varied availability of basic, human and institutional support offered to the teams. In this way, the characteristics of services and physical, human and health resources facilitate or limit their use by users and impact on their effectiveness and quality of care for SAH. It is concluded that SAH is a disease that has no cure, but requires control. Therefore, it is essential to control risk factors, as well as ensure adherence to treatment, although the changes in behavior necessary for blood pressure control are challenging for hypertensive patients and health services.

KEY-WORDS: Systemic Arterial Hypertension. Primary Health Care. Health Strategies.

INTRODUÇÃO

As mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais ocorridas na sociedade ao longo do tempo vêm remodelando a forma como as pessoas vivem. Estas alterações têm contribuído para o indivíduo negligenciar o cuidado com a própria saúde, afetando diretamente nos padrões de adoecimento, que revelam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MARTINS et al., 2020).

Dessa forma, surge a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação dos níveis da pressão arterial sistólica (PAS ≥ 140 mmHg) e/ou diastólica (PAD ≥ 90 mmHg), podendo estar associada a alterações estruturais e/ou funcionais dos órgãos-alvo e alterações metabólicas, ocasionando alto risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (MARTINS et al., 2020; LUQUINE JÚNIOR et al., 2021).

No Brasil, dentre as DCNT, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se destaca com um maior índice em todo o país, causando um descontrole na sociedade, acarretando assim vários pacientes crônicos e um sério problema de saúde pública (MARTINS et al., 2020).

Além disso, a HAS é um problema global de saúde pública em virtude de sua alta prevalência e de suas complicações cardiovasculares. Atualmente estima-se que mais de 30% dos brasileiros são hipertensos, a exemplo da população mundial (JULIÃO; SOUZA; GUIMARÃES, 2021).

Diante dessa realidade, por ser a entrada preferencial do sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui uma importante atribuição no controle da HAS, reconhecendo o conjunto de necessidades e impactando positivamente nas condições de saúde da população (BARRETO et al., 2019).

Paralelamente a isso, a HAS se mostra um grande desafio para a APS, pois é uma condição em coexistência com os determinantes sociais em saúde, e sua abordagem, para ser efetiva, exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade, sendo notável a contribuição do acesso, vínculo e acolhimento nesses casos (BARRETO et al., 2019).

Diante do contexto da temática estudada, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais os desafios e perspectivas de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde? Desse modo, este estudo objetivou analisar as evidências científicas acerca dos desafios e perspectivas de controle da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois, permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos, como definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico em particular (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pesquisa foi realizada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), desenvolvida sob coordenação do Centro Latino-americano de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que é uma rede de fontes de informação online para a distribuição de conhecimento científico e técnico em saúde.

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): “Hipertensão Arterial sistêmica”, “Atenção primária de Saúde” e “Estratégias de Saúde”. Com a finalidade de restringir a pesquisa a estudos que contemplam o objetivo proposto, os termos foram cruzados entre si utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR” (Hipertensão Arterial Sistêmica AND Atenção Primária de Saúde OR Estratégias de Saúde).

Inicialmente, foram encontradas 249.776 publicações. Posteriormente, utilizou-se a aplicação dos filtros: texto completo, dos últimos 5 anos (2017-2022) e artigos em português. Além disso, foram selecionados artigos cujo assunto principal fosse sobre Hipertensão, Atenção primária à Saúde e Acesso aos serviços de Saúde. Após isso, o número de publicações encontradas foram 757.

A partir disso, foi realizado uma avaliação crítica dessas publicações, selecionando finalmente 11 artigos. Os artigos selecionados no Portal Regional da BVS encontravam-se indexados nas bases de dados da Scielo, Medline, LILACS e BDENF.

Em relação às considerações éticas, não houve necessidade de submeter o projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa, como preconiza a Resolução do CNS 466/12, visto que, o estudo não envolveu a participação de seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a conclusão do processo metodológico, foi realizada uma leitura exploratória, reflexiva, crítica e de síntese, o que possibilitou a discussão dos dados encontrados. Em relação a caracterização dos estudos selecionados, os achados foram tratados de forma descritiva.

Para melhor análise e discussão das pesquisas encontradas realizou-se a demonstração dos dados em um Quadro, o qual tem como função demonstrar e caracterizar de forma clara e simples os principais pontos dos estudos, segundo seus autores, ano de publicação, títulos, resumos e periódicos (**Quadro 1**).

Quadro 1: Caracterização das publicações quanto aos autores, anos, títulos, resumo e periódicos.

Nº	Autor/ ano	Título	Resumo	Periódico
1	SANTOS, J. M. M.; MONTEIRO, C.N.; ESCRIVÃO JUNIOR, A. E. (2021).	Rede de atenção à saúde no cuidado do paciente hipertenso, município de São Paulo, Brasil	Pretendeu-se identificar fatores limitantes e favorecedores do modelo de referência e contrarreferência adotado entre os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada (AE), no cuidado de pacientes hipertensos na Rede de Cuidados Continuados de Saúde (RAS). A população do estudo foi de 158 médicos, cadastrados em 87 equipes de saúde da família, de 25 serviços de APS do distrito de saúde do Campo Limpo, município de São Paulo. Pesquisa de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Foi elaborado instrumento de pesquisa contendo identificação geral, formação, tempo de trabalho na APS e tempo de prática clínica; seguidos de 25 frases afirmativas, independentes sobre a temática, apresentadas para atender os objetivos do estudo. Foi utilizada a Escala de Likert para avaliar a concordância para as frases apresentadas. A pesquisa de campo ocorreu em abril de 2018. Participaram do estudo, de forma voluntária, 130 médicos. Foi apontada baixa interlocução entre os profissionais da APS e da AE; fragilidades no processo de trabalho das equipes de saúde da família, no que se refere à gestão da clínica e responsabilidade sanitária, apontando que questões administrativas, relacionadas aos fluxos interno e externo do paciente na RAS estão mais definidas no processo de trabalho das Unidades. Foram observadas fragilidades na integração entre a APS e a AE, apontando desafios a serem enfrentados, para a melhor integração, interlocução e qualidade do cuidado dos pacientes hipertensos.	Revista de APS

2	Susanne Pinheiro Costa e Silva, Nádya Thalita Novaes dos Santos, Layana Karitiana Queiroga Bezerra (2021).	Convivendo com a hipertensão: saberes e práticas de pessoas diagnosticadas	Objetivo: Identificar saberes e práticas de pessoas diagnosticadas com Hipertensão Arterial Sistêmica. Método: Pesquisa qualitativa realizada com 31 hipertensos atendidos em unidade de saúde de Juazeiro-BA no período de março/maio de 2013, por meio de entrevista gravada. Os achados foram submetidos à análise de conteúdo. Resultados: A maioria dos participantes era aposentada, com ensino fundamental completo. Perceberam-se dificuldades para modificações dos hábitos de vida, sendo a hipertensão um problema, principalmente pela imposição destas mudanças e uso cotidiano de medicação. Possuíam informações mínimas sobre HAS, o que pode contribuir para a motivação quanto ao controle dos níveis pressóricos e adesão ao tratamento. Conclusão: O estudo apontou a importância do reconhecimento dos fatores socioculturais do cotidiano e necessidade de grupos de educação em saúde. É necessário incentivar a autonomia dos sujeitos frente aos processos de saúde-doença, melhorando sua condição e reduzindo a morbimortalidade.	Revista de APS
3	Nayara Abreu Julião, Aline de Souza, Raquel Rangel de Meireles Guimarães (2021).	Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019).	Este estudo analisou a prevalência de HAS entre adultos brasileiros em 2008, 2013 e 2019 e o controle da doença pelos indivíduos em 2013 e 2019. Utilizou-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2008) e da Pesquisa Nacional de Saúde (2013-2019). Foram calculadas razões de prevalência da doença pelo método de Poisson, ajustado para caraterísticas sociodemográficas. Para os indicadores de cuidados em saúde e organização da atenção primária calculamos proporções estratificadas por sexo, faixa etária, raça e região. Os resultados indicam que as desigualdades regionais persistem, com menores prevalências no Norte e Nordeste e maiores no Sudeste e Sul. Embora os indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde sejam considerados bons, refletindo as melhorias na atenção primária nos últimos anos, ressaltamos a importância da adoção de estratégias multifacetadas para a prevenção e controle da HAS no país.	Ciência & Saúde Coletiva.

4	Paula Peixoto Messias Barreto, Adriana Alves Nery, Roseanne Montargil Rocha, Marcela Andrade Rios (2019).	Acessibilidade a serviços de saúde por trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial	Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, com objetivo de identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial na acessibilidade aos serviços de saúde. Participaram do estudo 18 trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial que desenvolvem suas atividades laborais no Centro de Abastecimento Vicente Grilo, mercado público situado em Jequié – BA. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e realização do estudo piloto. A análise foi realizada de acordo a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Como resultado, os trabalhadores informais do comércio apontam facilidades e dificuldades na dinâmica de acessibilidade aos serviços de saúde públicos e no sistema de saúde privado, ocorrendo ainda dificuldades de acessibilidade relacionadas a questões de gênero e a falta de tempo para ir aos serviços de saúde, devido a atividades laborais. Quanto às facilidades nos serviços de saúde públicos, apontam-se a proximidade entre a unidade de saúde e o domicílio, o uso de tecnologias relacionais como o acolhimento e a resolutividade dos serviços. No sistema de saúde privado, as facilidades dialogam com a dimensão da qualidade e a rapidez no atendimento. No tocante às dificuldades, nos serviços de saúde públicos, aponta-se a distância entre o local do trabalho e o serviço de atenção básica, presença de filas, demora para a realização do atendimento, ausência de vagas, dificuldade para realização de exames complementares e carência de recursos humanos e materiais. No sistema de saúde privado, as dificuldades dizem respeito à existência de um longo espaço de tempo entre o agendamento e a realização de consultas médicas, além de carência de profissionais médicos. Conclui-se que dificuldades na acessibilidade colocam os trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial em condição de maior vulnerabilidade, sendo necessário o empreendimento de esforços por parte dos formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais de saúde, para que os obstáculos à acessibilidade sejam minimizados, com vistas ao tratamento e controle da hipertensão arterial e ao cuidado continuado da saúde desse grupo.	Revista de APS

5	Monique da Silva Lopes, Dayane Caroliny Pereira Justino, Fábia Barbosa de Andrade (2021).	Assistência à Saúde na Atenção Primária aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.	Objetivo: comparar a morbidade e mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nos anos 2012- 2014 com a cobertura da Atenção Primária na região Nordeste do Brasil. Metodologia: Trata-se de estudo ecológico, retrospectivo, realizado no nordeste brasileiro com dados dos anos de 2012 e 2014 disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foi realizada uma análise descritiva e analítica e correlacionada as taxas de internação e óbitos dos agravos estudados com cobertura da Atenção Primária. Resultados: Ao comparar a ocorrência de internação e óbito entre os anos de 2012 e 2014 observou-se redução no Nordeste. Todavia, quando correlacionado com a cobertura da Atenção Primária, quanto maior a cobertura, maior foi a ocorrência dos agravos. Conclusões: O estudo revelou a necessidade de reflexão e tomada de atitude pelos gestores e profissionais de saúde considerando a continuidade do cuidado ao usuário da Atenção Primária, bem como todos os investimentos financeiros realizados pelo Ministério da Saúde junto aos municípios do Nordeste do Brasil.	Revista Ciência Plural.
6	Anderson da Silva Rêgo; Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues; Fernanda Sabini Faix Figueiredo; Ana Caroline Soares; Laura Misue Matsuda; Cremilde Aparecida Trindade Radovanovi.	Acessibilidade ao diagnóstico de hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde.	Objetivo: Analisar a acessibilidade ao diagnóstico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Método: estudo transversal, realizado com 417 pessoas, residentes em um município localizado no noroeste do estado do Paraná. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro a junho de 2016, por meio de um instrumento adaptado e validado para avaliação dos serviços ofertados a pessoas com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Na análise dos dados, aplicou-se estatística descritiva e inferencial. Resultados: constatou-se insatisfação quanto tempo gasto para deslocar-se até os serviços de saúde, necessidade de procurar atendimento por mais de três vezes para receber o diagnóstico, tempo de espera superior a 60 minutos para ser atendido e atraso ou perda de dia de trabalho. Conclusão: tais achados refletem a importância de reorganizar a gestão e o planejamento de ações de saúde, com vistas a tornar os serviços de saúde pública mais equânime, resolutivo e longitudinal.	Revista Online de Pesquisa.

7	Bárbara Caroliny Pereira Costa, Letícia Kuhn da Silveira, Fábio de Souza Terra, Silvana Maria Coelho Leite Fava (2021).	Rastreamento da pressão arterial em moradores de um município do sul de Minas Gerais.	Objetivo: realizar o rastreamento da pressão arterial em moradores de um município do Sul de Minas Gerais. Método: estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, amostra por conveniência. Dados coletados em 2018 em espaço público, analisados e apresentados em dados percentuais. Resultados: Dos 107 participantes, 27,0% autor referiram hipertensão, a maioria utilizava anti-hipertensivo, histórico familiar para doença cardiovascular e não receberam orientação para doença cardiovascular; 86,0% apresentaram valores de pressão arterial dentro parâmetros normais; 14,0% valores coincidentes para hipertensão estágio 1, predominantemente entre os homens 73,3% e idosos. Conclusão: O rastreamento da pressão arterial é necessário para sensibilizar as pessoas para o diagnóstico e tratamento precoce e uma oportunidade realizar ações de educação em saúde para promoção à saúde, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica.	Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde.

8	Ane Caroline Rodrigues Miranda Lucena, Anderson da Silva Rêgo, Patrícia Bossolani Charlo, Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues, Maria Aparecida Salci, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovi, Lígia Carreira (2021).	Desempenho dos serviços da Atenção Primária à Saúde: satisfação das pessoas com hipertensão.	Objetivo: avaliar o desempenho do elenco de serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS) e associar ao controle pressórico e ao acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial (HA). Métodos: estudo transversal, realizado com 417 pessoas com HA, vinculadas a 34 Unidades Básicas de Saúde de um município do Paraná. Os dados foram coletados entre fevereiro e junho de 2016, utilizando instrumento de satisfação com serviços prestados pela APS, empregando questões referentes ao bloco sobre Elenco de Serviços. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva e inferencial. Resultados: observou-se prevalência de pessoas com idade superior a 70 anos, do sexo feminino, brancas e com baixa escolaridade. Obteve-se melhor avaliação nas questões relacionadas à aferição da pressão arterial, presença de no mínimo um profissional na unidade e participação em grupos de pessoas com HA. Pessoas com acompanhamento inadequado avaliaram insatisfatoriamente a aferição da pressão arterial nas consultas e visitas domiciliares. Os estratificados com controle pressórico inadequado avaliaram insatisfatoriamente a educação em saúde e informações sobre medicamentos e seus efeitos. Conclusão: destaca-se a necessidade de aperfeiçoar o acompanhamento e atendimento aos pacientes com HA, de modo que os serviços dispensados pela APS sejam satisfatórios.	Revista Ciência e cuidado à saúde.

9	Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, Angelo Giuseppe Roncalli (2020).	Reprodutibilidade do protocolo para usuários com hipertensão arterial assistidos na Atenção Básica à Saúde.	Objetivou-se verificar a reprodutibilidade de um protocolo para a consulta e o acompanhamento do usuário com HA atendido na Atenção Básica à Saúde (ABS). Tratou-se de estudo metodológico, realizado de janeiro a agosto de 2016, com 160 usuários com HA. A reprodutibilidade se deu nas dimensões indicadoras de saúde, psicossociais, sinais de alterações das cifras pressóricas, ocorrência de complicações e realizações de exames. O protocolo foi aplicado por enfermeiros em dois momentos distintos, com intervalo de acordo com o retorno do participante. A concordância foi avaliada pelos coeficientes Kappa (κ) e de Correlação Intraclasse (CCI), conforme o tipo de variável. O κ intraexaminadores variou de 0,673 a 0,984 e interexaminadores de 0,515 a 0,985. O CCI intraexaminadores pontuou de 0,785 a 0,998 e interexaminadores de 0,845 a 0,999. A média das medidas antropométricas e a das pressões apresentou diferença < 1 entre os examinadores nos tempos 1 e 2. O protocolo apresentou boa reprodutibilidade e alta confiabilidade, podendo ser replicado e utilizado na consulta de acompanhamento do usuário com HA assistido na ABS.	Ciência & Saúde Coletiva.

10	Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira, Luís Felipe Castro Cardoso, Rayssa de Oliveira Dominice, Alessa Arruda Pinto Corrêa, Ana Eliza de Carvalho Fonseca, Jessica Pronestino de Lima Moreira, Ronir Raggio Luiz (2020).	A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil.	Objetivo: Este estudo verificou a influência da Estratégia Saúde da Família (ESF) no uso de serviços de saúde por adultos com idades igual ou superior a 18 anos que referiram HAS na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013. Métodos: Utilizou-se o método de escore de propensão (EP) para corrigir a falta de homogeneidade entre os grupos com HAS expostos ou não à ESF. Estimou-se o EP por meio de regressão logística binária, o qual refletiu a probabilidade condicional de receber o cadastro do domicílio na ESF segundo covariáveis socioeconômicas, demográficas, sanitárias e de saúde dos adultos e de suas famílias. Após se estimar o EP, utilizou-se o pareamento por estrato (estratificação) para se agrupar os adultos hipertensos em cinco estratos mutuamente excludentes. Foram estimados as prevalências e os intervalos de confiança a 95% de consultas médicas e internações hospitalares. Incorporaram-se os efeitos da amostragem complexa da PNS em todas as fases da análise. Resultados: Verificou-se que adultos hipertensos cadastrados na ESF tinham piores condições socioeconômicas, sanitárias e de saúde, mas semelhante prevalência de consultas médicas e de internação hospitalar aos adultos sem cadastro na ESF e com melhores condições de vida e saúde. A ESF atenuou desigualdades individuais e contextuais que impactam a saúde dos brasileiros ao favorecer o uso de serviços de saúde. Conclusão: A ESF pode favorecer o atendimento e controle da HAS no Brasil. Assim, deve receber investimentos que garantam sua efetividade.	Revista Brasileira de epidemiologia.

11	Luana de Carvalho Oliveira Martins, Rodson Glauber Ribeiro Chaves, Iracema Santos Sousa Mourão, Julianna Oliveira e Silva, Harlon França de Menezes, Wenysson Noleto dos Santos (2020).	Perfil de pessoas com hipertensão atendidas na estratégia saúde da família em um município do nordeste brasileiro.	Objetivo: Avaliar o perfil de vida de pacientes com hipertensão arterial, levando em considerações as condições socioeconômicas e estruturas físicas e psicobiologias. Método: Estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, com 40 pessoas portadoras de hipertensão arterial, cadastrados numa unidade da Estratégia de Saúde da Família do município de Balsas, Maranhão. Os dados foram obtidos por meio da aplicação do questionário "Estilo de vida fantástico" e questionário sociodemográfico. Foi realizada análise descritiva. Resultados: Verificou-se que: 62,5% eram do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino, que se encontram na faixa etária de 21 a 40 anos com 10%, 41 a 60 anos com 42,5%, 61 a 80 anos com 35% e 81 a 100 anos com 12,5%. Os domínios que mais necessitam de mudança são Afetos, Nutrição e Pressa. Conclusão: O perfil dos pacientes demonstrou que os mesmos influenciam na autoestima, na formação da personalidade, nas relações familiares e sociais de cada pessoa. Descritores: Hipertensão arterial; Qualidade de vida; Saúde.	Revisa.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Conforme o quadro 1, verifica-se a caracterização das publicações quanto aos autores, anos, títulos, resumos e periódicos dos artigos estudados. Pôde-se observar uma variedade quanto aos periódicos dos artigos selecionados, sobressaindo a Revista de APS. Em relação ao ano de publicação, prevaleceu artigos do ano de 2021.

A análise dos resultados é apresentada a seguir, em tópicos, na perspectiva de fornecer subsídios para melhor compreensão da discussão, considerando aspectos relacionados a: 1) A hipertensão arterial como problema de saúde pública, 2) Importância da APS no controle da hipertensão arterial e 3) Desafios e perspectivas para o controle da hipertensão arterial na APS.

1) A hipertensão arterial como problema de saúde pública

A HAS se destaca entre os problemas de saúde pública devido a sua condição clínica multifatorial caracterizada por elevada prevalência e baixas taxas de controle, principalmente entre a população adulta, atingindo cerca de 1 bilhão de pessoas no mundo.

A prevalência de adultos hipertensos no Brasil cresceu progressivamente nos últimos anos, variando entre 21,4% (intervalo de confiança a 95*=% (IC95%) 20,8 – 22,0) e 24,1% (IC95% 23,4 – 24,8) (OLIVEIRA et al., 2020).

Além disso, verificou-se que a HAS é mais comum em pessoas do sexo feminino e com idade acima de 40 anos, e com representação de 80% inferior a 06 anos de escolaridade, estes pacientes por falta de informações ou orientações corretas correspondem à população mais afetada pela doença (MARTINS et al., 2020).

Em vista disso, percebe-se que as mulheres continuam apresentando maior prevalência de HAS em relação aos homens, o que reforça o "paradoxo da saúde-sobrevivência na relação homem-mulher", este termo é designado na literatura de diferencial de gênero em saúde para ressaltar o fato de que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres apresentam mais morbidades e buscam mais por serviços de saúde (JULIÃO; SOUZA; GUIMARÃES, 2021).

Entre os fatores de risco para a HAS, estão a hereditariedade, raça, idade, sexo, excesso de peso, estresse, sedentarismo, alta ingestão de sódio, baixo nível educacional, presença de comorbidades associadas, características contextuais e de localização da moradia. Além disso, a doença possui caráter assintomático, o que pode retardar o seu diagnóstico (VITOR; KAPLAN, 2013).

Além de ser uma doença, a HAS constitui-se também como o mais comum e reversível fator de risco para agravos cardiovasculares, pois exige que o coração desempenhe um trabalho maior do que o normal, para que todo o sangue chegue aos seus destinos e cumpra sua função. Caso não aconteça essa distribuição corretamente o paciente pode ter um infarto, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, entre outras intercorrências (QUEIROZ et al., 2020).

Devido a isso, a HAS é uma importante causa de morte prematura e perda da qualidade de vida, além de ocasionar alto grau de limitação e incapacidade, sendo responsável por grandes demandas de atendimentos de saúde, absenteísmo no trabalho, custos crescentes para famílias, comunidades e sistemas de saúde e previdenciários (OLIVEIRA et al., 2020).

Isto posto, seu tratamento recomendado exige adequadas e regulares avaliações clínicas, condição menos comum em grupos de menor nível de renda, escolaridade ou residentes em áreas mais remotas e de pior infraestrutura social e de saúde (VICTOR; KAPLAN, 2013).

São apontados como principais fatores para ineficácia no controle da HAS o baixo número de consultas de saúde, a não adesão ao tratamento, o tratamento farmacológico incorreto e a pouca mudança no estilo de vida e nos comportamentos de saúde das pessoas com hipertensão. Esses fatores ainda propiciam maiores riscos de complicações decorrentes da doença, que podem assim induzir maior frequência de internações hospitalares (FERREIRA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2020).

Além do mais, o excesso das medicações, seu alto custo, os efeitos colaterais e o tempo insuficiente para a orientação do paciente também favorecem a não adesão ao tratamento. Em vista disso, o conjunto desses fatores contribui para que o controle adequado dos níveis pressóricos esteja presente em menos de um terço dos hipertensos (SILVA et al., 20220).

2) Importância da APS no controle da hipertensão Arterial

A atuação APS torna-se imprescindível para o reconhecimento e o acompanhamento das pessoas que convivem com a HAS. A APS é a esfera do sistema de saúde que oferta a entrada na rede de saúde, configurando ações de saúde individuais e coletivas que englobam intervenções de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com as comunidades e em seu contexto social (OLIVEIRA et al., 2020).

A literatura aponta que os serviços de APS desempenham a função de resolver 90% das condições que se apresentam e de regular os fluxos e contrafluxos de pessoas usuárias entre eles e os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com sua respectiva estratificação de risco. Logo, a APS, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), possui as funções de resolutividade e coordenação do cuidado, mediante o ato decisório de acompanhar e/ou encaminhar uma pessoa a um serviço de atenção secundária ou terciária (SANTOS; MONTEIRO; ESCRIVÃO JÚNIOR, 2021).

Sendo assim, no âmbito das DCNT como a HAS, a APS pode aumentar o uso de consultas médicas, promover o tratamento e a manutenção de níveis pressóricos controlados, conforme as características do paciente, e auxiliar na redução do risco de doenças cardiovasculares. Assim, pode diminuir internações, melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desses indivíduos (OLIVEIRA et al., 2020).

Nesse sentido, o conjunto de ações da ESF é fundamental para o enfrentamento de DCNT, sobretudo porque a HAS é um agravo sensível as ações da APS. Nesse nível de atenção, ocorrem medidas de promoção, vigilância em saúde, prevenção e acompanhamento longitudinal dos usuários. Sob essa perspectiva, a HAS é um dos focos de trabalho da ESF, por ser uma doença de alta prevalência no Brasil e pelas complicações que pode causar aos seus portadores. A ESF também auxilia na orientação, no acompanhamento dos tratamentos, farmacológico e não farmacológico, e na mudança do estilo de vida nos pacientes hipertensos.

3) Desafios e perspectivas para o controle da hipertensão arterial na APS

Em relação aos desafios que a APS enfrenta, OLIVEIRA et al. (2020) afirmam que entre os municípios brasileiros, existem grandes variações na capacidade e qualidade das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo variada disponibilidade de

equipamentos básicos, humanos e de apoio institucional ofertado as equipes. Desse modo, as características dos serviços e dos recursos físicos, humanos e de saúde facilitam ou limitam o uso pelos usuários e impactam na sua efetividade e qualidade da atenção a HAS.

Além disso, o diagnóstico da HAS se configura como um importante desafio para a APS, pois o caráter assintomático da doença faz com que indivíduos mais jovens que tenham maior dificuldade ou que não sintam a necessidade de procurar serviços de saúde não obtenham o diagnóstico .(JULIÃO; SOUZA; GUIMARÃES, 2021).

Outro problema enfrentado muitas vezes pela APS é a ausência de referência e contrarreferência. No estudo de Santos, Monteiro e Júnior (2021) foi constatado a pouca ou nenhuma participação dos membros da equipe da ESF no processo de referenciamento do paciente hipertenso a outros pontos da rede, demonstrando que essa é uma tarefa quase que exclusiva do médico; que o uso do protocolo para encaminhamento do paciente hipertenso e que, o acompanhamento da regulação dos pacientes encaminhados ainda não é uma realidade no cotidiano das equipes.

Em relação a ausência de contrarreferência que se dá tanto quando os pacientes são atendidos na atenção especializada quanto nos serviços de urgência/emergência, essa realidade pode ter como consequência pontos de atenção trabalhando de forma isolada, fragmentada, encaminhamentos desnecessários, aumento das filas de esperas, insatisfação da equipe, profissionais, pacientes e gestores .(COSTA et al., 2013).

A relação entre a APS e a média e alta complexidade é um dos fatores condicionantes da resolubilidade da atenção básica. Logo, é necessário a incorporação de estratégias de comunicação contínua entre os serviços, bem como avaliação da resolutividade dos atendimentos oferecidos nesses dois espaços. (SANTOS; MONTEIRO; ESCRIVÃO JÚNIOR, 2021).

Em vista disso, sabe-se que é necessário uma abordagem integral ao paciente hipertenso, logo, no âmbito da APS é de suma importância que o cuidado seja compartilhado com todos os membros da equipe da ESF, somando esforços em prol de melhores resultados assistenciais, como também, que as diretrizes clínicas sejam seguidas, minimizando danos, riscos, incapacidade e, ainda, maiores gastos para os sistemas de saúde (SANTOS; MONTEIRO; ESCRIVÃO JÚNIOR, 2021).

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou a importância da Atenção Primária à saúde, a realidade, os desafios e as perspectivas para o controle da hipertensão arterial sistêmica. Constata-se que há um enorme desafio na adesão do controle da hipertensão.

A HAS é uma doença sem cura, mas que exige controle. Logo, é indispensável controlar, monitorar e avaliar os fatores de risco, assim como, garantir a adesão ao tratamento, embora as mudanças no comportamento necessárias para o controle pressórico sejam

desafiadoras para pessoas com hipertensão, serviços e profissionais de saúde.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) detém grande potencial para atuar na redução desses fatores, através de estímulo às mudanças dos hábitos de vida, individuais e/ou coletivos, podendo contribuir também para respostas positivas acerca do tratamento medicamentoso.

Além disso, para garantir o sucesso do tratamento há algumas medidas de suma importância que devem ser estimuladas e fortalecidas pela APS que podem ser aderidas pelos pacientes hipertensos como: alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, evitar o tabagismo e o uso excessivo de álcool.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BARRETO, P. P. M. et al. Acessibilidade a serviços de saúde por trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial. **Revista de APS**, v. 22, n. 4, 2019.

CAMARGO, P. N. N. et al. Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária. **Revista de Ciências Médicas**, v. 30, p. 1-11, 2021.

COSTA, B. C. P. et al. Rastreamento da pressão arterial em moradores de um município do sul de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 10, n. 2, 2021.

COSTA, S. M. et al. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Revista de APS**, v. 16, n. 3, 2013.

COSTA, S. P. et al. Convivendo com a hipertensão: saberes e práticas de pessoas diagnosticadas. **Revista de APS**, v. 24, n. 2, 2021.

DANIEL, A. C. Q. G. et al. Programas de rastreamento da pressão arterial: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. 77, 2021.

DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Reprodutibilidade do protocolo para usuários com hipertensão arterial assistidos na Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3037-3046, 2018.

FERREIRA, N. S. et al. Abordagem multiprofissional no cuidado à saúde dos pacientes do programa HIPERDIA. **Revista Brasileira de Hipertensos**, vol. 21(1):31-37, 2014.

JULIÃO, N. A.; SOUZA, A.; GUIMARÃES, R. R. M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4007-4019, 2021.

LOPES, S. M; JUSTINO, D. C. P.; ANDRADE, F. B. Assistência à saúde na atenção básica aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 40-56, 2021.

LUQUINE JÚNIOR. C. D. L. et al. Tratamento de hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde. **Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS).** Fiocruz Brasília, Brasília, DF. 2021.

LUCENA, A. C. R. M. et al. Desempenho dos serviços da atenção primária à saúde: satisfação das pessoas com hipertensão. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, 2021.

MARTINS, L. C. O. et al. Perfil de pessoas com hipertensão atendidas na estratégia saúde da família em um município do nordeste brasileiro. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires,** v. 9, n. 2, p. 188-198, 2020.

OLIVEIRA, B. L. C. A. de et al. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 23, p. e200006, 2020.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, A. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev. esc. Enferm. USP. São Paulo,** vol. 50, n.1, p. 50-58, 2016.

RÊGO, A. S. et al. Acessibilidade ao diagnóstico de hipertensão arterial na atenção primária à saúde. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online),** p. 1129-1134, 2021.

SANTOS, J. M.; MONTEIRO, C. N.; ESCRIVÃO JUNIOR, A. Rede de atenção à saúde no cuidado do paciente hipertenso, município de São Paulo, Brasil. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 24, n. 2, 2021.

SILVA, L. A. L. B. et al. **Estratégias de adesão ao tratamento de longo prazo para pessoas adultas com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde (APS).** Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS). Fiocruz Brasília, Brasília, DF 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo**), v. 8, p. 102-106, 2010.

VICTOR, R. G.; KAPLAN, N. M. **Hipertensão Sistêmica: mecanismos e diagnóstico. Tratado de doenças cardiovasculares.** 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 954-72, 2013.

CAPÍTULO 3

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS E SEUS AGRAVOS NO HIPERDIA

Anderson Almeida Lopes[1];

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2834715466273198

Randson Souza Rosa[2];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Delmo de Carvalho Alencar[3];

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

http://lattes.cnpq.br/7139193111298241

Cristian Lucas dos Santos Bezerra[4];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/9093131597994229

Vinicius Santos Barros[5];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4356683102009597

Naisla Santos Souza[6];

Centro Universitário (UniFG), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/5321987127134083

Emille Santos Souza[7];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0076661885726725

Bruno Gonçalves de Oliveira[8];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane dos Santos Bomfim[9];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

André Santos Freitas[10];

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7809891306867174

Geisa Silva Novais[11];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi – Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7827604012335006

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[12].

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

RESUMO: O Ministério da Saúde, em 2001, criou o programa HiperDia com o intuito de promover a saúde, prevenir agravos, tratar e reabilitar pacientes diagnosticados com hipertensão e diabetes mellitus. Através do HiperDia e do seu sistema de cadastro, os governos reúnem informações que por meios de dados coletados, possibilitam a organização da assistência aos pacientes com hipertensão e diabetes. O objetivo foi analisar as evidências cientificas acerca da assistência de enfermagem na prevenção da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e seus agravos no HiperDia. Baseando-se na revisão narrativa de literatura de abordagem qualitativa A busca ocorreu de forma livre nas bases de dados do Google acadêmico e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados no Brasil, no período de 2001 a 2021. O acesso às bases de dados virtuais ocorreu no mês de dezembro do ano de 2021, utilizando os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Cuidados de enfermagem, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Prevenção & Controle, e Serviços de Saúde, intercalando no cruzamento dos descritores o operador booleando "AND". Evidenciou-se que as doenças crônicas não transmissíveis representam um grande desafio para a saúde. Destaca-se a HAS e a DM patologias de grandes incidências e prevalência a nível mundial e necessitam de um acompanhamento continuo, pois, os seus agravos podem causar efeitos negativos na saúde das pessoas e podem até levar a morte prematura. Conclui-se que o enfermeiro deve estar habilitado para identificar os fatores de risco associados ao desenvolvimento da HAS e da DM. É na consulta de enfermagem que o profissional irá utilizar os seus conhecimentos e estratégias para orientar e estimular os pacientes no seu tratamento. O profissional enfermeiro tem o papel fundamental de estabelecer táticas e condutas preventivas no tratamento da HAS e DM.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Hipertensão. Diabetes Mellitus.

NURSING ASSISTANCE IN THE PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION, DIABETES MELLITUS AND ITS DISEASES IN HIPERDIA

ABSTRACT: The Ministry of Health, in 2001, created the HiperDia program with the aim of promoting health, preventing diseases, treating and rehabilitating patients diagnosed with hypertension and diabetes mellitus. Through HiperDia and its registration system, governments gather information that, through collected data, enable the organization of care for patients with hypertension and diabetes. The objective was to analyze the scientific evidence about nursing care in the prevention of systemic arterial hypertension, diabetes mellitus and its aggravations in HiperDia. Based on a narrative review of literature with a qualitative approach The search was carried out freely in the Google academic databases and in the Virtual Health Library (BVS), published in Brazil, from 2001 to 2021. Access to databases virtual data took place in December 2021, using the following descriptors in health sciences (DeCS): Nursing care, Hypertension, Diabetes Mellitus, Prevention & Control, and Health Services, inserting the boolean operator at the intersection of the descriptors “AND”. It was evidenced that Chronic Non-Communicable Diseases represent a great challenge for health. SAH and DM stand out as pathologies of high incidence and prevalence worldwide and require continuous monitoring, as their aggravations can cause negative effects on people’s health and can even lead to premature death. It is concluded that nurses must be able to identify risk factors associated with the development of SAH and DM. It is in the nursing consultation that the professional will use their knowledge and strategies to guide and encourage patients in their treatment. The professional nurse has the fundamental role of establishing tactics and preventive behavior in the treatment of SAH and DM.

KEY-WORDS: Nursing care. Hypertension. Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Melitus são patologias crônicas que estão diretamente ligadas aos elevados números de hospitalizações e mortalidades, sendo as principais causas das doenças cardíacas e cerebrais (BRASIL, 2011). A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia clínica decorrente de vários fatores relacionados comprovada por níveis tensionais elevados e está relacionada diretamente a doenças cardiovasculares de grande incidência no Brasil e diagnosticada pela prevalência de níveis tensionais elevados., definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.(BRASIL, 2001).

Já o diabetes mellitus é um dos principais problemas de Saúde Pública no Brasil. Uma das patologias crônicas com mais incidência no mundo moderno. Trata-se de um distúrbio metabólico de etiologia multifatorial que resulta em alterações nos valores recomendados

da glicemia no sangue. Está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. (BRASIL, 2001)

O atendimento composto de consultas médicas e prescrição de medicamentos não é suficiente no caso de usuários do HiperDia. Esse tipo de atendimento dada a natureza crônica da hipertensão e do diabetes exige a necessidade de constantes monitoramentos dos níveis tensionais e da glicemia, peso e circunferência adnominal. Estes indicadores são importantes para o restabelecimento das medidas a serem adotadas para o controle dessas doenças, sendo necessário o acompanhamento pela equipe multiprofissional, sobretudo a enfermagem que se encarrega por esse programa (CARVALHO FILHA at al., 2011).

Com o intuito de promover a saúde, prevenir agravos, tratar e reabilitar pacientes diagnosticados com hipertensão e diabetes melitus, em 2001 o Ministério da Saúde criou o HiperDia. Através do HiperDia e do seu sistema de cadastro, os governos reúnem informações que por meios de dados coletados, possibilitam a organização da assistência aos pacientes com hipertensão e diabetes, onde exige dos profissionais não só organização e planejamentos, mas execuções da assistência com base nos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2001).

Embora a expansão e acesso às informações referentes a saúde tenham aumentados a relação entre profissionais de saúde e pacientes, é de suma importância para uma boa promoção da saúde, que se tenha a educação em saúde como um dos fatores fundamentais no âmbito da unidade básica de saúde. A enfermagem tem um papel essencial nesses processos instrutivos pois está diariamente em contato com os pacientes que através das consultas de enfermagem e ações de atividades educativas e, por meio de ações individuais e ou coletivas, de promoção à saúde. “Para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais” .(JESUS, 2013).

. Essa pesquisa visa demostrar a importância da atuação do enfermeiro dentro do programa HiperDia e o seu papel fundamental para redução desses índices através da prevenção, controle e tratamento. Acredita-se que terá uma grande relevância para a saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes, bem como seus agravos associados, pois estará demonstrando a importância da assistência do enfermeiro dentro do programa HiperDia, evidenciando as estratégias de promoção, prevenção e controle.

Nesse contexto, O objetivo foi analisar as evidências cientificas acerca da assistência de enfermagem na prevenção da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e seus agravos no HiperDia.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi dividido em duas categorias, para melhor entendimento dos leitores. Cada categoria trás analises dos aspectos acerca da temática em estudo, a saber: 1) A hipertensão arterial sistêmica, o diabetes melitus e os seus agravos; 2) assistência

de enfermagem na prevenção da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e seus agravos no HiperDia.

1) A hipertensão arterial sistêmica, o diabetes melitus e os seus agravos

Segundo Brasil (2011), a Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes alega que as DCNT, representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global, ameaçando a qualidade de vida de milhões de pessoas e representando o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo. Além de causar um grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países, especialmente os de baixa e média renda.

Estimativa da Organização Mundial de Saúde aponta que as DCNTs já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, em 2008 as DCNTs responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90 (BRASIL, 2011). Santos et al. (2012), reafirma que nos países com pouco recursos e em desenvolvimento as políticas públicas não são voltadas para alterarem efetivamente os determinantes de saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças com grande incidência na população mundial. Pode-se afirmar que, atualmente, as pessoas se alimentam de uma forma geral rápidas e práticas e agregando-se ao desenvolvimento tecnológico, acabam cada vez mais diminuindo os esforços físicos das atividades do cotidiano além da falta de exercícios físicos regulares. (MOREIRA et al., 2010)

Segundo Yamada (2011), a HAS é uma condição de uma série de fatores que devem ser observados na prevenção e no tratamento da doença. Muitos desses fatores, associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas.

Já Brasil (2001) afirma que a DM é uma doença de etiologia múltiplas, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos metabólica caracterizada por hiperglicemia e relacionada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

A HAS e o DM e seus agravantes são responsáveis pela primeira causa de morte e de hospitalização no SUS e seus agravos estão frequentemente associados aos índices elevados de morbimortalidade dos pacientes portadores.

De acordo com Brasil (2006) a HAS e o DM constituem fatores de risco para doenças cardiovasculares. Minas Gerais (2006) evidencia que no Brasil, a hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de

amputações de membros inferiores e representam, ainda, 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise.

Semelhantemente, Toscano (2004) afirma que além da morbimortalidade a diabetes apresenta alta perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular em todo o mundo, incluindo doenças coronarianas e acidentes vasculares encefálicos. Da mesma forma a hipertensão, mesmo sendo assintomática, também é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas.

Stefanini e Brollo (2014) afirma que a hipertensão arterial é fator de risco importante para infarto agudo do miocárdio, com evidentes implicações diagnósticas e terapêuticas, levando à piora prognóstica tanto a curto como a longo prazos pós- infarto agudo do miocárdio.

Apesar de contribuir bastante e ser um fator de risco para o IAM, a DM ainda é tratada como causa secundária. Conforme Lima et al. (2006), a HAS é o maior fator de risco para a ocorrência do AVC. A falta de controle dos níveis tencionais pela não adesão aos tratamentos medicamentosos ou a mudança de hábitos de vida faz com que o portador de hipertensão seja acometido por esse agravo, devido a isso, é de suma importância o controle da HAS da prevenção do AVC.

Triches (2009) ressalta que a DM e o AVC têm relação direta. A DM e uma das responsáveis pelos altos números de sequelas e mortes devido as suas complicações crônicas micro e macrovasculares, seja na DM 1 e DM 2. A presença da DM piora a evolução dos pacientes com AVC e o risco de recorrência e mortalidade são duplicados.

A HAS e a DM apresentam aspectos em comuns, pois estão diretamente ligadas as influências sofridas através de hábitos e estilo de vida. Assim, Brasil (2001) salienta que a inatividade física e excesso de peso, o sedentarismo, a má alimentação, consumo de sal, açúcares, gorduras e álcool, tabagismo, estresse intenso entre outros, são importantes fatores de risco associados ao desenvolvimento dessas patologias.

2) Assistência de enfermagem na prevenção da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e seus agravos no HiperDia.

O tratamento do DM e HAS inclui as seguintes estratégias: educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos (BRASIL, 2001). O profissional enfermeiro tem como estratégia de assistência identificar as principais situações de risco, visando um maior acesso da população aos serviços básicos de saúde e a melhoria da qualidade de vida junto com as ações de promoção contínua, prevenção de agravos e recuperação integral da saúde (MALTA, MORAIS NETO, SILVA JUNIOR, 2011).

Em geral, o profissional enfermeiro assume um papel de zelador da saúde humana buscando de forma humanizada resultados positivos sejam coletivos ou individuais. Segundo Brasil (2001) têm-se como competência do enfermeiro fazendo parte do seu dia a dia no programa HiperDia estipular junto com a equipe, estratégias que venham favorecer a adesão do usuários aos grupos de hipertensos e diabéticos, capacitação de auxiliares e agentes comunitários, nas consultas de enfermagem informar os fatores de risco e agravos pertencentes a essas patologias verificando os níveis tensionais e glicemias no exame físico, realizar as medidas antropométricas estabelecidas pelo programas e fazendo o encaminhamento dos usuários para consultas mensais com o médico da além de desenvolver atividades de promoção.

Conforme pode-se observar, os enfermeiros (as) envolvidos no programa HiperDia exercem várias atividades que visam prevenir, reduzir e controlar agravos da HAS e DM. Assim, percebe-se, que a rotina do usuário do HiperDia está diretamente ligada ao enfermeiro o que o torna responsável não somente do tratamento, mas, na implementação de ações que estimulem o autocuidado dos pacientes acometidos por essas patologias.

Neste contexto pode-se observar que o primeiro contato do paciente é com o enfermeiro através da consulta de enfermagem. Segundo COREN - SC (2017) a consulta de enfermagem é uma atividade independente e privativa do enfermeiro, pois valoriza a sua atuação e oportuniza a compreensão das ferramentas utilizadas por ele para a construção da saúde da população. Assim, fica claro que o enfermeiro além de instruir sua equipe na execução das atividades ele realiza as consultas de enfermagem, identifica os fatores de risco e de adesão do tratamento, encaminhando o paciente ao médico quando necessário.

Para Giorgi (2006), as estratégias de prevenção e controle da HAS devem ser iniciadas no primeiro contato com o paciente e reproduzida com frequência para manter o seu efeito. Conforme o COREN – SC (2017) cabe ao enfermeiro renovar as receitas de medicamentos por um período de até 6 (seis) meses. Esta estratégia pode ser particularmente útil caso o enfermeiro queira que o paciente volte para reavaliação (por ele ou qualquer outro profissional) antes de seis meses. Busnello (2001) expõe que é necessário que os profissionais enfermeiros sejam capacitados de forma permanente para que incentivem, por meio de estratégias educacionais apropriadas os pacientes ao autocuidado e a adesão ao tratamento medicamentoso para, dessa forma, minimizar os riscos de desenvolvimento de agravos do diabetes, levando a uma melhor qualidade de vida.

Da mesma forma Menezes e Gobbi (2010) afirma que o enfermeiro deve esclarecer e orientar o portador de HAS, compartilhando informações sobre a doença, abordando as possíveis complicações, o tratamento medicamentoso e seus benefícios, assegurando que ele seja capaz de se auto cuidar. Contudo, a não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal responsável pelas falhas no tratamento da HAS e DM. Tendo assim, como consequência o não controle dos níveis tensionais e glicemias contribuindo para o surgimento dos agravos aumentando os custos da saúde pública do país.

Outra estratégia utilizada é a mudança nos hábitos de vida é evidenciada por Menezes e Gobbi (2010), acreditam que promover um estilo de vida saudável deve ser prioridade do profissional enfermeiro para os indivíduos hipertensos, pois desta forma serão evitadas complicações e futuras internações. Brasil (2001) amplia esta afirmativa para os pacientes também da DM. Os portadores devem ser continuamente estimulados a adotar hábitos saudáveis de vida: manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas.

É de suma importância explicar para o paciente que o tratamento inclui várias abordagens, como a orientação à mudança dos hábitos de vida, educação para saúde, atividade física e, se necessário medicamentoso. (FAEDA et al., 2006).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura de abordagem qualitativa. A revisão narrativa são analises da literatura mais abrangentes, pois são capazes de descrever e discutir o "estado da arte" acerca de uma dada temática, baseando-se nos aspectos teóricos e contextuais contidas em livros, artigos de revistas indexadas eletronicamente e/ou impressas que são utilizadas na interpretação e análise crítica do ator (ROTHER, 2007). As revisões narrativas não informam as fontes utilizadas, nem a metodologia empregada para a busca das referências, nem os métodos avaliativos utilizados e nem a forma da seleção dos trabalhos (BERNARDO, NOBRE, JATENE, 2004).

A coleta de dados foi realizada por meio de consulta a publicações de autores de referência na área e posterior leitura crítica dos títulos e dos resumos. No desenvolvimento do estudo, utilizou-se protocolos, manuais, cadernos da Atenção Básica e artigos nacionais que abarcassem acerca prevenção da hipertensão, diabetes e seus agravos no HiperDia. A busca ocorreu de forma livre nas bases de dados do Google acadêmico e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados no Brasil, no período de 2001 a 2021.

O acesso às bases de dados virtuais ocorreu no mês de dezembro do ano de 2021, utilizando os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Cuidados de enfermagem, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Prevenção & Controle, e Serviços de Saúde, intercalando no cruzamento dos descritores o operador booleando "AND".

Para selecionar as produções científicas, os critérios de inclusão foram: artigos completos acerca da temática disponíveis online; todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de caso etc.); em língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: monografias, dissertações, teses, artigos incompletos ou não disponíveis online. Também foram excluídos artigos que não possuíam relação com os objetivos do estudo.

CONCLUSÃO

As analises evidenciaram que a HAS e DM são consideradas um grave problema de saúde pública por causa do aumento da morbimortalidade. O desenvolvimento da HAS e DM estão associadas às complicações micro e macrovasculares, sendo os seus agravos responsáveis pelos efeitos deletérios na saúde e qualidade de vida, levando a causas de mortes prematuras.

Ao estabelecer estratégias de cuidados preventivos no tratamento o enfermeiro pode intervir de forma sistematizada naqueles fatores que contribuem para o agravamento da HAS e DM.

A assistência de enfermagem do programa HiperDia, é imprescindível para prevenção dos agravos da HAS e DM na saúde das pessoas. Nessa perspectiva, as consultas de enfermagem são responsáveis por direcionar os cuidados primários às pessoas com HAS e/ou DM, através da orientação dos fatores de riscos associados aos agravos. Nesse contexto, os enfermeiros podem estimular através da educação em saúde, o desenvolvimento do autocuidado, orientando sobre a importância do tratamento continuo sendo medicamentoso ou não, com apenas a adoção de estilos de vida saudáveis. Evidencia-se assim, que o controle dos níveis tensionais e glicêmicos diminui as chances de risco do surgimento desses agravos, contribuindo para que estás pessoas HAS/DM tenham uma melhor qualidade de vida e saúde.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arteiral Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Departamento de Atenção básica. **Hipertensão e Diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/vigitel.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16).

BERNARDO, Wanderley Marques; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; JATENE, Fábio Biscegli. A prática clínica baseada em evidências: parte II-buscando as evidências em fontes de informação. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 44, p. 403-409, 2004.

BUSNELLO, Renné Gusmão et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq bras cardiol**, v. 76, n. 5, p. 349-51, 2001.

CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Sousa; NOGUEIRA, Lídya Tolstenko; VIANA, Lívia Maria Mello. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Rev Rene,** v. 12, p. 930-936, 2011.

COREN – SC. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM. **HIPERTENSÃO, DIABETES E OUTROS FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS CARDIOVASCULARES**. Florianópolis: VOLUME 1 Atualizado em Setembro de 2017. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Protocolo-de-Enfermagem-Volume-1.pdf

FAEDA, Alessandra; LEON, Cassandra Genoveva Rosales Martins Ponce de. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 818-821, 2006.

GIORGI, Dante Marcelo Artigas. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2006.

JESUS, ANA ROSA FLORES; RIBEIRO, ELAINE ROSSI. Educação na área da saúde: importância da atuação do enfermeiro. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 35-49, 2013.

LIMA, Verineida et al. Fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. **Revista brasileira em promoção da saúde**, v. 19,

n. 3, p. 148-154, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022**. Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, v.20 n.4 Brasília dez. 2011.

MENEZES, Ana Gabriela Mota Pereira; GOBBI, Débora. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde,** v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; GOMES, Emiliana Bezerra; SANTOS, Jênifa Cavalcante dos. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista gaúcha de enfermagem,** v. 31, p. 662-669, 2010.

ROTHER, E.T Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SANTOS, Jênifa Cavalcante dos; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da** USP, v. 46, p. 1125-1132, 2012.

STEFANINI, Edson; BROLLO, Luigi. Emergência hipertensiva nas síndromes coronárias agudas. **Rev Bras Hipertens** vol, v. 21, n. 4, p. 184-188, 2014. YAMADA, A. T. T.; LAVRAS, C.; DEMUNER, M. S. **Manual de orientação clínica: hipertensão arterial sistêmica (HAS).** SÃO PAULO: SES/SP, 2011.

TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 9, p. 885-895, 2004.

TRICHES, Cristina et al. Complicações macrovasculares do diabetes melito: peculiaridades clínicas, de diagnóstico e manejo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, p. 698-708, 2009.

CAPÍTULO 4

ALTERAÇÕES IMUNOLÓGICAS NO *DIABETES MELLITUS* E GANGRENA DE FOURNIER: CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

Lenilson Prates da Silva[1];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre – RS.

http://lattes.cnpq.br/1986504119018584

Ézio Junio Gonçalves Nunes[2];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre – RS.

http://lattes.cnpq.br/1055357858049949

Thaísa Soares Crespo[3];

Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Montes Claros – MG.

http://lattes.cnpq.br/2925672631848999

Thamirys Freitas Nolasco[4];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador – BA.

http://lattes.cnpq.br/3123049036845811

Venicius de Araújo Ramos[5];

Universidade Estácio de Sá (UNESA), Rio de Janeiro, RJ.

https://orcid.org/0000-0002-1132-8664

Geisa Silva Novais[6];

Universidade do Estado da Bahia, (UNEB), Guanambi – BA.

http://lattes.cnpq.br/7827604012335006

Raysa Messias Barreto de Souza[7].

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA.

http://lattes.cnpq.br/0591839126294720

RESUMO: A Gangrena de Fournier é uma doença infecciosa grave que acomete as regiões perineal e genital, tendo como fatores de risco: *diabetes mellitus*, alcoolismo, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e imunossupressão. Manifesta-se frequentemente com dor, eritema, edema e necrose do escroto ou região perianal e perineal em associação com febre e calafrios ou como sepse. O tratamento consiste em suporte clínico, antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico. Apresentamos um caso de Gangrena de

Fournier extensa em paciente diabético e discutimos os aspectos imunológicos relacionados à maior gravidade da doença nesses pacientes. Obteve-se o termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética. Os dados do caso foram coletados através da análise do prontuário. Selecionaram-se 25 artigos para revisão de literatura através de pesquisa na base PubMed. Demonstrou-se que a maior frequência de infecções em doentes diabéticos é causada pelo ambiente hiperglicêmico que favorece a disfunção imune. Anormalidades neste sistema associadas a alterações vasculares fazem com que a pele e o tecido celular subcutâneo sejam suscetíveis a infecções e suas complicações. As infecções mais graves são observadas principalmente no tecido celular subcutâneo incidindo, sobretudo nos membros inferiores e região perineal com risco de rápida evolução para sepse e falência múltipla de órgãos e sistemas. Conclui-se que as doenças infecciosas são mais frequentes e/ou mais graves em pacientes diabéticos e estão associadas às alterações na imunidade. A Gangrena de Fournier é a mais importante delas devido ao risco de rápida evolução para sepse e falência múltipla de órgãos e sistemas. O diagnóstico e o tratamento precoce, o suporte clínico, o manejo das complicações e a assistência multidisciplinar são essenciais para obtenção de melhores desfechos.

PALAVRAS CHAVE: Gangrena de Fournier. *Diabetes Mellitus*. Fasceíte Necrotizante.

IMMUNOLOGICAL CHANGES IN DIABETES MELLITUS AND FOURNIER'S GANGRENE: CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Fournier's Gangrene is a serious infectious disease that affects the perineal and genital regions, having as risk factors: diabetes mellitus, alcoholism, hypertension, obesity, smoking and immunosuppression. It often manifests with pain, erythema, edema, and necrosis of the scrotum or perianal and perineal region in association with fever and chills or as sepsis. Treatment consists of clinical support, broad-spectrum antibiotic therapy, and surgical debridement. We present a case of extensive Fournier's Gangrene in a diabetic patient and discuss the immunological aspects related to the greater severity of the disease in these patients. The informed consent form was obtained and the research project was approved by the ethics committee. The data of the case were collected through the analysis of the medical records. Twenty-five articles were selected for literature review through research in PubMed database. The highest frequency of infections in diabetic patients has been shown to be caused by the hyperglycemic environment that favors immune dysfunction. Abnormalities in this system associated with vascular alterations cause the skin and subcutaneous cellular tissue to be susceptible to infections and their complications. The most severe infections are observed mainly in the subcutaneous cellular tissue focusing, especially in the lower limbs and perineal region with risk of rapid evolution to sepsis and multiple organ and system failure. It is concluded that infectious diseases are more frequent and/or more severe in diabetic patients and are associated with changes

in immunity. Fournier's Gangrene is the most important of them due to the risk of rapid evolution to sepsis and multiple organ and system failure. Early diagnosis and treatment, clinical support, management of complications and multidisciplinary care are essential to obtain better outcomes.

KEY-WORDS: Fournier Gangrene. *Diabetes Mellitus*. Necrotizing fasciitis.

INTRODUÇÃO

A Gangrena de Fournier é uma fasceíte necrosante, causada por micro-organismos aeróbios e anaeróbios que acomete as regiões perineal e genital. O processo pode não só se estender rapidamente à parede abdominal anterior, à região dorsal, aos membros superiores e ao retroperitônio bem como induzir à sepse (SHYAM; RAPSANG, 2013).

Ocorre principalmente em indivíduos do sexo masculino na proporção de 10 para 1, afetando todas as faixas etárias e tem como fatores de risco: *diabetes mellitus*, alcoolismo, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e imunossupressão (MONTOVA; IZQUIERDO, 2009).

As manifestações mais frequentes são dor, eritema, edema e necrose do escroto ou região perianal e perineal em associação com febre e calafrios ou sepse (SHYAM; RAPSANG, 2013).

O tratamento clássico da Gangrena de Fournier consiste na imediata correção dos distúrbios hidroeletrolíticos, ácido-base e hemodinâmicos, antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico de emergência (RUBEGNI; LAMBERTI, 2014).

Diante do exposto, este relato de caso tem o objetivo de descrever uma apresentação extensa da Gangrena de Fournier em paciente com *diabetes mellitus* e discutir os aspectos imunológicos relacionados à maior gravidade da doença nestes pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva de caso único. Os dados foram analisados retrospectivamente, através dos registros contidos no prontuário. Essas informações serão discutidas com fundamentação teórica baseadas nas publicações sobre o assunto.

Foi obtido o termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE/SOEBRAS, CAAE: 65359417.9.0000.5141, número do parecer: 2.000.490.

Para revisão de literatura, foi realizada busca na base de dados PubMed utilizando os descritores "Fournier Gangrene", "Diabetes Mellitus" e "Necrotizing fasciitis" a partir do ano de 2010. Após avaliação, foram selecionados 25 artigos pertinentes ao tema abordado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação do caso

Paciente do sexo masculino, 54 anos, portador de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e doença diverticular dos cólons, etilista, ex-tabagista, obeso, em uso regular de medicação antidiabética e anti-hipertensiva.

No decorrer de sete dias apresentou dor perineal de forte intensidade, limitando o sono e a deambulação, associada a calor e edema locais. Procurou atendimento no pronto-socorro por abcesso perineal volumoso com orifício de drenagem na região glútea direita associado à febre e astenia.

Foi internado e submetido à drenagem do abscesso em bloco cirúrgico com posicionamento de dreno de penrose e antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxona.

Ao final da primeira semana de internação, evoluiu com dor e parestesia em membro inferior direito, dificuldade de deambulação, febre, vômito e oligúria. Ao exame, apresentava taquipneia, taquicardia e tendência à hipotensão. Na região que se estendia da bolsa escrotal à região distal posterior da coxa direita foram observados hiperemia, edema, pontos de crepitação, lesão bolhosa na fossa poplítea e na região perianal que progrediram com drenagem de secreção purulenta. Firmou-se então o diagnóstico de Gangrena de Fournier.

O espectro antimicrobiano foi ampliado com metronidazol e oxacilina endovenosos e realizada tomografia computadorizada de pelve e membros inferiores de urgência, para determinação da extensão do acometimento e planejamento cirúrgico. O exame evidenciou presença de gás dissecando a musculatura glútea até o segmento medial da coxa direita.

O paciente foi submetido ao desbridamento amplo da fasceíte necrosante da região perineal, coxa e terço proximal da perna direita (figura 1), em caráter de urgência.

Figura 1: Desbridamento Cirúrgico

Fonte: Arquivo pessoal.

A hemocultura foi negativa e o exame anatomopatológico evidenciou autólise e paniculite aguda, compatível com fasceíte necrotizante. A cultura e o antibiograma da secreção purulenta evidenciaram *Escherichia coli*, *Enterococcus sp.* e *Staphylococcus sp*. multisensíveis.

Nos primeiros dias de pós-operatório, o paciente se manteve taquicárdico, taquipneico, oligúrico e hipocorado com drenagem de grande quantidade de secreção piosanguinolenta com odor fétido pela ferida operatória, sendo optado pela troca de ceftriaxona por cefepime. Evoluiu com injúria renal aguda manejada clinicamente com hidratação venosa, sem necessidade de terapia de substituição renal.

Houve progressão da área de necrose com comprometimento da região anal e reto distal, sendo necessária a realização de novo desbridamento e desvio do trânsito intestinal com colostomia em alça de cólon sigmoide. Após o procedimento, foi admitido no CTI hemodinamicamente estável, sem drogas vasoativas, sem sedação e em ventilação espontânea.

Evoluiu com queda progressiva da hemoglobina, chegando a 4,7 mg/dl no 12º dia de internação, com necessidade de hemotransfusão.

Após o 26º dia de internação referiu melhora da dor, da parestesia e da força no membro inferior direito. A ferida operatória apresentou redução da secreção purulenta e melhora do aspecto, entretanto, com algumas áreas de necrose, as quais foram submetidas ao desbridamento cirúrgico. A antibioticoterapia (cefepime, oxacilina e metronidazol) foi suspensa e iniciado fluconazol para tratamento de infecção do trato urinário por *Candida spp*.

Foi realizada reconstrução com retalho miocutâneo em região perineal, coxa e perna direita no 32° dia de internação. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar.

Após 5 meses, o paciente reinterna eletivamente para reconstrução do trânsito gastrointestinal. O procedimento foi realizado sem intercorrências, com boa evolução pós-operatória, aceitando dieta, apresentando evacuações, deambulando e sem complicações da ferida operatória. Recebeu alta hospitalar após 8 dias.

DISCUSSÃO

O *Diabetes mellitus* (DM) é considerado um dos maiores problemas de saúde emergentes do século XXI, estimando-se que haverá 380 milhões de pessoas com DM em 2025 (CASQUEIRO et al., 2012). Além das complicações clássicas da doença, as doenças infecciosas são mais frequentes e/ou mais graves nos pacientes diabéticos, aumentando a morbimortalidade, sendo estes pacientes comparados a um verdadeiro imunossuprimido (CASQUEIRO et al., 2012; ROCHA et al., 2002; MINELLI et al., 2003).

A maior frequência de infecções nos pacientes diabéticos é causada pelo ambiente hiperglicêmico que favorece a disfunção imune (por exemplo, danos para a função dos neutrófilos, depressão do sistema antioxidante e da imunidade humoral), micro e macroangiopatias, neuropatia, diminuição da atividade antibacteriana da urina, alterações da motilidade gastrintestinal e urinária, e maior número de intervenções médicas nestes pacientes (CASQUEIRO et al., 2012; ROCHA et al., 2002; MINELLI et al., 2003; GAN, 2013).

Embora alguns estudos tenham demonstrado uma redução dos níveis séricos do componente C4 do complemento nos pacientes diabéticos, essa deficiência provavelmente se deve à uma disfunção dos polimorfonucleares e uma resposta deficiente aos estímulos das citocinas (CASQUEIRO et al., 2012).

As células mononucleares e monócitos de pacientes com DM secretam menos interleucina-1 (IL-1) e interleucina-6 (IL-6) em resposta à estimulação por lipopolissacarídeos, provavelmente devido a um defeito intrínseco das células destes indivíduos (CASQUEIRO et al., 2012; GEERLINGS; HOEPELMAN, 1999; ROCHA et al., 2002; GUADARRAMA-LÓPEZ et al., 2014). No entanto, alguns estudos relataram que a glicação aumentada podem inibir a produção de IL-10 por células mieloides, bem como do interferon gama (IFN-γ) e fator de necrose tumoral alfa (TNF-α) pelas células T. A glicação também reduz a expressão de complexo principal de histocompatibilidade de classe I (MHC) na superfície de células mieloides, prejudicando a imunidade celular (PRICE et al., 2010; GAN, 2013).

A hiperglicemia está relacionada à redução do recrutamento de leucócitos polimorfonucleares, da quimiotaxia, da aderência leucocitária, da opsonização e da atividade fagocítica (SHYAM; RAPSANG, 2013; PRICE et al., 2010). Além disso, o estado hiperglicêmico bloqueia a função antimicrobiana ao inibir a glicose 6-fosfato, aumentando a apoptose dos leucócitos polimorfonucleares e reduzindo a diapedese (CASQUEIRO et al., 2012; PELEG et al., 2007). A imunidade inata também é afetada pelos altos níveis glicêmicos. Há redução na contagem das células dendríticas e alterações nos receptores de ativação das células *Natural Killer (NK)*, comprometendo as suas funções (GUADARRAMA-LÓPEZ et al., 2014; GAN, 2013).

A glicação de imunoglobulina ocorre em pacientes com diabetes em proporção com o aumento da hemoglobina glicada (HbA1c), podendo prejudicar a função biológica dos anticorpos (CASQUEIRO et al., 2012; PELEG et al., 2007). No entanto, geralmente a imunidade humoral está preservada (CASQUEIRO et al., 2012; ROCHA et al., 2002).

Essas anormalidades do sistema imune associadas à diminuição da difusão dos nutrientes através das paredes vasculares espessadas fazem com que a pele e o tecido celular subcutâneo do diabético passem a ser órgãos suscetíveis a variadas formas de comprometimento, principalmente de origem infecciosa, facilitando as complicações e/ou retardando a cura de processos aparentemente benignos e de curta duração (MINELLI et al., 2003).

As infecções mais graves são observadas principalmente no tecido celular subcutâneo incidindo, sobretudo nos membros inferiores e região perineal (MINELLI et al., 2003). A fasceíte necrotizante é a mais importante delas devido ao risco de rápida evolução para sepse e falência múltipla de órgãos e sistemas. É uma infecção progressiva, tipicamente polimicrobiana, caracterizada por extensa necrose do tecido celular subcutâneo e fáscia muscular associada à febre, dor local intensa com poucos sinais inflamatórios na pele suprajacente e sinais de toxicidade sistêmica (ROCHA et al., 2002; CHANDRA et al., 2011; ESPANDAR et al., 2011).

A Gangrena de Fournier (GF), descrita em 1883 pelo dermatologista e infectologista francês Jean-Alfred Fournier, é um tipo específico de fasceíte necrotizante, com alta morbidade e mortalidade (PASTORE et al., 2013; ALTARAC et al., 2012; MARTINSCHEK et al., 2012; TORREMADÉ et al., 2010; MEHL et al., 2010; WRÓBLEWSKA et al., 2014). Na prática, os termos fasceíte necrotizante e gangrena de Fournier são usados como sinônimos (KOMNINOS et al., 2013). Acomete o períneo e a região genital podendo se estender para a parede abdominal (MINELLI et al., 2003; ALTARAC et al., 2012; KOMNINOS et al., 2013; TORREMADÉ et al., 2010; GÖKTAŞ et al., 2012; BENJELLOUN et al., 2013; WRÓBLEWSKA et al., 2014). O caso apresentado trata-se de uma fasceíte necrotizante atípica, devido sua extensão.

É uma condição rara, com uma incidência de 1,6 casos por 100.000 homens por ano e corresponde a 0,02% das admissões em enfermarias urológicas. Geralmente ocorre em pacientes com fatores predisponentes que incluem diversos estados de imussupressão como DM, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), alcoolismo crônico, desnutrição, idade avançada, insuficiência renal crônica, obesidade, uso de corticoides e doenças malignas (ROCHA et al., 2002; PASTORE et al., 2013; ALTARAC et al., 2012; ERSOZ et al., 2012; KOMNINOS et al., 2013; SROCZYŃSKI et al., 2013; TORREMADÉ et al., 2010; MEHL et al., 2010; ALIYU et al., 2013; BENJELLOUN et al., 2013). Acomete uma ampla faixa etária, no entanto, é mais frequente em homens entre a terceira e a sexta décadas de vida, com a média de idade acima dos 50 anos (ERSOZ et al., 2012; KOMNINOS et al., 2013; TORREMADÉ et al., 2010; MEHL et al., 2010). A proporção entre homens e mulheres é de 10:1 (SROCZYŃSKI et al., 2013; MEHL et al., 2010).

A GF é causada por comensais da pele normal do períneo e genitália que atuam em sinergia para causar infecção e invadir o tecido, causando microtromboses nos pequenos vasos subcutâneos levando à isquemia. Há liberação de vários agentes citotóxicos (por exemplo, colagenases, hialuronidase) com destruição progressiva do tecido local (PASTORE et al., 2013; ALTARAC et al., 2012; MARTINSCHEK et al., 2012; SROCZYŃSKI et al., 2013; TORREMADÉ et al., 2010). O sinergismo entre os microrganismos aeróbios e anaeróbios é o principal responsável pelo curso progressivo da infecção (MARTINSCHEK et al., 2012; SROCZYŃSKI et al., 2013; BENJELLOUN et al., 2013). Geralmente se desenvolve após trauma, injúria endoscópica, infecções urogenitais ou extensão de microrganismos do cólon, reto ou ânus (KOMNINOS et al., 2013; SROCZYŃSKI et al., 2013; MEHL et al., 2010;

ALIYU et al., 2013; BENJELLOUN et al., 2013).

O diagnóstico de GF é baseado nos sintomas e sinais clínicos que incluem desconforto e prurido genital, inicialmente, seguidos de edema e dor escrotal, eritema genital, necrose, endurecimento, crepitações, odor fétido e febre. Nem todos os sintomas estão presentes, dificultando o diagnóstico e exigindo um alto grau de suspeição (ROCHA et al., 2002; PASTORE et al., 2013; SROCZYŃSKI et al., 2013; MEHL et al., 2010; BENJELLOUN et al., 2013). Os exames radiológicos tais como radiografia simples, ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética são úteis para auxiliar o diagnóstico, através da detecção de ar em tecidos moles, e determinar a extensão do processo necrótico, bem como as causas de falha terapêutica (SROCZYŃSKI et al., 2013; MEHL et al., 2010; BENJELLOUN et al., 2013).

Apesar de uma abordagem multidisciplinar, uso de antibióticos de amplo espectro, desbridamento cirúrgico radical e suporte hemodinâmico em unidade de terapia intensiva, as taxas de mortalidade ainda são muito elevadas, entre 20 e 40% na maioria dos ensaios, podendo variar de 4 a 88% (PASTORE et al., 2013; ALTARAC et al., 2012; MARTINSCHEK et al., 2012; SROCZYŃSKI et al., 2013; TORREMADÉ et al., 2010; MEHL et al., 2010; GÖKTAŞ et al., 2012; BENJELLOUN et al., 2013). As principais causas de óbito em pacientes com GF são sepse grave, coagulopatia, insuficiência renal aguda, cetoacidose diabética e falência múltipla de órgãos (SROCZYŃSKI et al., 2013).

CONCLUSÃO

As doenças infecciosas são mais frequentes e/ou mais graves nos pacientes diabéticos e estão associadas a alterações na imunidade. A Gangrena de Fournier é a mais importante delas devido ao risco de rápida evolução para sepse e falência múltipla de órgãos e sistemas.

O diagnóstico e o tratamento precoce, o suporte clínico, o manejo das complicações e a assistência multidisciplinar são essenciais para obtenção de melhores desfechos.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALIYU S, IBRAHIM AG, ALI N, WAZIRI AM. **Fournier's Gangrene as Seen in University of Maiduguri Teaching Hospital.** ISRN Urol. 2013 Aug 12; 2013: 673121.

ALTARAC S, KATUŠIN D, CRNICA S, PAPEŠ D, RAJKOVIĆ Z, ARSLANI N. **Fournier's**

gangrene: etiology and outcome analysis of 41 patients. Urol Int. 2012; 88(3): 289-93.

BENJELLOUN EL B, SOUIKI T, YAKLA N, OUSADDEN A, MAZAZ K, LOUCHI A, KANJAA N, TALEB KA. **Fournier's gangrene:** our experience with 50 patients and analysis of factors affecting mortality. World J Emerg Surg. 2013 Apr 1; 8(1): 13.

CASQUEIRO J, CASQUEIRO J, ALVES C. **Infections in patients with diabetes mellitus:** A review of pathogenesis. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2012;16(Suppl1): S27-S36.

CHANDRA KUMAR AB, SUBRAMANYAM SG, KILPADI AB. **Clinico-Microbiological Aspects of Necrotising Fasciitis in Type II Diabetes Mellitus.** The Indian Journal of Surgery 73.3 (2011): 178–183. PMC. Web. 16 Mar. 2015.

ERSOZ F, SARI S, ARIKAN S, ALTIOK M, BEKTAS H, ADAS G, POYRAZ B, OZCAN O. **Factors affecting mortality in Fournier's gangrene:** experience with fifty-two patients. Singapore Med J. 2012; 53(8): 537–540.

ESPANDAR R, SIBDARI SY, RAFIEE E, YAZDANIAN S. **Necrotizing fasciitis of the extremities:** a prospective study. Strategies Trauma Limb Reconstr. 2011 Nov; 6(3): 121-5.

GAN YH. Host susceptibility factors to bacterial infections in type 2 diabetes. PLoS Pathog. 2013;9(12): e1003794.

GEERLINGS SE, HOEPELMAN AI. **Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus (DM).** FEMS Immunol Med Microbiol. 1999; 26: 256–65.

GÖKTAŞ C, YILDIRIM M, HORUZ R, FAYDACI G, AKÇA O, CETINEL CA. **Factors affecting the number of debridements in Fournier's gangrene:** our results in 36 cases. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2012 Jan; 18(1): 43-8.

GUADARRAMA-LÓPEZ AL, VALDÉS-RAMOS R, MARTÍNEZ-CARRILLO BE. **Type 2 diabetes, PUFAs, and vitamin D:** their relation to inflammation. J Immunol Res. 2014; 2014:860703.

KOMNINOS C, KARAVITAKIS M, KORITSIADIS S. **Fournier's gangrene in a patient with obesity and B-lymphoma.** Prague Med Rep. 2013; 114(3): 186-90.

MARTINSCHEK A, EVERS B, LAMPL L, GERNGROß H, SCHMIDT R, SPARWASSER C. Prognostic aspects, survival rate, and predisposing risk factors in patients with Fournier's gangrene and necrotizing soft tissue infections: evaluation of clinical outcome of 55 patients. Urol Int. 2012; 89(2): 173–179.

MEHL AA, NOGUEIRA FILHO DC, MANTOVANI LM, GRIPPA MM, BERGER R, KRAUSS D, RIBAS D. **Manejo da gangrena de Fournier:** experiência de um hospital universitário de Curitiba. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 37, n. 6, Dec. 2010.

MINELLI L, NONINO AB, SALMAZO JC, NEME L, MARCONDES M. **Diabetes mellitus e afecções cutâneas**. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, Dec. 2003.

MONTOVA CR, IZQUIERDO ME. **Fournier's gangrene.** Descriptive analysis of 20 cases and literature review. Actas Urol Esp, 2009 Sep; 33 (8):873-80.

PASTORE AL, PALLESCHI G, RIPOLI A, SILVESTRI L, LETO A, AUTIERI D, MAGGIONI C, MOSCHESE D, PETROZZA V, CARBONE A. **A multistep approach to manage Fournier's gangrene in a patient with unknown type II diabetes:** surgery, hyperbaric oxygen, and vacuum-assisted closure therapy: a case report. J Med Case Rep. 2013 Jan 3; 7:1.

PELEG AY, WEERARATHNA T, MCCARTHY JS, DAVIS TM. **Common infections in diabetes:** Pathogenesis, management and relationship to glycaemic control. Diabetes Metab Res Rev. 2007; 23:3–13.

PRICE CL, AL HASSI HO, ENGLISH NR, BLAKEMORE AI, STAGG AJ, KNIGHT SC. **Methylglyoxal modulates immune responses:** relevance to diabetes. J Cell Mol Med. 2010; 14: 1806–15.

ROCHA JLL, BAGGIO HCC, CUNHA CA, NICLEWICZ EA, LEITE SAO, BAPTISTA MIDK. **Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção**. Arq Bras Endocrinol Metab [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2015 Mar 15]; 46(3): 221-229.

RUBEGNI P, LAMBERTI A. Treatment of two cases of Fournier's gangrene and review of the literature. J Dermatolog Treat 2014 Apr;25(2):189-92.

SHYAM DC, RAPSANG AG. **Fournier's gangrene**. Surgeon. 2013 Aug;11(4):222-32.

SROCZYŃSKI M, SEBASTIAN M, RUDNICKI J, SEBASTIAN A, AGRAWAL AK. **A complex approach to the treatment of Fournier's gangrene.** Adv Clin Exp Med. 2013 Jan-Feb; 22(1): 131-5.

TORREMADÉ BARREDA J, MILLÁN SCHEIDING M, SUÁREZ FERNÁNDEZ C, CUADRADO CAMPAÑA JM, RODRÍGUEZ AGUILERA J, FRANCO MIRANDA E, BIONDO S. **Gangrena de Fournier:** Estudo retrospectivo de 41 casos. Cir Esp. 2010 Apr; 87(4): 218-23.

WRÓBLEWSKA M, KUZAKA B, BORKOWSKI T, KUZAKA P, KAWECKI D, RADZISZEWSKI P. **Fournier's gangrene** -- current concepts. Pol J Microbiol. 2014; 63(3): 267-73. Erratum in: Pol J Microbiol. 2015; 64(1): 60.

CAPÍTULO 5

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM PÉ DIABÉTICO PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE

José Lucas Abreu Nascimento[1];

Faculdade Dom Pedro II De Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

Http://Lattes.Cnpq.Br/9188450481432591

Alisson Cosme Andrade De Sá[2];

Faculdade Dom Pedro II De Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

Http://Lattes.Cnpq.Br/9796142316211992

Glenda Suellen Matos Cruz[3];

Faculdade Dom Pedro II De Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

Http://Lattes.Cnpq.Br/9727681917929085

Larissa Helen Araújo Farias[4];

Faculdade Dom Pedro II De Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

Http://Lattes.Cnpq.Br/5058888512605621

Tauane Araújo Ramos Rangel[5];

Faculdade Dom Pedro II De Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

Http://Lattes.Cnpq.Br/0357010735431234

Carlos Carvalho Da Silva[6];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/9186725811484031

Randson Souza Rosa[7];

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Frank Evilácio De Oliveira Guimaraes[8]

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

Bruno Gonçalves De Oliveira[9];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane Dos Santos Bomfim[10].

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo analisar as condutas da assistência de enfermagem a pessoa com pé diabético para prevenção de agravos à saúde, bem como o autocuidado. Método: Trata-se de um estudo de revisão de literatura, com abordagem qualitativa, exploratória. A pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro a maio de 2022 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados MEDLINE, BDENF e LILACS. Foram utilizados para busca os seguintes descritores: “Cuidados de enfermagem”, “Pé diabético”, “Diabetes Mellitus”. Os critérios de inclusão foram os seguintes: estudos com textos completos, estudos no idioma inglês e português, com recorte temporal dos últimos cinco anos de 2016 a 2021. Os critérios de exclusão foram teses, dissertações, estudos de revisão, estudos duplicados. Resultado: Na primeira busca foram encontrados 240 estudos. Após aplicação dos critérios de inclusão, resultou em 55 estudos. Após aplicação dos critérios de exclusão, leitura dos títulos e resumos, resultou em 16 artigos. Conclusão: a assistência do enfermeiro é de suma importância para realizar o exame do pé e educar o paciente sobre a realização dos cuidados diários. Assim, nota-se que o enfermeiro é o profissional com conhecimento teórico e prático para dar assistência ao paciente com Diabetes Mellitus a prevenção do pé diabético.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Pé diabético. Diabetes Mellitus.

NURSING ASSISTANCE FOR A PERSON WITH DIABETIC FOTT FOR THE PREVENTIO OF HEALTH PROBLEMS

ABSTRACT: The present study aims to analyze the conduct of nursing care for people with diabetic foot for the prevention of health problems, as well as self-care. Method: This is a literature review study, with a qualitative, exploratory approach. The research was carried out between February and May 2022 in the Virtual Health Library (BVS), in the MEDLINE, BDENF and LILACS databases. The following descriptors were used to search: “Nursing care”, “Diabetic foot”, “Diabetes Mellitus”. The inclusion criteria were as follows: studies with full texts, studies in English and Portuguese, with a time frame of the last five years from 2016 to 2021. The exclusion criteria were theses, dissertations, review studies, duplicate studies. Result: In the first search, 240 studies were found. After applying the inclusion criteria, it resulted in 55 studies. After applying the exclusion criteria, reading the titles and abstracts, it resulted in 16 articles. Conclusion: the nurse’s assistance is of paramount importance to perform the foot exam and educate the patient about performing daily care. Thus, it is noted that the nurse and the professional with theoretical and practical knowledge to assist the

patient with Diabetes Mellitus in the prevention of diabetic foot.

KEY-WORDS: Nursing care. Diabetic foot. Diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) classifica o diabetes mellitus (DM) como uma desordem metabólica que consiste em hiperglicemia persistente, devido a deficiência na produção de insulina ou na sua ação em virtude da diminuição da sensibilidade insulínica em seus tecidos alvo ou pela redução na sua secreção de insulina. O DM mais prevalente é o diabetes tipo 2 (DM2) representando cerca de 90% dos casos, por se tratar de uma patologia multifatorial e em seguida o diabetes tipo 1, em 2017, a taxa mundial de indivíduos com DM1 em uma escala de idade entre 0 a 19 anos, foi de 1.104.500, com uma estimativa aproximada de 132 mil casos novos por ano (SDB, 2019; BRASIL, 2016; AACC, 2018).

O DM1 é uma patologia autoimune, poligênica, consequente da destruição das células *B* Beta pancreáticas, caracterizando deficiência total na produção de insulina. O DM2 possui etiologia complexa e multifatorial que envolve fatores genético e ambiental, acometendo na sua grande maioria pessoas a partir da quarta idade de vida, embora ocorra em jovens e criança também. Dentre os fatores ambientais estão sedentarismo, obesidade e alimentação rica em açúcar e carboidratos refinados. (SDB, 2019).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) o DM é o terceiro causador de mortalidade precoce, ficando atrás apenas da pressão arterial elevada e uso de tabaco. A Federação Internacional de Diabetes (IDF) calculou em 2017, que de 7,2 a 11,3 da população mundial com idade de 20 a 79 anos convivia com diabetes (OMS, 2009; IDF, 2017)

Clinicamente o DM apresenta hiperglicemia, com a presença dos ‘’três P’’: poliúria, polidipsia e polifagia. Desse modo, a poliuria é caracterizada pelo aumento da micção, polidipsia que é a sede aumentada que ocorre devido a perda excessiva de liquido que se associa com a diurese osmótica, polifagia que se caracteriza pelo aumento do apetite em virtude do catabolismo induzido pela deficiência da produção de insulina e pela degradação das proteínas e lipídios. Além disso, apresenta fadiga e fraqueza, visão turva, formigamento nos pés, ressecamento da pele, feridas de lenta cicatrização, lesões cutâneas e em alguns casos evolução para cetoacidose diabética (SMEITZER, 2012).

A hospitalização traz grandes gastos para o sistema público de saúde, além de prejuízos psicológicos e sociais aos indivíduos que necessitam utilizar desse sistema. O pé diabético é a causa mais recorrente de internações duradoura, alcançando 25% das admissões hospitalares nos Estados Unidos, com valores elevados, cerca de 28 mil dólares a cada admissão por ulceração. (SDB, 2019).

O pé diabético está associado, de modo geral, a várias complicações crônicas, macro e microvasculares. A neuropatia afeta os nervos dos membros inferiores condiciona uma insensibilidade aos traumatismos vulgares do dia a dia do paciente e a doença arterial periférica aterosclerótica afetando as artérias de médio e pequeno calibre dos membros inferiores condicionam uma isquemia periférica com grande fragilidade tecidual podendo surgir uma ulcera crônica do pé (GEPED, 2019).

A *American Diabetes Association* (2013) preconiza que todos indivíduos com DM realize o exame dos pés anualmente, analisando os possíveis fatores de risco para úlcera e amputação. Desse modo, é necessário que o enfermeiro através da consulta de enfermagem realize o acompanhamento desses pacientes através de uma rotina ajustada de avaliação, sensibilidade protetora e da integridade dos pés, com intuito de prevenir complicações (BRASIL, 2013; 2016).

Dessa forma, a consulta de enfermagem é realizada com a finalidade de identificar as possíveis complicações no paciente com DM. Nesse viés, o profissional enfermeiro realiza a inspeção, palpação de forma minuciosa dos pés para identificar as alterações dermatológicas, musculoesquelética, vasculares e neurológicas com finalidade de prevenir as úlceras no pé diabético (LIRA *et al*., 2021).

A conduta do enfermeiro, além do exame físico dos pés, também tem o intuito de proporcionar o acompanhamento e o incentivo ao autocuidado, com base nos ensinamentos dos cuidados relativos à prevenção do pé diabético. Essas condutas devem ser realizadas de forma sistematizada e continua tendo em vista a redução dos agravos do pé diabético e melhorar a qualidade de vida das pessoas com DM (PEREIRA et al., 2017)

Nesse contexto, o estudo justifica-se pela úlcera de pé diabético ser uma condição clinica que traz grandes prejuízos psicossociais e socioeconômicos, devido ao grande número de internações e elevados índices de amputação e a sobrecarga dos serviços de saúde. Nesse viés, o enfermeiro possui o conhecimento técnico e cientifico na promoção, prevenção e reabilitação do pé diabético. Dessa forma, o estudo tem como objetivo analisar as condutas da assistência de enfermagem a pessoa com pé diabético para prevenção de agravos à saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

Um estudo realizado por Trombini *et al* (2021) evidenciou que os indivíduos de sua pesquisa possuíam conhecimento insatisfatório e dificuldades para cuidar dos pés de forma correta e de associar que cuidados básicos são importantes para a prevenção de lesão nos pés. Essas dificuldades no cuidado foram mais prevalentes nos indivíduos com ensino fundamental incompleto, o fator da escolaridade dificulta na compreensão sobre a doença que apresenta. Pacientes que são casados tinham um menor número de complicações, mostrando ser um fator de proteção no autocuidado que, na maioria das vezes, ajuda nos

cuidados com a doença, pois a (o) companheiro (a) influência nos cuidados (LIRA *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2016).

Em um estudo realizado por Teston *et al* (2017) relacionado ao autocuidado, identificou que 81,7% (58) dos indivíduos tinham condições de higiene adequada. No que se refere ao corte das unhas 36,6% (26) apresentaram corte inadequado das unhas e 29,6% (21) apresentou corte de unhas adequadas. No quesito secagem dos espaços interdigitais dos pés foi referido a realização por 59% (41). Além disso, nota-se a relevância das ações dos cuidados de enfermagem enfatizando a educação em saúde visando a redução dos agravos da doença dando autonomia ao paciente para uma melhor qualidade de vida (GOMES *et al.*, 2021)

Desse modo, evidenciou que o enfermeiro é o profissional que promove educação de maneira sistemática engajando o autocuidado e o autoexame dos pés, com intuito de prevenir complicações em indivíduos com DM e mantendo a vigilância nos pés para identificar fatores de risco. (PEREIRA *et al.*, 2017; BRANDÃO, 2020).

Segundo Teston *et al.* (2017) os profissionais da saúde, principalmente enfermeiro, precisam de um envolvimento mais efetivo no cuidado e orientação dos pacientes com DM. Em virtude da quantidade considerável dos indivíduos que participaram do estudo tinham corte das unhas e a utilização de calçados inadequados, presença de micose, calos, rachaduras e pele ressecada. Nesse viés, Arruda *et al*.(2019) reiteram que as ações de enfermagem devem incluir uma rotina de assistência para avaliação de perda da sensibilidade protetora plantar, com toque do monofilamento de 10g juntamente com o diapasão de 128Hz e neuroestesiômetro para avaliar o nível de sensibilidade vibratória, martelo para testar o reflexo aquileu e o pino com intuito de avaliar a sensibilidade dolorosa.

Em estudo realizado por Oliveira *et al* (2016) na Estratégia de Saúde da Família, evidenciou que os profissionais de enfermagem orientam os pacientes de forma específica, visando os cuidados voltado aos pés. Bem como relatou que 26 (68,4%) dos enfermeiros auxiliam sobre o uso do calçado confortável, 17 (44,7%), orientam sobre o corte adequado das unhas (reto), 13 (34,2%) educa como realizar a higiene adequada dos pés, 13 (34,2%) orientam sobre a importância da hidratação, 6 (15,8%) estimulam a realizar a inspeção dos pés e 5 (13,2%) a importância de sempre andar calçado.

Salienta-se então sobre a importância de a enfermagem utilizar a classificação de risco de ulceração que é uma maneira de nortear a data da periocidade do exame do pé, com frequência de reavaliação de um a doze meses, a depender do grau de risco, o que torna importante na tomada de decisão para prevenir complicações no pé (LIRA *et al.*, 2020).

Notou-se na literatura que diminuiu a quantidade de amputações em pacientes que frequentavam mais as consultas e acompanhamento médico e de enfermagem; aumentando o número de amputações quando o paciente adiava o tratamento do DM, em virtude que a neuropatia tem como característica a ausência de dor, causando uma falsa sensação que

os pés estão saudáveis (DINIZ *et al.*, 2019).

Outro achado relevante publicado por Moura *et al* (2016) mostram que os cuidados com os pés devem ser tratados com prioridade pelos profissionais da saúde, principalmente enfermeiro. Visto que, indivíduos que são submetidos a amputação tem um risco aumentado para vim a óbito e uma perca acentuada da sua qualidade de vida. Além disso, se o paciente já teve alguma ulceração tem um risco elevado de 57 vezes mais chance de ser submetido a uma segunda amputação.

Segundo Moreira *et al*. (2020) as ações educativas do autocuidado com os pés trabalhadas em um grupo operativo mostraram resultados positivos para melhora do autocuidado e diminuição das complicações dos pés, visto que o enfermeiro é o principal profissional a desenvolver grupos educativo para prevenção das complicações. As buscas evidenciaram que o uso de protocolo educativo preconiza ações integral ao paciente, que envolve assistência integral no processo de enfermagem. Essa assistência de enfermagem deve considera o contexto cultural do paciente e financeiro (DUTRA *et al.*, 2018).

Assim, os conhecimentos e habilidades desenvolvidas pelos enfermeiros são fundamentais na prevenção e cuidados com os pés, compartilhando ações educativas como uma forma de cuidado. Abordando orientações pertinentes e condizente com a literatura a respeito dos cuidados que os indivíduos com DM devem adotar para diminuir o risco de desenvolver lesões em seus pés (SILVA *et al.,* 2016) Além disso, Pereira et al (2017) mostrou a relevância do enfermeiro na prevenção das complicações nos pés dos indivíduos com Dm, em virtude da necessidade deste profissional abordar o papel clinico juntamente com o cliente, o que viabiliza a importância desse profissional fazendo a diferença no cuidado.

Em contrapartida Vargas *et al* (2017) e Pereira *et al* (2017) ressaltaram em seus estudos que o conhecimento dos enfermeiros é insatisfatório e fragmentado, não dando uma assistência adequada no cuidado ao paciente com DM na detecção dos riscos para o desenvolvimento do pé diabético. Esse conhecimento insatisfatório se justificou pela dificuldade dos enfermeiros em abordar a temática quando os entrevistadores faziam perguntas sobre a temática e quando foi mencionado se os mesmos conheciam os equipamentos a maioria desconhecia e alguns improvisavam os equipamentos. Além disso, notou-se baixo desempenho no que se refere ao exame físico.

Sendo o exame dos pés a principal maneira para prevenir as ulcerações no paciente com DM, alguns pacientes relataram que nunca foi submetido ao exame do pé, enfatizando a necessidade que assistência de enfermagem precisa melhorar (LIRA *et al*., 2020)

Entretanto, o estudo de Santiago *et al* (2021) demonstrou resultados positivos quando enfermeiros foram capacitados através da modalidade a distância sobre cuidados do paciente com DM. Desse modo, o autor acrescentou que essa modalidade de capacitação vem preencher uma lacuna em relação à capacitação do enfermeiro na atenção básica. Para efeito positivo. Trombini et al. (2021) elucida a importância de manter os enfermeiros capacitados e sensibilizado através da educação permanente articulando os saberes teóricos

com pratica cotidiana com intuito de melhorar o conhecimento profissional e fornecer uma assistência de qualidade ao indivíduo com DM.

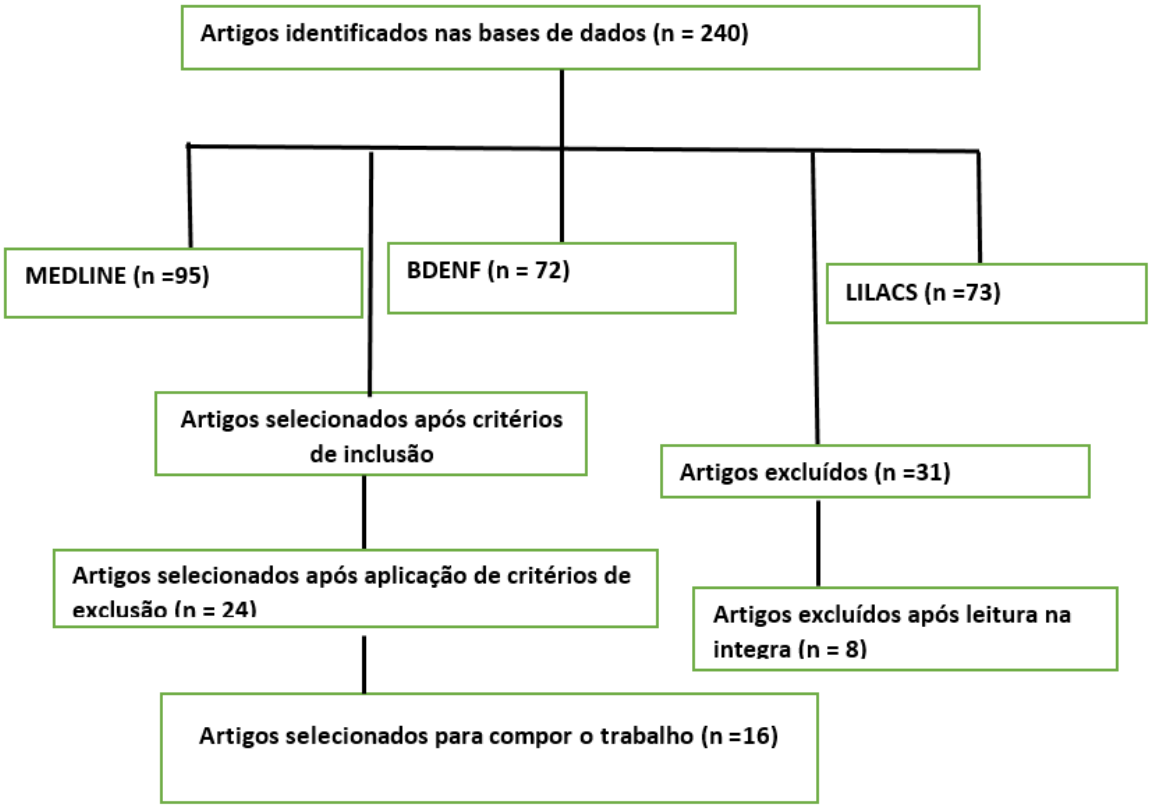
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, com abordagem qualitativa, exploratória, com intuito de revisar através da literatura publicada o que há de mais atual a respeito da assistência de enfermagem na prevenção do pé diabético. Para construção do estudo seis etapas foram adotadas: identificação de pergunta norteadora, definição de critérios de inclusão e exclusão, seleção do rol dos estudos, definição das informações a serem extraídas, análise crítica dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação das evidências encontradas.

Na primeira etapa, o estudo teve como questão norteadora: qual a importância e de que forma a assistência de enfermagem ao paciente com pé diabético é realizada para prevenção de agravos a saúde da pessoa com a doença?

A pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro a maio de 2022 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados MEDLINE, BDENF e LILACS. Foram utilizados para busca os seguintes descritores: “Cuidados de enfermagem”, “Pé diabético”, “Diabetes Mellitus”. Os critérios de inclusão foram os seguintes: estudos com textos completos, estudos no idioma inglês e português, com recorte temporal dos últimos cinco anos de 2016 a 2021. Os critérios de exclusão foram teses, dissertações, estudos de revisão, estudos duplicados.

Na primeira busca foram encontrados 240 estudos. Após aplicação dos critérios de inclusão, resultou em 55 estudos. Após aplicação dos critérios de exclusão resultou em 24 artigos, sendo que destes, 16 artigos foram selecionados após leitura na integra para compor o estudo.



CONCLUSÃO

A assistência do enfermeiro é de suma importância para realizar o exame do pé e educar o paciente sobre a realização dos cuidados diários. Nesse viés, notou-se que os estudos abordaram que a assistência do enfermeiro contribuiu na prevenção das complicações dos pés dos pacientes com DM de forma significativa. Em contrapartida, alguns estudos divergiram sobre o conhecimento insatisfatório do enfermeiro e dificuldades para cuidar dos pés de forma correta.

O enfermeiro é indispensável no que se refere a assistência ao paciente com DM na prevenção das complicações dos pés. Dessa forma, atualização deste profissional através de cursos de capacitação são fundamentais para aprimorar o conhecimento e melhoria da assistência. Além disso, elucidar a importância do autocuidado dos pés e engajar os familiares no cuidado holístico dos pés do paciente com DM.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

AACC **- American association for clinical chemistr. 2018 Standards of Medical Care in Diabetes** | AACC.org. Disponível em: <https://www.aacc.org/cln/cln-stat/2018/january/18/2018-standards-of-medical-care-in-iabetes#:~:text=The%20American%20Diabetes%20Association%20%28ADA%29%20in%20its%202018>. Acesso em: 19 março. 2022.

ARRUDA, L. S. N. DE S. *et al.* Nurse's knowledge about caring for diabetic foot. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 13, n. 0, 5 nov. 2019.

BRANDÃO, M. G. S. A. Processo de enfermagem em um paciente com pé diabético: relato de experiência. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 14, n. 1, p. 52-61. 2020.

BRASIL. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DINIZ, I. V. *et al*. Fatores associados à amputação não traumática em pessoas com diabetes mellitus: um estudo transversal. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v. 21,p. 1-9. 2019.

DUTRA, L. M. A. *et al*. Avaliação do risco de ulceração em indivíduos diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl.3, p. 733–739, 2018.

GEPED. **Tradução das Recomendações do International Working Group of the Diabetic Foot (IWGDF) pelo Grupo de Estudos de Pé Diabético (GEPED**). p. 9–10, 2019.

GOMES, L. C. *et al*. Contribuições de um programa educativo na prevenção de lesões nos pés de pessoas com diabetes mellitus**. Journal Health NPEPS**, v. 6, n. 1, p.62-82.2021.

LIRA, J. A. C. *et al*. Fatores associados ao risco de pé diabético em pessoas com diabetes mellitus na Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03757, 2021.

LIRA, J. A. C. *et al*. Risk evaluation of feet ulceration in people with diabetes mellitus in primary care. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. **Clannad,** 2019. 419p

MOREIRA, J. B. *et al*. Efeito do grupo operativo no ensino do autocuidado com os pés de diabéticos: ensaio clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

MOURA, N. DOS S. *et al.* Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes e pés em risco. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 6, p. 2043–2050, 29 abr. 2016.

OLIVEIRA, P. S. DE *et al*. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção do pé diabético Peraltice nurse family health strategy in the prevention of diabetic foot. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4841–4849, 15 jul. 2016.

PEREIRA, L. DE F. *et al*. Nurse's actions in diabetic foot prevention: the perspective of the person with diabetes mellitus **Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus**. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 1008–1014, 31 out. 2017.

SANTANA DA SILVA, L. W. *et al*. Promoção da saúde de pessoas com diabetes mellitus no cuidado educativo preventivo do pé-diabético. **Ciencia y enfermería**, v. 22, n. 2, p. 103–116, 30 ago. 2016.

SANTIAGO, M. A. M. T. *et al*. Tecnologia educacional digital para a gestão de cuidados dos pés de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 29 mar. 2021.

SMELTZER SC, BARE BG**. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. vol. I e II.

TESTON, E. F. *et al*. Fatores de risco para ulceração no pé de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 22 nov. 2017.

TROMBINI, F. DOS S. *et al*. Prevenção do pé diabético: práticas de cuidados de usuários de uma unidade saúde da família [Prevention of diabetic foot: care practices among users of a family health unit] [Prevención del pie diabético: prácticas de cuidados de usuarios de una unidad de salud de la familia]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, n. 1, p. 58551, 17 dez. 2021.

VARGAS, C. P. *et al*. Condutas dos enfermeiros da atenção primária no cuidado a pessoas com pé diabético. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 11, p. 4535–4545, 2 out. 2017.

CAPÍTULO 6

FATORES ASSOCIADOS AO RISCO CARDIOVASCULAR EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DE SI

Randson Souza Rosa[1];

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Delmo de Carvalho Alencar[2];

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

http://lattes.cnpq.br/7139193111298241

Cristian Lucas dos Santos Bezerra[3];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/9093131597994229

Geisa Silva Novais[4];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi – Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7827604012335006

Sávio Luiz Ferreira Moreira[5];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2688996011413839

Emille Santos Souza[6];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0076661885726725

Vinicius Santos Barros[7];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4356683102009597

Bruno Gonçalves de Oliveira[8];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane dos Santos Bomfim[9];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

Isleide Santana Cardoso Santos[10];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7661431059436863

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[11];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery[12].

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2634593418368008

RESUMO: Durante o desempenho das atividades laborais desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, observam-se desencadeadores de fatores associados ao risco cardiovascular capazes de interferirem na sua qualidade de vida profissional e, consequentemente, na qualidade da assistência prestada ao cliente. Assim, o objetivo do estudo foi analisar os fatores associados ao risco cardiovascular em profissionais de enfermagem, segundo as evidências cientificas. Foi realizada uma revisão narrativa de literatura, de abordagem qualitativa. Para seu desenvolvimento utilizou-se manuais, livros digitais e artigos nacionais que abarcassem acerca do risco cardiovascular em profissionais de enfermagem. A busca ocorreu na base de dados do Google acadêmico e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados no Brasil, no período de 2000 a 2022, sendo a pesquisa realizada em junho de 2022, utilizando-se os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS), com o operador booleano “AND” entre os descritores: “Doenças Cardiovasculares”; “Fatores de Risco” e “Enfermagem do Trabalho”. Os resultados evidenciaram que existe uma associação entre os fatores de risco cardiovascular e o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem, sendo que os fatores predisponentes mais encontrados foram: estresse, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), estilo de vida. Concluiu-se a importância de aumentar o conhecimento dos enfermeiros em relação à ação dos fatores de risco deletérios que incidem sobre o sistema cardiovascular dos mesmos, aos quais estão expostos. E com esse entendimento, possam adotar hábitos de vida baseado em um modelo de autocuidado bem mais saudável, de modo a garantir uma relação direta com gestores da instituição onde os enfermeiros trabalham no intuito de criar ações de saúde pública capazes de tornar o ambiente laboral, um gerador de melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Cardiovasculares. Fatores de Risco. Enfermagem do Trabalho.

.

FACTORS ASSOCIATED WITH CARDIOVASCULAR RISK IN NURSING PROFESSIONALS: EVIDENCE FOR SELF CARE

ABSTRACT: During the performance of work activities developed by nursing professionals, triggers of factors associated with cardiovascular risk are observed, capable of interfering with their quality of professional life and, consequently, with the quality of care provided to the client. Thus, the objective of the study was to analyze the factors associated with cardiovascular risk in nursing professionals, according to scientific evidence. A narrative review of the literature, with a qualitative approach, was carried out. For its development manuals, digital books and national articles were used that covered cardiovascular risk in nurses. The search took place in the academic Google database and in the Virtual Health Library (BVS), published in Brazil, from 2000 to 2022, and the research was carried out in June 2022, using the following descriptors in health sciences (DeCS), with the Boolean operator "AND" among the descriptors: "Cardiovascular Diseases"; "Risk Factors" and "Occupational Nursing". The results showed that there is an association between cardiovascular risk factors and the nurses' work process, and the most common predisposing factors were: stress, systemic arterial hypertension (SAH), diabetes mellitus (DM), lifestyle. It was concluded the importance of increasing nurses' knowledge regarding the action of deleterious risk factors that affect their cardiovascular system, to which they are exposed. And with this understanding, they can adopt life habits based on a much healthier self-care model, in order to guarantee a direct relationship with managers of the institution where nurses work in order to create public health actions capable of making the work environment, generator of improvement in the quality of life and well-being.

KEY-WORDS: Cardiovascular diseases. Risk factors. Nursing work.

INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta como temática a saúde cardiovascular do dos profissionais de enfermagem, bem como, a lógica do seu adoecimento pela presença de fatores de risco cardiovascular no cotidiano dos mesmos.

Os fatores de risco cardiovascular são eixos temáticos de ampla magnitude na sociedade moderna e chega a ocupar destaque em diversos meios de comunicação e de núcleos de pesquisas. Sendo amplamente discutidos em ambientes populares, bem como na literatura cientifica. O conhecimento dos principais fatores associados ao risco cardiovascular, e o reconhecimento da necessidade de implantação de medidas capazes de modificar tais fatores é o primeiro passo para reduzir os efeitos deletérios que incidem sobre à saúde cardiovascular dos profissionais de enfermagem, uma vez que passam a maior parte de suas atividades privativas no ambiente hospitalar, desenvolvendo cuidados diretos à paciente com diversos tipos de doença. Associada a essa constante exposição,

desencadeiam-se desordens de origens psicológicas que condicionam o aumento do estresse causado pela angústia e sofrimento de seus pacientes em processo de adoecimento e cura. Essa condição agrava-se também, pelas extensas jornadas de trabalho, e por possuírem mais de um vínculo empregatício, realidade esta de muitos enfermeiros que atuam no sistema de saúde público ou privado brasileiro.

No Brasil, o número elevado de aposentadorias precoces por invalidez ou por licença médica é causada por doenças cardiovasculares. Fato que pode estar relacionado com o ambiente laboral de trabalho que pode influenciar na saúde e causar estresse psicoemocional, proporcionando o aumentando a gênese das doenças cardiovasculares. O mesmo estudo concluiu que o tempo de exposição à alta demanda de atividades laborais exige atenção especial (ULGUIM et al., 2019).

Pode-se concluir que devido as condições de trabalho das enfermeiras, por vezes estão expostas a diversos fatores predisponentes ao aumento do risco de doenças cardiovasculares. Ainda no mesmo estudo a autora discute há necessidade de colocar o profissional de enfermagem em evidência, no sentido de implementar estratégias / ações educativas capazes de diminuir os fatores de risco associados ao adoecimento e de proporcionar-lhe as melhores condições de saúde no trabalho e qualidade de vida. (DE ALMEIDA LIMA et al., 2022).

Pesquisas evidenciando a importância dos fatores de riscos associadas às doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem, geram indicadores de suma importância para gestores de instituições de saúde capazes de promover a criação de estratégias de promoção da saúde voltadas para o cuidador de saúde (MAGALHÃES et al., 2014).

Evidencias afirmam que o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem estimula a diminuição do autocuidado. Nessa perspectiva, vale a pena investir na promoção da saúde e na avaliação mais detalhada das instituições onde esses profissionais atuam pode configurar-se como uma alternativa de resposta à esta questão (DOMINGUES et al., 2019).

Santos (2001) ainda lembra que há um fator a ser considerado como relevante e influente no trabalho da enfermagem que são as mudanças tecnológicas que atingem os serviços de saúde e têm contribuído para a complexidade dos processos de trabalho do setor, variando de acordo com as especialidades dos serviços de saúde e propostas de atendimentos.

Segundo evidências cientificas algumas doenças podem surgir ou agravar-se dependendo da situação em que o trabalho é executado. Nesse contexto, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são doenças que podem ser encontradas nos trabalhadores de enfermagem, principalmente pelo fato do processo de trabalho deste grupo específico predispor o surgimento de fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) (TEIXEIRA, 2009).

Sabe-se que existe uma relação saúde-trabalho e que as maneiras de cuidar da saúde são muito importantes para a prevenção de agravos e do adoecimento da saúde cardiovascular. Muito se fala sobre ações de promoção e prevenção em saúde, mas pouco, realmente, se praticam. Daí a importância de estabelecermos a relação entre trabalho e o desenvolvimento de fatores de risco cardiovascular, que reforcem o entendimento de que a oferta de cuidados de enfermagem exige que o trabalhador esteja bem consigo mesmo para cuidar de seus clientes, favorecendo a melhoria da qualidade da assistência e satisfação no trabalho.

Uma das profissões humanísticas mais deletérias é a enfermagem, sendo que o não desenvolvimento de mecanismos de defesas compatíveis com suas funções laborais ao longo do seu cotidiano profissional tende a contribuir para desenvolver desgaste físico e psíquico, que podem impactar nos cuidados prestados aos doentes (NUNES; REGO; NUNES, 2011).

A realidade dos profissionais de enfermagem é demonstrada como aquele que se dedica aos cuidados da saúde humana, evidenciando as barreiras que estes profissionais têm com relação ao autocuidado. (GRILLO et al., 2018). O cuidado realizado pelo enfermeiro repercute no outro, é muitas vezes esquecido no cuidado de si (OLIVEIRA, 2011).

Estudos evidenciam as doenças cardiovasculares como um dos causadores responsáveis pelo afastamento pelos profissionais de enfermagem de suas funções laborais. Além disso, dão pouca importância quanto à compreensão e ações sobre os cuidados de si no seu processo de trabalho (Jesus et al., 2001). Cada vez mais o ato de “cuidar de si” tem se tornado imprescindível, uma vez que as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde podem contribuir para o desenvolvimento de um dos fatores mais importantes que é o estresse (BARBOSA et al., 2015).

Os profissionais de enfermagem, enquanto categoria profissional, possuem carga horaria de trabalho nos períodos diurnos e noturnos, que impactam o seu cotidiano, e contribuem para o desenvolvimento de um estilo de vida sedentário, má alimentação e descanso insuficiente, na qual são alvos importantes para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida (RODRIGUES et al., 2016).

O estresse ocupacional repercute nos fatores associados aos processos fisiológicos, na qual provoca um descontrole da homeostasia do corpo humano, e assim, determina ambiente profícuo para o desenvolvimento de patologias do sistema cardiovascular, evidenciadas através pelo surgimento das disfunções circulatórias ou até mesmo nos distúrbios psicológicos. (BATISTA et al., 2022).

A partir das considerações feitas a respeito dos fatores de risco e de sua interferência na saúde cardiovascular dos profissionais de enfermagem, e a fim de guiar o desenvolvimento desta pesquisa, formularam-se as seguintes questões norteadoras: Como se encontra à saúde cardiovascular dos profissionais de enfermagem? Quais os fatores determinantes para o agravamento da saúde cardiovascular desses profissionais de enfermagem?

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados ao risco cardiovascular em profissionais de enfermagem, segundo as evidências cientificas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura de abordagem qualitativa. Para isso, foram utilizados métodos de busca de material bibliográfico, mais livre, com atualizações acerca da temática em evidência (CORDEIRO et al., 2007). Para seu desenvolvimento utilizou-se manuais, livros digitais e artigos nacionais que abarcassem acerca do risco cardiovascular em profissionais de enfermagem. A busca ocorreu na base de dados do Google acadêmico e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados no Brasil, no período de 2000 a 2022, sendo a pesquisa realizada em junho de 2022. Utilizou-se os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS), mediados entre os descritores pelo operador booleano “AND”: “Doenças Cardiovasculares”; “Fatores de Risco” e “Enfermagem do Trabalho”.

DISCUSSÃO TEÓRICA

Os determinantes dos agravos relacionados à saúde dos trabalhadores de enfermagem, bem como as doenças ocupacionais em detrimento ao trabalho, são alvos de estudo, no entanto, verifica-se uma lacuna na divulgação desses resultados de pesquisa com relação as mudanças que podem ocorrer no ambiente do trabalho desses profissionais quando questão envolvida é a diminuição da vulnerabilidade à saúde física e mental (FERREIRA et al., 2022).

A saúde do trabalhador evidenciasse como um eixo temático que se inter-relacionam através de diversas áreas como trabalho, saúde, doença e suas repercussões, configurando-se cada vez mais como um problema de saúde pública (PEREIRA et al., 2021). Em um estudo transversal realizado em um centro de saúde hospitalar evidenciou as seguintes alterações importantes nos trabalhadores da saúde, expressando predisposição ao risco cardiovascular, tais como: sedentarismo, histórico familiar de doenças cardiovasculares, medidas antropométricas e colesterol, inadequados (ULGUIM et al., 2019).

As evidências cientificas revelam que os fatores de risco identificados possuem relação com o estilo de vida adotado, sendo observado que a inatividades física corrobora para deposito de tecido gorduroso, o que repercute no desenvolvimento de comorbidades tais como a HAS,DM e dislipidemia e sinergicamente podem ser agravadas pela ação de hábitos como tabagismo, alcoolismo e pela presença de sintomas de depressão, estresse e de sonolência diurna excessiva (VALENTINI et al., 2020).

Os profissionais de saúde estão sujeitos a constantes jornadas longas de trabalho, isso repercute no sofrimento humano, uma vez que existem barreiras para que estes profissionais sigam um estilo de vida saudável. Muitos são expostos a presença de

vários fatores associados ao risco de desenvolver doenças cardiovasculares, a saber: sedentarismo, tabagismo, má alimentação, desgaste físico e emocional, em especial àqueles que trabalham no período noturno, bem como a presença do estresse moderado, que também contribui para o surgimento desse subgrupo de doença. (VALE et al., 2021).

O trabalho noturno condiciona os profissionais no desenvolvimento de atividades em horário contrário ao ritmo biológico, isso repercute no desenvolvimento do estresse, na qual pode servir como um estado de alerta, principalmente por não ter o repouso satisfatório, contribui para o desencadeamento fatores de riscos associados à HAS. (RODRIGUES et al., 2016). Muitos profissionais de enfermagem mesmo tendo conhecimento da sua condição de saúde deletéria, deveriam ser capazes de proporcionar seu próprio bem-estar e promoção da sua saúde, mas ao contrário alguns profissionais cultivam o comportamento de risco para às doenças cardiovasculares (NUNES; REGO; NUNES, 2011).

Segundo Ulguim et al. (2019, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2019) " boas práticas de saúde e segurança no trabalho significam importantes aliados no combate às doenças ocupacionais, aos acidentes de trabalho e também aos fatores de risco para DCV".A exposição constante de profissionais de saúde aos fatores de risco associados à HAS, tais como carga horária extensa, principalmente, quando desenvolvida em hospitais públicos, onde nota-se a superlotação por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde, ocasionado desgaste físico e emocioanal, causados pelo aumento exponencial das atividades laborais desenvolvidas por estes profissionais. (RODRIGUES et al., 2016).

Os determinantes dos agravos às doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes nos profissionais de enfermagem foram a HAS, obesidade, depressão, e níveis intermediários de estresse (KOTEKEWIS et al., 2017). Em um estudo que analisou os fatores associados à pré-hipertensão e hipertensão arterial em trabalhadores de saúde, evidenciou que apesar da população alvo ter recebido educação formal com relação à saúde, os resultados reforçam ao papel dos gestores a investirem em medidas preventivas, com estímulos a mudanças no sentido de adquirir estilos de vida saudáveis (PEREIRA et al., 2021).

As doenças cardiovasculares apresentam o maior índice de mortalidade da população brasileira e de todo o mundo. Frequentemente, essas doenças levam o paciente à invalidez parcial ou total com graves repercussões para o paciente, família e sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Geralmente, apresentam etiologia multifatorial decorrente de hábitos e estilos de vida inadequados, como o tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, estresse físico e mental, obesidade e sedentarismo. Esses estilos de vida contribuem para o desenvolvimento de aterosclerose e hipertensão arterial que são fatores responsáveis pelo desenvolvimento das doenças cardiovasculares (CAVAGION et al., 2012).

A caracterização desses fatores de risco cardiovascular em grupo populacional específico é essencial para a implantação de campanhas educativas e protocolos de intervenção que aperfeiçoem a aplicação dos recursos existentes (CASSANI, 2009). Alves

et al. (2009) afirma que pessoas submetidas a processos de trabalhos de alta exigência geralmente apresentam repercussões negativas sobre a saúde.

Estratégias de prevenção primária devem ser estimuladas pelos integrantes dos programas de saúde do trabalhador. (VALENTINI et al., 2020). Vale ressaltar a importância na criação de horários de descansos e condições adequadas para o repouso dos profissionais de saúde, uma vez que essas medidas contribuirão para melhoria do bem-estar, controle do peso, ansiedade, diminuição de sintomas depressivos e prevenção de doenças. (PEREIRA et al., 2021).

A saúde cardiovascular tem recebido bastante atenção pelas autoridades em saúde, somando-se ao grande incentivo da evolução tecnológica para sua prevenção e redução da mortalidade (KNOBEL, 2010). Em um estudo realizado com enfermeiros em hospitais públicos obteve-se elevadas prevalência de hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, tabagismo, estresse e obesidade (SIMONETTI, 2010). O estresse ocupa um lugar de destaque, devendo ser controlado, considerado e tratado para evitar agravos ao coração. (KNOBEL, 2010).

Trabalhadores atualizados e conscientes quanto ao seu nível de comportamento de risco de adoecer, ou de torna-se incapacitados ou até morrer prematuramente, são muitas vezes mais saudáveis, mais produtivos e mais felizes (ULGUIM et al., 2019).

O diabetes e a hipertensão arterial configuram-se como importantes problemas de saúde pública no Brasil, pelas suas elevadas prevalências e complicações agudas e crônicas, e por representarem fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, com isso elevam as taxas significativas de morbidade e mortalidade e custos socioeconômicos, decorrentes do uso de serviços de saúde, absenteísmo, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho (MARTINEZ, 2006).

Vale ressaltar a importância de políticas públicas de saúde que estimulem a mudança do estilo de vida dentro e fora do ambiente laboral, para que possa impactar as condições de saúde física e metal dos trabalhadores. Nesse ínterim, a saúde do trabalhador perpassa por uma nova conjuntura, tendo como foco a prevenção e a promoção da saúde, baseado no planejamento estratégico (ULGUIM et al., 2019).

Diante destas evidencias cientificas, se faz necessário, que o enfermeiro, enquanto gestor e promotor de cuidados esteja sempre bem consigo mesmo, e para que isso ocorra é importante que faça auto reflexão do seu estilo de vida e, assim, possa estabelecer cuidados a terceiros com mais qualidade.

CONCLUSÃO

A identificação desses fatores de risco cardiovasculares caracteriza como possíveis soluções para minimizar os efeitos deletérios que incidem sobre a saúde cardiovascular e, consequentemente, pode tornar o cotidiano do profissional enfermeiro e da equipe de

enfermagem mais produtivo, menos desgastante e, possivelmente, valorizá-la mais no que se refere aos aspectos humanos e profissionais. Importante afirmar que apesar dos fatores de risco cardiovascular não serem uma forma de adoecimento exclusiva de enfermeiros e demais trabalhadores de enfermagem (ela atinge grande parte da população trabalhadora), se faz necessário direcionar estudos para minimizar nesse grupo populacional específico que foi estudado.

Além disso, essa pesquisa mostrou que apesar de poucos estudos, os fatores de risco cardiovascular ainda necessitam ter uma maior importância em pesquisas de campo, pois se percebe que ainda são poucas, considerando-se o aumento do adoecimento cardiovascular dos profissionais de enfermagem, população alvo desse estudo.

Concluiu-se há importância em aumentar o conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação à ação dos fatores de risco não protetores para saúde cardiovascular, aos quais estão expostos. E com esse entendimento, possam adotar hábitos de vida baseados em um modelo de autocuidado bem mais saudável. Também, a possibilidade de estabelecer uma relação direta com os gestores dos serviços de saúde, seja público ou privado, onde os enfermeiros exercem o seu labor, no intuito de criar ações de saúde pública capazes de tornar o ambiente laboral, um gerador de melhoria na qualidade de vida e de bem-estar.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.G.M.; CHOR, D; FAERSTEIN, E et al. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 893-896, 2009.

BARBOSA, B. F. S. Associação entre as atividades desenvolvidas e os fatores de risco para doenças cardiovasculares de enfermeiros de um hospital universitário. 2015. Dissertação [Doutorado], Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

BATISTA, Mariana Moreira et al. Estresse ocupacional como fator desencadeante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. **Revista Contemporânea**, v. 2, n. 2, p. 230-253, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, 2002.

CASSANI, Roberta Soares Lara et al . Prevalência de fatores de risco cardiovascular em

trabalhadores de uma indústria brasileira. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo , v. 92, n.1, Jan. 2009.

CAVAGIONI, Luciane; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Risco cardiovascular em profissionais de saúde de serviços de atendimento pré-hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, Apr. 2012.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007.

DE ALMEIDA LIMA, Josemir et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em enfermeiras que trabalham em turnos alternados. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e34511831407-e34511831407, 2022.

DOMINGUES, Jaqueline Gonçalves et al. Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, 2019.

FERREIRA, Patricia Paula Eduardo et al. Risco cardiovascular entre trabalhadores de enfermagem: estudo seccional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 75(4): e20210305, 2022.

GRILLO, Luciane Peter et al. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crónicas em profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 18, p. 63-71, 2018.

JESUS, D.S.S.; FREITAS, M.E.A.A ; CARNEIRO, M.L.M.; SOARES, S.M. Cuidar do outro e de si mesmo: A compreensão de uma equipe de enfermagem. **Rev Mineira Enfermagem**, Minas Gerais, v.5, n.1/2, p.20-26, jan/dez. 2001.

KNOBEL, E (Org.). **Coração... É Emoção: a influência das emoções sobre o coração**. São Paulo: Atheneu, 2010.

KOTEKEWIS, Kamille et al. Enfermedades crónicas no transmisibles y el estrés de los trabajadores de enfermería de unidades quirúrgicas. **Enfermería Global**, v. 16, n. 46, p. 295-314, 2017.

MAGALHÃES, Fernanda Jorge et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 394-400, 2014.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq. Bras. Cardiol.,** São Paulo , v. 87, n. 4, Oct. 2006.

NUNES, Sofia; REGO, Guilhermina; NUNES, Rui. O comportamento profissional e pessoal dos enfermeiros em contexto cardiovascular. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n.

4, p. 97-105, 2011.

Oliveira, Andressa Suelly Saturnino de. **Qualidade de vida e fatores de risco cardiovascular modificáveis em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Fortaleza, 2011.

PEREIRA, Sabrina Gonçalves Silva et al. Fatores associados à pré-hipertensão e hipertensão arterial em trabalhadores de saúde que atuam em serviços de alta complexidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 6059-6068, 2021.

RODRIGUES, Claudeany; DA SILVA, Joélio Pereira; CABRAL, Cleidiane Vieira Soares. Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS) entre a equipe de enfermagem. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 117-126, 2016.

SANTOS, P.R. **Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica: cargas de trabalho e fatores de risco à saúde do trabalhador.** 2001. Dissertação (mestrado em saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro. 2001.

SIMÃO, M.; NOGUEIRA, M. S.; HAYASHIDA, M.; CESARINO, E. J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.4, n.2, p. 27 – 35, 2002.

SIMONETTI, Sérgio Henrique; KOBAYASHI, Rika Miyahara; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Identificação dos agravos à saúde do trabalhador de enfermagem em hospital cardiológico. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 41, p. 135-139, 2010.

TEIXEIRA, Rosária de Campos; MANTOVANI, Maria de Fátima. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, June 2009.

ULGUIM, Fernanda Oliveira et al. Trabalhadores da saúde: risco cardiovascular e estresse ocupacional. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2019.

VALE, Maria Karine Barbosa; RAMOS, Alessandra Aparecida; DE SOUZA, Michelle Porto Guarnieri. Estresse e doenças cardiovasculares um risco para plantonistas noturnos em unidades de pronto-atendimento. **HÍGIA-REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E SOCIAIS APLICADAS DO OESTE BAIANO**, v. 6, n. 1, 2021

VALENTINI, Amanda Bertolini et al. Fatores de risco cardiovascular modificáveis em profissionais de enfermagem do setor de cardiologia: estudo transversal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020.

CAPÍTULO 7

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA DE UM BOMBEIRO MILITAR

Bruno Gonçalves De Oliveira[1];

Universidade Estadual do Sul do Oeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane Dos Santos Bomfim[2];

Universidade Estadual do Sul do Oeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

Randson Souza Rosa[3];

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Frank Evilácio De Oliveira Guimaraes[4];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

José Lucas Abreu Nascimento[5];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/9188450481432591

Alisson Cosme Andrade De Sá[6];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/9796142316211992

Glenda Suellen Matos Cruz[7];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/9727681917929085

Larissa Helen Araújo Farias[8];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/5058888512605621

Tauane Araújo Ramos Rangel[9];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/0357010735431234

Rita Narriman Silva De Oliveira Boery[10];

Universidade Estadual do Sul do Oeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2634593418368008

Eduardo Nagib Boery[11].

Universidade Estadual do Sul do Oeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7867135649345246

RESUMO: O estudo tem como objetivo, descrever o caso de um bombeiro que apresentou alta exigência física e psicológica no trabalho e deterioração da Qualidade de Vida, bem como traçar os diagnósticos de enfermagem baseado na NANDA. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso. As informações obtidas estavam relacionadas às questões acerca dos dados sociodemográficos laborais, aspectos psicossociais no trabalho e qualidade de vida dos bombeiros. Através dos resultados, foi possível estabelecer os diagnósticos de enfermagem baseado na NANDA. Observou-se que o profissional vivenciou momento traumático na carreira e apresentava alta demanda psicológica no trabalho relacionada às exigências do serviço e ao baixo controle no trabalho associada à falta de autonomia em lidar com as situações e tarefas no trabalho. Além disso, evidenciou-se baixa percepção de qualidade de vida no contexto geral. Constatou-se que o bombeiro estava em risco à síndrome pós-trauma, sobrecarga de estresse e comportamento de risco à saúde. Assim, concluiu-se, através dos diagnósticos de enfermagem, que o bombeiro militar em estudo estava susceptível a sintomas estressores, além de apresentar deterioração da qualidade de vida. Dessa forma, com os problemas desencadeados, o bombeiro poderá colocar em risco a sua saúde, bem como, comprometer o andamento do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Bombeiros. Saúde do trabalhador. Qualidade de vida.

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF WORK AND QUALITY OF LIFE OF A MILITARY FIREMAN

ABSTRACT: The study aims to describe the case of a firefighter who presented high physical and psychological demands at work and deterioration of the Quality of Life, as well as outlining the nursing diagnoses based on NANDA. This is a descriptive study, of the case study type. The information obtained was related to questions about sociodemographic work data, psychosocial aspects at work and firefighters' quality of life. Through the results, it was possible to establish the nursing diagnoses based on NANDA. It was observed that the professional experienced a traumatic moment in his career and had a high psychological demand at work related to the demands of the service and low control at work associated with the lack of autonomy in dealing with situations and tasks at work. In addition, there

was a low perception of quality of life in the general context. It was found that the firefighter was at risk for post-trauma syndrome, stress overload and health risk behavior. Thus, it was concluded, through the nursing diagnoses, that the military firefighter under study was susceptible to stressful symptoms, in addition to presenting a deterioration in quality of life. In this way, with the problems triggered, the firefighter can put his health at risk, as well as compromise the progress of the service.

KEY-WORDS: Firefighters. Worker's health. Quality of life.

INTRODUÇÃO

Os Bombeiros Militares (BMs) são profissionais que estão constantemente envolvidos em situações que favorecem ao desgaste físico e mental, em razão da execução das atividades laborais do dia a dia. (MONTEIRO *et al*., 2007). Em geral, as condições de trabalho que esse profissional está submetido podem influenciar no desenvolvimento do estresse, dentre outras doenças decorrentes do trabalho. Além disso, este profissional está susceptível, também, à exposição dos riscos ocupacionais e eventos traumáticos no decurso dos serviços. (GONZÁLES *et al*., 2006). Assim, a organização do ambiente laboral e as condições impostas pelo tipo de serviço prestado tornam-se fundamentais para avaliar a situação da saúde desses trabalhadores e a qualidade de vida (QV) dos mesmos.

A QV desses trabalhadores pode ser afetada pelas longas jornadas de trabalho, estado de tensão e desgaste tanto físico como mental, em decorrência das atividades exercidas na profissão. (FERREIRA; PILATTI, 2012). Assim sendo, o serviço realizado pelos BMs é afetado por fatores psicossomáticos, em que o estresse ocupacional tem um enorme poder em interferir na capacidade de trabalho desses indivíduos (COSTA; JUNIOR-HORÁCIO; MAIA, 2007). Esse tipo de situação acometida faz com que esse trabalhador fique impossibilitado de executar seus serviços, além de alterar a dinâmica de trabalho realizada pela equipe (NUNES; FONTANA, 2012).

O trabalho efetuado pelos BMs está relacionado a ambientes diversos como: terra, mar e ar. As ações prestadas por esses profissionais exigem alto grau de exigência, concentração no momento da operacionalização do resgate das pessoas vítimas de acidentes, incêndios, catástrofes públicas dentre outras situações. Além do mais, essas situações requerem poder decisório de forma rápida, pois, as vidas, tanto dos profissionais que realizam a operação, quanto das vítimas, encontram-se em risco durante a realização do trabalho (NATIVIDADE, 2009).

Ressalta-se que as condições vivenciadas no ambiente laboral e as consequências geradas na saúde pelos BMs permanecem ainda pouco visíveis, prevalecendo o sentido de que, apesar de grande parte dos BMs continuarem expostos aos riscos do trabalho, a sua saúde é satisfatória. Já que não manifestam morbidades "graves". (LIMA; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2015).

Destarte, torna-se importante conhecer as características do estresse ocupacional relacionado ao trabalho exercido pelos BMs, bem como, conhecer a sua QV. Uma vez que possibilitará descrever as condições em que estão expostas essa profissão, ainda pouco estudada no Brasil, do ponto de vista laboral. Ademais, o conhecimento sobre os aspectos psicossociais do trabalho poderá viabilizar também medidas de prevenção para as situações geradas pelo trabalho, proporcionando melhor qualidade de vida e saúde para este grupo populacional.

Nesse sentido, o estudo tem o objetivo de descrever o caso de um bombeiro que apresentou alta exigência física e psicológica no trabalho e deterioração da Qualidade de Vida, bem como traçar os diagnósticos de enfermagem baseados na NANDA.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso. Vale ressaltar que os dados do mesmo foram originados do estudo da dissertação de mestrado intitulada “Fatores associados à qualidade de vida de bombeiros militares”.

O referido estudo foi realizado com 101 BMs do 8° Grupamento de Bombeiros Militares da cidade de Jequié-BA, Brasil, dentre os quais foi retirado um para apresentação em forma deste estudo de caso. A seleção do participante ocorreu devido à relevância do caso, pelo mesmo apresentar alta exigência no trabalho, baixo controle sobre as decisões nas tarefas do serviço e baixa percepção de QV.

Foram relatadas informações acerca do trabalho como: satisfação, trauma relacionado ao trabalho, riscos químicos e biológicos. A avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho foi baseada no modelo demanda-controle utilizando as questões do *Job Content Questionnaire* (JCQ), traduzido e validado culturalmente para ser utilizado em trabalhadores que exercem serviços formais e informais no Brasil. (KARASEK, 1985; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A construção do Modelo demanda-controle baseou-se na dicotomização das respostas em dois níveis (baixo e alto), a partir das medianas obtidas como referência, sendo respectivamente, 66 e 29, conforme o modelo desenvolvido por Karasek.(1985) para o grupo (demanda psicológica e controle sobre o trabalho).

Posteriormente, foram construídas as categorias do modelo Demanda-Controle (D-C) em: trabalho de baixa exigência (combinando baixa demanda psicológica e alto controle), trabalho passivo (combinando baixa demanda psicológica e baixo controle); trabalho ativo (combinando alta demanda psicológica e alto controle) e trabalho de alta exigência (combinando alta demanda psicológica e baixo controle). (KARASEK, 1985; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Com relação à avaliação da QV foi utilizado o WHOQOL-bref, instrumento composto por 26 questões. (FLECK *et al*., 2000). A primeira questão refere-se à QV de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. (GROUP, 1998). As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente. (FLECK *et al*., 2000).

Após avaliação dos dados oriundos dos aspectos psicossociais do trabalho e da QV foi possível traçar os diagnósticos de enfermagem baseados na NANDA (2013) e o respectivo plano de intervenção para o participante do estudo foi elaborado. Por envolver pesquisas com seres humanos, esse trabalho respeitou os preceitos éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer nº 972.480.

RESULTADOS

J. A. S, 41 anos, pardo, convive com uma companheira, evangélico, soldado do 8º GMB de Jequié-BA, tendo ingressado no serviço em 1999. No período em que foi realizada a coleta dos dados o profissional encontrava-se no regime de serviço operacional.

O trabalhador referiu ter vivenciado recentemente momentos traumáticos na profissão de bombeiro, citando traumas associados a acidentes com múltiplas vítimas e óbitos durante o resgate. Embora o trabalhador tenha sido exposto e vivenciado determinadas situações nos últimos tempos, o mesmo relata satisfação com ambiente de trabalho.

Ao realizar a avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho, evidenciou-se a mediana sobre o controle para o trabalho de 58, com relação à demanda psicológica apresentou-se de 38. Dessa forma, considera-se que o participante apresentou alta exigência no trabalho relacionado à alta demanda e pouco controle sobre aquela determinada ocupação. O quadro 1, seguinte, apresenta as respostas do modelo demanda e controle sobre o trabalho.

Quadro 1: Sumário das respostas do instrumento Modelo Demanda-Controle do JCQ. Jequié/BA/BR, 2018.

<table>
<tr><th colspan="4">Controle sobre o trabalho</th></tr>
<tr><th>Discordo fortemente</th><th>Discordo</th><th>Concordo</th><th>Concordo fortemente</th></tr>
<tr><td rowspan="6"></td><td>Em seu trabalho, você pode fazer muitas coisas diferentes?</td><td>Seu trabalho lhe possibilita aprender coisas novas?</td><td rowspan="6"></td></tr>
<tr><td>No seu trabalho, você tem oportunidade de desenvolver suas habilidades especiais?</td><td>Seu trabalho envolve muito trabalho repetitivo?</td></tr>
<tr><td>O que você diz sobre o que acontece no seu trabalho é considerado?</td><td>Seu trabalho requer que você seja criativo?</td></tr>
<tr><td>Seu trabalho lhe permite tomar muitas decisões por sua própria conta?</td><td rowspan="2">Seu trabalho exige um alto nível de habilidade?</td></tr>
<tr><td>Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas?</td></tr>
<tr><th colspan="4">Demandas psicologicas</th></tr>
<tr><th>Discordo fortemente</th><th>Discordo</th><th>Concordo</th><th>Concordo fortemente</th></tr>
<tr><td></td><td>Você Não é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho?</td><td></td><td>Seu trabalho requer que você trabalhe muito duro?</td></tr>
<tr><td></td><td>O tempo para realização das suas tarefas é suficiente?</td><td></td><td>Seu trabalho requer que você trabalhe muito rapidamente?</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>Algumas demandas que você tem que atender no seu trabalho estão em conflito umas com as outras?</td></tr>
</table>

Observa-se a partir das respostas do BM, que o controle sobre o trabalho está relacionado a não autonomia do profissional ao responder “discordo” para questões acerca da possibilidade de aprender coisas novas; desenvolver habilidades especiais; o que diz sobre o trabalho ser considerado; tomar próprias decisões; decidir como fazer suas tarefas. Com relação à demanda psicológica pode-se perceber que as respostas foram direcionadas entre “concordar fortemente” e “discordar”, sendo evidenciado que o entrevistado relata que o trabalho do BM é duro, com ritmo acelerado e com demandas em conflito.

Quanto à avaliação da QV, o profissional apresentou 37,5 pontos no domínio meio ambiente, sendo considerado o mais afetado negativamente em comparação aos domínios: social 50,0; físico 53,6; psicológico 58,3. Com relação à avaliação geral da QV, foi evidenciada a pontuação de 25 pontos. Assim, pode-se observar que as dimensões da QV apresentaram uma pontuação próxima a 50 pontos, numa escala que varia de 0 a 100. De modo geral, essas pontuações são consideradas ruins no que concerne a avaliação da QV.

A partir desses resultados foi indagada a possibilidade dos aspectos psicossociais no trabalho estarem interferindo na QV. Após a realização do teste de correlação observou-se que os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente correlacionaram negativamente com os aspectos psicossociais, sendo compreendido que quanto maior os agravantes psicossociais do trabalho menor será a percepção de QV nos respectivos domínios.

Tendo em vista os achados sobre os aspectos psicossociais do trabalho, foi possível estabelecer os diagnósticos de enfermagem, risco de síndrome pós-trauma; sobrecarga de estresse; e comportamento de saúde em risco, conforme apresentado no Quadro 2 a seguir:

Quadro 1: Diagnósticos de Enfermagem da NANDA do estudo de caso de um Bombeiro Militar. Jequié/BA/BR, 2018.

Risco de Síndrome Pós-trauma	
Definição	• Risco de resposta mal adaptada sustentada a um evento traumático e opressivo.
Fatores relacionados	• Duração do evento • Profissão (bombeiro) • Percepção do evento
Sobrecarga de estresse	
Características definidoras	• Relata problemas com a tomada de decisões
Fatores relacionados	• Estressores intensos (acidentes e morte) • Múltiplos estressores concomitantes (exigências físicas e psicológicas do trabalho)
Comportamento de saúde propenso a risco	
Características definidoras	• Não consegue alcançar uma completa sensação de controle
Fatores relacionados	• Múltiplos estressores (exigências físicas e psicológicas).

DISCUSSÃO

No que concerne aos fatos evidenciados nota-se que o BM está propenso a influências externas, como situações traumáticas sofridas no trabalho e falta de autonomia na tomada das decisões no serviço. Além disso, as aflições psicológicas associadas às demandas físicas e mentais do trabalho e a pressão psicológica no momento da execução do serviço podem colaborar para o adoecimento. Desse modo, esses fatores podem ter contribuído

para que o participante do estudo obtivesse piores percepções de QV através da relação com os aspectos psicossociais do trabalho.

Os BMs vivenciam diferentes situações ao desempenhar o seu labor. O dinamismo do trabalho proporciona momentos alternados com ou sem sobrecarga. Tais situações dependem, contudo, do tipo de serviço que executará como, por exemplo, tarefas realizadas dentro da própria guarnição ou atuações em ocorrências externas, muitas vezes associadas a acidentes, incêndios, catástrofes dentre outras. (REGEHR; MILLAR, 2007). Assim, evidenciam-se as múltiplas vertentes praticadas ou vivenciadas pelos BMs. O resultado observado nesse estudo demonstrou que a rotina vivenciada pelo bombeiro do 8° GBM segue a realidade da profissão. Dessa forma, pode-se inferir que os momentos externos relatados pelo bombeiro em estudo podem estar associados à sobrecarga do trabalho vivenciada nesse período, alternando em momentos de estresse e satisfação com o serviço.

Nessa perspectiva, ainda que a imprevisibilidade seja evidente em relação ao tipo de serviço operacionalizado no dia a dia, percebe-se, também, a organização entre os profissionais para as tarefas no trabalho, pois, o labor realizado deve ocorrer de acordo com as demandas e ser distribuído de forma equitativa. Todavia, a definição das tarefas perpassa pela hierarquia dos supervisores. (NUNES; FONTANA, 2012). O trabalho realizado pelo BM do estudo segue as normas da instituição. No entanto, por meio dos achados observados, justifica-se a necessidade de discutir o papel do profissional no serviço, no intuito de buscar as soluções para os problemas apresentados.

Diante do exposto, ressalta-se a presença dos fatores psicossociais aos quais os BMs são submetidos. Nesse sentido, o modelo Demanda-Controle - D-C demonstra a influência de tais fatores na saúde do trabalhador. (KARASEK, 1985; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Reitera-se que o profissional bombeiro em estudo está sendo submetido à condição de alta demanda no trabalho, devido a sofrer momentos de pressão nas realizações do serviço. Além do mais, apresenta o baixo controle nas tarefas, uma vez que não possui autonomia na tomada de decisões e, também, não haver oportunidades de desenvolver suas habilidades no trabalho.

A literatura destaca que as restrições relacionadas à falta de autonomia sobre o trabalho podem acarretar problemas individuais ou coletivos no labor (LIMA; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2015). Situações relacionadas à sobrecarga de trabalho e o aumento das demandas físicas geram tensões no individuo e interferem na QV do profissional. (BELLUSCI; FISCHER, 1999; LIMA; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2015). Estudos realizados das mais diversas áreas do labor abordam que os trabalhadores que se encontram na condição de alta exigência estão propensos a reações adversas relacionadas aos sintomas de tensão psicológica, fadiga e estresse (FERREIRA; BONFIM; AUGUSTO, 2012; REIS *et al*., 2010).

No que tange aos fatos mencionados anteriormente, ressalta-se a vivência do profissional com os traumas decorrentes do trabalho, aos riscos de síndrome pós-trauma e a desenvolver comportamentos que podem influenciar tanto a sua saúde, como a QV.

O BM em estudo apresentou baixa percepção da QV em todos os domínios. Nota-se que os aspectos psicológicos vivenciados nos últimos tempos foram predisponentes para que esse profissional apresente deterioração da QV. Com relação aos domínios físico e psicológico, justifica-se essa influência aos problemas sobre a alta demanda e o baixo controle no trabalho associadas à exigência, preparo psicológico para as ocorrências, falta de poder decisório no labor e na execução de habilidades. (KARASEK, 1985; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). Além disso, as funções físicas e psicológicas também são afetadas pelo fato do BM carregar esses problemas e vivenciar essas dificuldades sem se sentir a vontade, muitas vezes, de relatar aos superiores da instituição que está sendo afetado pelo serviço. (FERREIRA; BONFIM; AUGUSTO, 2012; RIOS; NERY, 2015).

Os domínios relações sociais e meio ambiente da QV, também foram afetadas pelo labor do BM. Esses resultados sugerem que a interferência na QV do BM pode comprometer a convivência com os colegas de profissão, amigos e familiares. Associado a este evento, o fator psicológico influencia no estímulo para a realização de lazer, busca por novas informações. Vale ressaltar que este domínio aborda se o individuo executa suas habilidades no ambiente em que está inserido, sendo evidenciada através do BM estudado, a falta de oportunidades em poder executá-la. Alguns autores informam, (SOUSA; FIORINI; GUZMAN, 2009; MILOSEVIC *et al*., 2011), que a ausência de lazer relacionada às dificuldades enfrentadas no exercício laboral compromete a saúde e a QV.

Assim, para poder avaliar a situação atual deste BM foi proposta a utilização dos diagnósticos de enfermagem no sentido de poder estabelecer os fatores que interferem diretamente na saúde e na QV deste profissional. Os diagnósticos de enfermagem são caracterizados pelo planejamento das necessidades pessoais ou coletivas, diante dos riscos adversos e problemas de saúde observados, sendo proposto a efetuação de intervenções por intermédio do profissional de enfermagem. (GARCIA; NÓBREGA, 2009)

Através da realização dos diagnósticos de Enfermagem foi possível evidenciar o risco que o BM possui em desenvolver a síndrome pós-trauma que está relacionada diretamente com as atividades vivenciadas na profissão. A *American Psychiatry Association* informa que as exposições direta ou indiretamente a eventos traumáticos associadas à morte, lesões ou traumas graves podem levar a pessoa ao desenvolvimento do estresse pós-traumático. (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013). Ainda, destaca-se que as profissões relacionadas a área de emergências, a exemplo dos bombeiros, tornam-se susceptíveis a adquirirem essa patologia. (De Boer et al., 2011).

Outro diagnóstico de Enfermagem a ser mencionado é a sobrecarga de estresse. No estudo, o BM relata que o trabalho a ser realizado requer esforço, atenção e ritmo acelerado, o que corrobora para o surgimento de sintomas estressores. Todavia, os estudos realizados demonstram que os níveis de estresse associados ao trabalho podem acontecer de modo subjetivo, estando relacionado ao tipo de exposição em que o trabalhador é submetido. (FOLKMAN, 1984; MCEWEN,2007). Assim, é essencial o preparo psicológico para lidar com determinadas situações e, por se tratar de uma profissão que lida diretamente com momentos traumáticos, de apoio dos colegas de trabalho, bem como, dos superiores hierárquicos da instituição, o que pode auxiliar na prevenção de futuras complicações.

Com relação ao diagnóstico de enfermagem de comportamento de saúde propenso a risco, existe a necessidade da realização de intervenções que possam diminuir os efeitos estressores na vida do BM. Os enfretamentos das atividades desempenhadas na profissão de bombeiro sobrecarregam a saúde desse trabalhador. Além disso, os efeitos estressores em decorrência das manifestações físicas e psicológicas influenciam na deterioração da QV. Considera-se que as questões ligadas à falta de autonomia e poder decisório, do profissional podem gerar conflitos pessoais para a execução de suas tarefas. (LIMA; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2015). Portanto, estratégias para o enfretamento perante a essas situações podem proporcionar a diminuição ou eliminação do fator estressor.

CONCLUSÃO

Em suma, através dos resultados do presente estudo, foi possível evidenciar os riscos que o BM está posto em relação à síndrome pós-trauma. Esse risco está associado aos acidentes e aos óbitos vivenciados no momento de trabalho e à sobrecarga de estresse relacionada as exigências do serviço e ao baixo poder decisório do profissional. Além do mais, o BM apresentou baixa percepção de QV em todos os domínios. Assim, pôde-se notar como os fatores psicossociais influenciam diretamente na percepção de QV do trabalhador.

Nesta perspectiva, as respostas observadas a partir do relato do BM servem para elucidar as necessidades de intervenções para essa população. Considera-se que, em virtude de poucos estudos presentes na literatura até o momento, ainda se tem poucas informações acerca dessa problemática. Diante disso, sugere-se a realização de novos estudos, tendo em vista que essa população apresenta riscos ao desenvolvimento de fatores estressores no trabalho, pelas suas especificidades. Além do mais, o desencadeamento dos fatores estressores impossibilita o profissional de executar o serviço com qualidade, pondo em risco a sua própria saúde, o dinamismo do serviço em equipe e o atendimento às demandas sociais que o ofício impõe.

REFERÊNCIAS

APH- American Psychiatry Association. DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed.). Washington, DC: Author.2013

ARAÚJO, Tânia Maria de; GRAÇA, Cláudia Cerqueira; ARAÚJO, Edna. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 991-1003, 2003.

BELLUSCI, Silvia Meirelles; FISCHER, Frida Marina. Aging and work conditions in forensic workers. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 602-609, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília; 2012.

COSTA, Marcos et al. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 217-222, 2007.

DE BOER, Jacoba Coby et al. Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis. **Social science & medicine**, v. 73, n. 2, p. 316-326, 2011.

FERREIRA, Camila Lopes; PILATTI, Luiz Alberto. Jornada de trabalho e qualidade de vida do trabalhador: transformações na quantidade e qualidade do trabalho. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 4, n. 2, 2012.

FERREIRA, Daniela Karina da Silva; BONFIM, Cristine; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Condições de trabalho e morbidade referida de policiais militares, Recife-PE, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 989-1000, 2012.

FLECK, Marcelo et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178-183, 2000.

FOLKMAN, Susan. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. **Journal of personality and social psychology**, v. 46, n. 4, 1984.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 188-193, 2009.

GONZÁLES, Rosa Maria Bracini et al. O estado de alerta: um exploratório com o corpo de bombeiros. **Escola Anna Nery**, v. 10, p. 370-377, 2006.

GROUP, The Whoqol. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social science & medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

KARASEK, R. A. Job content questionnaire and users guide Lowell. MA USA: University of Massachusetts**, Department of Work Environment**, 1985.

LIMA, Eduardo de Paula; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BARRETO, Sandhi Maria. Prevalência de depressão em bombeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 733-743, 2015.

LIMA, Eduardo de Paula; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BARRETO, Sandhi Maria. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: prevalência e fatores ocupacionais associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, p. 279-288, 2015.

MCEWEN, Bruce S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. **Physiological reviews**, v. 87, n. 3, p. 873-904, 2007.

MILOSEVIC, Milan et al. Work ability as a major determinant of clinical nurses' quality of life. **Journal of clinical nursing**, v. 20, n. 19□20, p. 2931-2938, 2011.

MONTEIRO, Janine Kieling et al. Bombeiros: um olhar sobre a qualidade de vida no trabalho. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, p. 554-565, 2007.

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 – 2014**. Porto Alegre: Artmed; 2013. 606 p.

NATIVIDADE, Michelle Regina da. Vidas em risco: a identidade profissional dos bombeiros militares. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, p. 411-420, 2009.

NUNES, Daiane Abreu; FONTANA, Rosane Teresinha. Condições de trabalho e fatores de risco da atividade realizada pelo bombeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 4, p. 721-729, 2012.

REIS, Ana Lúcia Pellegrini Pessoa dos *et al*. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]., v. 30, n. 4, pp. 712-725. 2010.

REGEHR, Cheryl; MILLAR, Danielle. Situation critical: High demand, low control, and low support in paramedic organizations. **Traumatology**, v. 13, n. 1, p. 49-58, 2007.

RIOS, Marcela Andrade; NERY, Adriana Alves. Condições laborais e de saúde referidas por trabalhadores informais do comércio. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 390-398, 2015.

SOUSA, Millena Nóbrega Campos de; FIORINI, Ana Cláudia; GUZMAN, Michelle Barna. Incômodo causado pelo ruído a uma população de bombeiros. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 14, p. 508-514, 2009.

CAPÍTULO 8

PREVALÊNCIA DE FATORES PREDITORES AO ESTRESSE OCUPACIONAL E A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[1];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

Danielle Eleine Leite Fagundes[2];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia

http://lattes.cnpq.br/0910129881188619

Randson Souza Rosa[3];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Ione Fogaça De Santana[4];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0960676901023269

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery[5];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2634593418368008

Gustavo Teixeira Nascimento[6];

Universidade Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2334240961338974

Darlyane Antunes Macedo[7].

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/3471831407152949

RESUMO: Atualmente nota-se um aumento na prevalência de estresse ocupacional, bem como a presença de outras desordens mentais, tais como a *síndrome de burnout*. Essas manifestações têm acometido principalmente, profissionais de enfermagem, pois muitas vezes estão expostos a situações desgastantes ou com sobrecargas ocasionadas pelo seu processo trabalho. Este estudo teve como objetivo avaliar prevalência de fatores Preditores

ao estresse ocupacional e a *síndrome de burnout* em profissionais de enfermagem da emergência hospitalar. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. O estudo apresentou em análise estatística, dados que não corroboraram com outros estudos com a mesma temática, demonstrando baixa prevalência de Preditores relacionados ao estresse ocupacional relacionados e a sindrômica em estudo. Entretanto outros dados coletados sugerem, que o ambiente de trabalho foi responsável por prevalências consideráveis em relação ao aumento de estresse da amostra, dando margem aos indicativos de exaustão emocional, baixa realização profissional e despersonalização, que são características sugestivas de Sídrome de *Burnout.* Essa pesquisa contribuiu para a construção de conhecimento científico acerca do estresse ocupacional e síndrome de *Burnout, e* suas implicações sobre a saúde dos profissionais de enfermagem em geral.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Emergência. Síndrome de *Burnout*.

PREVALENCE OF PREDICTORS TO OCCUPATIONAL STRESS AND BURNOUT SYNDROME IN HOSPITAL EMERGENCY NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: Currently, there is an increase in the prevalence of occupational stress, as well as the presence of other mental disorders, such as burnout syndrome. These manifestations have mainly affected nursing professionals, as they are often exposed to stressful situations or overloads caused by their work process. This study aimed to evaluate the prevalence of predictors of occupational stress and burnout syndrome in nursing professionals in hospital emergency. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The study presented in statistical analysis, data that did not corroborate with other studies with the same theme, demonstrating a low prevalence of predictors related to occupational stress related and the syndrome under study. However, other data collected suggest that the work environment was responsible for considerable prevalence in relation to the increase in stress in the sample, giving rise to indications of emotional exhaustion, low professional fulfillment and depersonalization, which are suggestive characteristics of Burnout Syndrome. This research contributed to the construction of scientific knowledge about occupational stress and Burnout syndrome, and its implications for the health of nursing professionals in general.

KEY-WORDS: Nursing. Emergency. Burnout Syndrome.

INTRODUÇÃO

Atualmente, quando as pessoas são questionadas sobre suas relações profissionais e pessoais, se elas sabem ou não lidar com as exigências da vida moderna, quando lhe são requeridas e exigido tempo que dizem não ter, quando se sentem ameaçadas, tanto física e psicologicamente e quando seu coração acelera e começam a sentir “borboletas” no estômago é possível dizer que estão com estresse. O termo estresse primeiramente

pensado e citado por Selye em 1976 consiste em uma tensão ou pressão psicológica de desgaste ou consumição, de sentido nem positivo nem negativo, com uma reação não específica do corpo a qualquer tipo de exigência desconfortável em reações físicas e emocionais (psicossomáticas) a situações estressantes (SOUZA-FILHO; BELO; GOUVEIA; 2006; LIPP, 2003).

Essas situações de estresse possuem fontes geradoras, conhecidas como estressores, que segundo Kristensen et al. (2004), são quaisquer exigências do ambiente que gera um estado de tensão e/ou ameaça requerendo assim, processo de mudança, ajustamento ou adaptação. O estresse fundamenta-se nos diferentes tipos de condições de natureza físicas ou psicológicas que ameaçam o equilíbrio do corpo (homeostase). Esses estímulos eliciam uma série de alterações corporais, conhecidas como a Síndrome de Adaptação Geral (SAG). A SAG, também chamado por Selye em 1976 como "estresse biológico", compreende uma série de reações de ordem fisiológicas que o organismo desenvolve em situações que exijam esforço e adaptação (LIPP, 2003). Essas situações são divididas em uma tríade situacional, sendo: situação de reação (alarme), adaptação (resistência) e esgotamento (exaustão).

Burnout é um termo da língua inglesa que significa "queima", *to burn out,* queimar por completo. Este termo usado primeiramente nos Estados Unidos da América, caracterizado pelo seu primeiro pesquisador, como desgaste extremo, cansaço, falha de um indivíduo trabalhador o que o torna improdutivo. Esse processo alterava o estado de humor e ânimo, interferindo futuramente no corpo, apresentando assim sintomas psíquicos e físicos (SCHAUFELI, BUUNK, 2003; MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001). As características supracitadas foram associadas à síndrome de *Burnout,* sendo relacionado a indivíduos que lidam com o público (profissionais de saúde em geral e professores) que se mostram desmotivados, pouco responsivos ao labor, tratamento distante e desumanizado para com os pacientes, culpando-os dos problemas que os acometem (MOREIRA *et al.,* 2009).

De acordo com Moreira *et al. (*2009, p.1560):

> Pode-se definir o *Burnout* como um transtorno adaptativo crônico associado às demandas e exigências laborais, cujo desenvolvimento é insidioso e frequentemente não reconhecido pelo indivíduo, com sintomatologia múltipla, predominando o cansaço emocional.

Os primeiros estudos sobre a síndrome focaram nas emoções, mascarando assim o stress (FONTE, 2011). Dificilmente pode-se falar de *Burnout* sem mencionar a definição de stress. O *Burnout* é cada vez mais conceituado pelos pesquisadores como uma reação em resposta ao stress ocupacional crônico (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

O stress ocupacional refere a um processo de adaptação temporária acompanhada por sintomatologia físico mental e se constitui a última fase de um estado de stress

prolongado designado *Burnout* (SCHAUFELI; BUUNK, 2003). Assim entende-se que o estresse ocupacional, como fator predisponente ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout,* relaciona-se diretamente com a qualidade de vida do indivíduo trabalhador, consequentemente inferindo no seu bem estar biopsicossocial.

Diante do exposto e levando em consideração as características dos profissionais em pesquisa, objetivou-se com esse estudo avaliar a prevalência de fatores preditores ao estresse ocupacional e a *síndrome de burnout* em profissionais de enfermagem da emergência hospitalar.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como descritivo, de abordagem quantitativa que foi realizado em um Hospital Público situado em uma cidade no interior do sudoeste baiano, localizada a 796 km da capital Salvador. O estabelecimento escolhido tem a função de centro de referência regional para procedimentos de baixa e média complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo a totalidade dos seus serviços realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A equipe de enfermagem do Setor de Emergência do Hospital referido foi a população escolhida para construção desse estudo. A seleção desses profissionais incidiu-se pelo fato de estarem expostos constantemente a níveis de estresse elevado, proveniente do risco iminente no qual estão submetidos relacionados ao manejo clínico de pacientes que necessitam de cuidados intensivos ou semi-intensivos e a rotatividade dinâmica que abarca o setor.

O número de funcionários que compõem a equipe de enfermagem desse setor totaliza-se em 43 profissionais, sendo 14 de nível superior (Enfermeiros) e 29 de nível médio (Técnicos de Enfermagem), dados adquiridos segundo a Coordenadoria Geral de Enfermagem do hospital em estudo. Optou-se por estratificar a amostra total de 43 profissionais em 58% o que gerou um quantitativo de 25 profissionais que foram posteriormente selecionados de forma aleatória de acordo com a escala dos dias utilizados pelo pesquisador.

Foram incluídos na amostra todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem com vínculo formal legalizado ao sistema trabalhista em vigência com a instituição, desde que lotados no setor selecionado para o estudo, cujo trabalho estivesse associado ao cuidado direto com pacientes e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos todos os trabalhadores que não se enquadraram nos critérios supracitados.

Os aspectos éticos para pesquisas que envolvem seres humanos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram considerados e garantidos na pesquisa. Após a explicação dos objetivos do estudo foi solicitado aos participantes,

que desejaram participar da pesquisa, a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia – UNEB sob nº de CAAE 14802913.4.0000.0057, que conferiu parecer favorável à realização da mesma, nº. 277.875 de 26/04/2013.

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a junho de 2013, com a escolha dos profissionais feita por método convencional (aleatório) na sequência de quatro vezes por semana em dias e turnos alternados, estipulando aqueles que se encontraram disponíveis nesses horários. Utilizou-se de questionários com caráter autoexplicativo e autoaplicável no próprio hospital. Os participantes foram abordados dentro do seu horário de trabalho, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

Com posse dos dados coletados, os mesmos foram tabulados, apresentados em tabelas e gráficos e analisados por meio de estatística simples utilizando o programa Microsoft Office Excel® e Word®, versão 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta pesquisa permitiu descobrir o perfil do trabalhador da equipe de enfermagem do setor de emergência tal como também, as características de estresse ocupacional como preditores para desenvolvimento ou não da síndrome de *Burnout*.

A taxa de resposta obtida foi de 100%, uma vez que toda a amostra estratificada dos trabalhadores da equipe de enfermagem do setor escolhido concordou em responder à pesquisa. Coletou-se 25 questionários, correspondendo a 58% dos 43 profissionais empregados no Setor de Emergência de um Hospital do Sudoeste Baiano. Os resultados da caracterização sociodemográfica estão descritos conforme **Tabela 1**.

Estes dados são compostos de oito variáveis, a saber: idade, sexo, estado civil, profissão, carga horária de trabalho semanal, outra ocupação, férias e busca de qualificação. As faixas etárias predominantes foram de 20 a 30 anos (11 profissionais) o equivalente a 44%, demonstrando uma idade considerada como adulto jovem e de 30 a 40 anos 32% (oito profissionais).

No que se refere ao sexo, na amostra prevaleceu 24 dos participantes do sexo feminino (96%). Quanto ao estado civil verificou-se a prevalência de casados (52%), seguido de solteiros (40%). Nos estudos que indicam maior exaustão ocupacional, as referências são mais voltadas para as mulheres e entende-se que esse resultado esteja relacionado às questões culturais. O fato de exercer dupla jornada, às vezes, tripla[condiciona as mulheres a adquirirem muitas responsabilidades, no trabalho e no ambiente familiar, o que pode gerar fortes pressões com efeitos desfavoráveis sobre sua saúde física e mental (CARLOTTO, 2011).

Gil-Monte (2003), refere que apesar de um aumento no número de profissionais homens nas equipes de enfermagem, a profissão, ainda, é tradicionalmente vinculada ao gênero feminino em virtude das suas características de cuidado. Alguns autores ainda explicam que as mulheres usam como mecanismos de defesa básicos a negação e a repressão: negam ou não querem perceber as suas frustrações, seu mal-estar e exaustão, sempre achando que podem ultrapassar os seus próprios limites em cada um dos múltiplos papéis que desempenham na vida (GALINDO *et al.,* 2012).

Quanto à escolaridade, nota-se porcentagem maior no nível médio de ensino, que corresponde ao técnico profissionalizante (técnico em enfermagem) com 64% (16 profissionais) e 9 profissionais com nível superior completo classificado como Enfermeiro correspondente a 36%.

A organização do trabalho em saúde, principalmente na equipe de enfermagem, sofre forte influência do modelo taylorista-fordista, que reproduz, na prática, a divisão entre trabalho intelectual, realizado marcadamente pelo enfermeiro e trabalho manual, realizado por técnicos de enfermagem (MAGALHÃES *et al.,* 2006). A divisão de funções entre os membros da equipe de enfermagem acabou dirigindo aos técnicos o cuidado direto aos doentes, limitando os enfermeiros às funções administrativas e burocráticas das instituições (COSTA, SHIMIZU*,* 2006).

Segundo dados referentes à carga de trabalho em horas semanais foram encontrados valores correspondentes a 30 horas semanais com prevalência de 60% (15 profissionais), seguido de 36 horas semanais 28% (sete profissionais) e por fim 60 horas semanais 12% (três profissionais). A atividade laboral hospitalar é caracterizada por excessiva carga de trabalho, contato com situações limitantes, alto nível de tensão e de riscos para si e para outros. Inclui problemas de relacionamento interpessoal aos que prestam assistência direta aos clientes e preocupações com demandas institucionais (PASCHOALINI *et al.,* 2008).

A equipe de enfermagem, por sua própria natureza e características de seu trabalho, revela-se suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional em decorrência da responsabilidade pela vida e a proximidade com os clientes para os quais o sofrimento é quase inevitável (MENEGHINI, PAZ, LAUTERT, 2011).

Na variável, possuir outra ocupação, evidencia-se uma prevalência de 56% (14 profissionais) relatam não possuir e 44% (11 profissionais) referiram sim possuir outro vínculo empregatício. Em relação a variável férias, ouve uma prevalência de 32% que relataram não ter tido férias ainda. Quanto à busca por qualificação, pode-se destacar uma prevalência de 84% dos pesquisados (21 profissionais) referiram não fazer nenhuma busca por qualificação.

Segundo Medina e Takahashi (2003), vários motivos levam os trabalhadores de enfermagem a optar pela graduação, pois permite uma ascensão profissional, a melhora do conhecimento científico e, consequentemente, possibilita mudar de status dentro da equipe.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da equipe de enfermagem da emergência hospitalar, Guanambi, 2013.

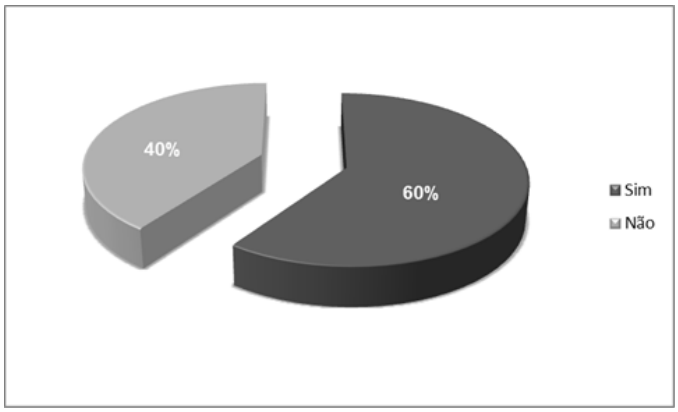
Variável	n = 25	
		%
Idade (anos)	**N**	
20 |--- 30	11	44
30 |--- 40	8	32
40 |--- 50	3	12
50 |--- a mais	3	12
Sexo		
Feminino	24	96
Masculino	1	4
Estado civil		
Casado	13	52
Solteiro	10	40
Separado	2	8
Profissão		
Técnico de enfermagem	16	64
Enfermeiro	9	36
Número de horas semanais		
30 horas	15	60
36 horas	7	28
60 horas	3	12
Outra ocupação		
Sim	11	44
Não	14	56
Férias		
2012	5	20
2013	10	40
Não teve	8	32
Não referido	2	8
Busca de qualificação		
Faculdade	2	8
Especialização	2	8
Nenhum	21	84

Fonte: Dados da Pesquisa, (2013).

No que se referiu ao lazer, especificamente sobre o índice de prática de atividade física e as atividades físicas mais praticadas pela equipe de Enfermagem do setor de Emergência do Hospital em estudo, pode-se evidenciar uma prevalência 60% da equipe praticam alguma atividade física (Gráfico 1). Nunomura, Teixeira e Caruso (2004), destacaram em seus estudos a importância da prática da atividade física e seus benefícios no que se refere à redução dos níveis de ansiedade, depressão e raiva, considerados sintomas de estresse e também a influência de fatores de estresse psicossociais sobre o indivíduo.

O exercício tem se mostrado tão efetivo quanto às técnicas mais tradicionais na redução dos níveis de estresse, com a vantagem de se evitar o uso de drogas. É válido salientar que um melhor condicionamento físico dos indivíduos, mais favoráveis serão as suas respostas ao estresse.

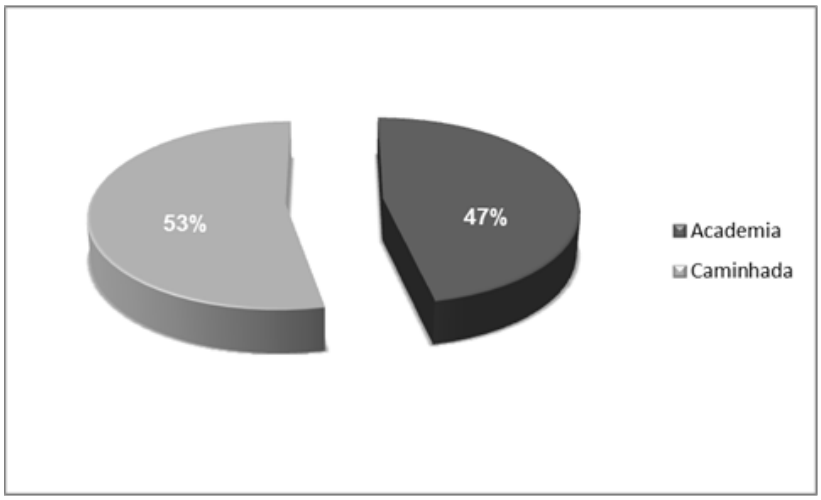
Gráfico 1: Índice de prática de atividade física pela equipe de enfermagem, Guanambi, Brasil, 2013.



Fonte: Dados da Pesquisa, (2013).

Em relação às atividades físicas mais praticadas, 53% utilizam a caminhada ao ar livre como atividade física principal e 47% relataram utilizar a academia como atividade física regular (Gráfico 2). Segundo Nunomura, Teixeira e Caruso (2004), aspectos positivos que incidem na diminuição dos níveis de ansiedade, de depressão e de estresse devem ser considerados na prática do exercício aeróbio. Ainda relatam que atividades aeróbias como caminhada, natação, dança, assim como tai chi e yoga ajudam o corpo a retornar a um estado mais relaxado. Samulski e Noce (2000), complementam que o exercício aeróbio é bastante eficiente sobre o estresse, o humor e o autoconceito. Um programa ideal de atividade física para a melhoria da saúde e bem-estar psicológico dos adultos maduros consistiria de força, flexibilidade equilíbrio, coordenação e atividades aeróbias (NUNOMURA; TEIXEIRA; CARUSO, 2004).

Gráfico 2: Atividades físicas praticadas pela equipe de enfermagem em estudo, Guanambi, Brasil, 2013.



A Pesquisa através dos dados coletados viabilizou informações sobre os fatores Preditores para o estresse ocupacional (**tabela 2).** Esses Preditores foram analisados segundo questionário utilizado. Eles são divididos em cinco categorias, que possuem como método de escolha, respostas do tipo: Nunca, Uma vez ao ano ou menos, Uma vez ao mês ou menos, Algumas vezes ao mês, Uma vez por semana, Algumas vezes por semana e Todos os dias, utilizando respectivamente numeração de 0 a 6 para preenchimento das respostas.

Sobre a questão Tempo exigido nas atividades que realizam diariamente, destacou-se uma prevalência de 32% (oito profissionais) relataram nunca demandar mais tempo que o necessário para realização de seus afazeres profissionais, porém 24% (seis profissionais) dos pesquisados dizem que todos os dias demandam mais tempo e 20% (cinco profissionais) dizem que algumas vezes por semana gastam mais tempo que um dia de trabalho e deixam atividades para outro colega ou para outro turno. Em relação ao controle dos procedimentos e atendimentos realizados, observou-se uma prevalência de 56% dos pesquisados que referiram ter total controle todos os dias.

O indivíduo precisa sentir-se seguro em seu ambiente de trabalho, livre de riscos e perigos para a sua saúde, caso isso não ocorra, às consequências podem ser: acidentes de trabalho, surgimento de doenças relacionadas ao estresse ocupacional, uso de drogas e álcool, dentre outros problemas que poderão afetar negativamente todo o processo produtivo do hospital e a saúde dos trabalhadores. Evidencia-se dessa forma que as cobranças em excesso, prazos e metas e um crescente número de informações deixam a equipe de enfermagem sobrecarregada o que pode ocasionar o estresse (CLEGG, 2002).

Quanto as prevalências do “Reconhecimento Institucional do trabalho” realizado por eles, tivemos destaque de 32% (oito profissionais) que disseram nunca receber reconhecimento, em contrapartida a prevalência de 24% (seis profissionais) disseram que recebem todos os dias. Quanto à prevalência da Valorização desse trabalho desenvolvido,

28% disseram nunca terem sidos valorizados. Os efeitos mais comuns da satisfação no trabalho recaem sobre a produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação dos clientes, por isso tem se tornado fonte de preocupação das organizações, inclusive na área da saúde, onde há, de um lado, a satisfação por aliviar o sofrimento alheio e, do outro, a insatisfação com a sobrecarga de trabalho e suas condições precárias que levam à exaustão física e mental, baixa autoestima e perda de interesse pelo conforto do cliente, desencadeando comportamentos que vão desde atenção, alegria, rapidez e eficiência até irritabilidade, desinteresse, mau humor e indelicadeza (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Em relação a variável “Respeito nas Relações Internas”, ouve uma prevalência de 15 profissionais (60% da amostra) que relataram serem respeitados todos os dias. Nesse sentido, a complexidade dos inúmeros procedimentos, o grau de responsabilidade em tomadas de decisão, a falta de profissionais, os acidentes de trabalho e o trabalho por turno, aumentam a angústia e a ansiedade dos trabalhadores de enfermagem, principalmente nos serviços de urgência e emergência, desencadeando frequentemente situações de estresse (CORONETTI *et al.,* 2006).

A falta de um bom relacionamento interfere diretamente na assistência prestada e na satisfação no trabalho, gerando maior estresse para a equipe de enfermagem. Outras fontes de estresse também estão presentes no cotidiano da equipe relacionados à interação, entre eles: a comunicação deficiente, a utilização de mecanismos de defesas inadequados como à impaciência e a não realização do trabalho em equipe, a falta de cooperação espontânea, a sobrecarga de trabalho para alguns elementos da equipe e a falta de continuidade das ações iniciadas (CORONETTI *et al.,* 2006).

Tabela 2: Prevalência de Preditores para estresse ocupacional da equipe de enfermagem da emergência do Hospitalar, Guanambi, Brasil, 2013.

Variável	n = 25	
Tempo exigido nas atividades maior que um dia trabalho	**N**	**%**
Nunca	8	32
Uma vez ao ano ou menos	1	4
Uma vez ao mês ou menos	1	4
Algumas vezes ao mês	3	12
Uma vez por semana	1	4
Algumas vezes por semana	5	20
Todos os dias	6	24
Controle dos procedimentos e atendimentos realizados		
Nunca	1	4
Uma vez ao ano ou menos	0	0
Uma vez ao mês ou menos	1	4
Algumas vezes ao mês	2	8
Uma vez por semana	0	0
Algumas vezes por semana	7	28
Todos os dias	14	56
Reconhecimento Institucional		
Nunca	8	32
Uma vez ao ano ou menos	4	16
Uma vez ao mês ou menos	1	4
Algumas vezes ao mês	1	4
Uma vez por semana	0	0
Algumas vezes por semana	5	20
Todos os dias	6	24
Valorização do trabalho desenvolvido		
Nunca	7	28
Uma vez ao ano ou menos	6	24
Uma vez ao mês ou menos	2	8
Algumas vezes ao mês	3	12
Uma vez por semana	0	0
Algumas vezes por semana	3	12
Todos os dias	4	16
Respeito nas relações internas		
Nunca	4	16
Uma vez ao ano ou menos	1	4
Uma vez ao mês ou menos	1	4
Algumas vezes ao mês	1	4
Uma vez por semana	0	0
Algumas vezes por semana	3	12
Todos os dias	15	60

Fonte: Dados da Pesquisa, (2013).

Os indicadores de estresse decorrentes do trabalho (sintomas somáticos) encontram-se evidenciados na tabela 3. As suas variáveis foram divididas de acordo com grupos de reações. São elas: Comportamentais, Cognitivas, Emocionais e Fisiológicas.

Quanto as variáveis que compõem o grupo das Comportamentais foram analisadas Perda ou excesso de apetite, sendo que neste quesito, 56% relataram que nunca apresentaram problema. Silveira (2005), relata que a dedicação à profissão, mesmo que esta exija um número mais do que suficiente de horas durante o dia, faz o trabalhador esquecer-se de cuidados básicos com a saúde, como higiene e alimentação.

No quesito Aumento no consumo de bebida alcoólica, cigarro ou substâncias químicas 100% dos pesquisados (25 profissionais) disseram nunca terem aumentado o consumo de tais substâncias. E na variável Estado de aceleração, ficou evidenciado que 40% da amostra referiu nunca sentir tal estado, entretanto 16% relataram sentir todos os dias e outros 16% algumas vezes por semana.

Calumbi (2010), postula a noção de que o Burnout é um estado de extremo esgotamento de recursos, resultante de uma exposição crônica ao estresse laboral. Sua ocorrência se vincula a processos de diminuição das funções individuais, mal-estar físico, depressão, ansiedade, dificuldade nas relações interpessoais, aumento no uso de drogas, déficit na performance do trabalho, aumento do absenteísmo, da rotação de funcionários, bem como intenção de desistir ou diminuição do comprometimento organizacional.

Quanto as “Reações Emocionais”, de acordo com a pesquisa pode-se observar que nas variáveis, sentir Irritabilidade fácil e perda do senso de humor, apresentou prevalência, respectivamente, 32% e 41% dos pesquisados relataram que nunca se sentiram facilmente irritados ou perderam o senso humor, entretanto 12% e 21% referiram que se irritam facilmente. Pode-se inferir que as alterações de humor podem prejudicar o andamento do trabalho, pois situações de estresse podem ocorrer entre os membros da equipe de enfermagem e que podem refletir seriamente sobre o cuidado ao paciente.

Em resposta a variável dificuldade com sono, 36% dos entrevistados disseram que nunca tiveram problemas relacionados a essa variável, seguidos de 20% que relataram ter dificuldades para dormir algumas vezes por semana e 16% todos os dias.

Em relação ao sentimento de cansaço mental, 36% (nove profissionais) disseram nunca sentir, 24% (seis profissionais) sentiram algumas vezes na semana e 16% (quatro profissionais) sentem todos os dias.

A exaustão emocional é caracterizada por sintomas de fadiga e esgotamento energético, que abalam as emoções do indivíduo. Esse componente retrata o aspecto de estresse individual que predispõe a síndrome de *Burnout*. A desumanização, elemento interpessoal do *Burnout*, engloba aspectos negativos como: dureza, indiferença e distanciamento excessivo, facilmente manifestado pelos profissionais no relacionamento com os usuários dos seus serviços e com os outros membros da equipe. A decepção

relaciona-se ao sentimento de incompetência e a percepção de desempenho insatisfatório, nas atividades laborais, retratando o aspecto de autoavaliação que pode influir negativamente sobre as emoções individuais (TAMAYO, TRÓCCOLI, 2002).

Dificuldades sexuais e perda do desejo sexual foram duas variáveis que 19 dos profissionais pesquisados corresponderam a uma prevalência de (76%) relatando nunca sentir problemas relacionados, mas três e dois profissionais (12% e 8%), respectivamente, relataram ter alguma dificuldade ou perda desse desejo pelo menos algumas vezes ao mês.

Em relação ao grupo de reações fisiológicas dos sintomas somáticos, as respostas mais frequentes sobre cefaléia foram de 28% dos entrevistados que relataram ter algumas vezes ao mês ou menos, 24% nunca sentiram e 20% uma vez ao mês ou menos. Quanto ao motivo, pressão alta, ouve prevalência de 80% referindo nunca ter tido episódios e já 8% todos os dias. As respostas as variáveis “Dores no ombro/nuca e no peito”, a maioria respondeu que nunca sentiram dores no ombro/nuca (8 profissionais/32%) e 22 profissionais/88% nunca sentiram dores no peito. Já cinco profissionais (20%) relataram apenas sentir dores musculares nos ombros e nuca.

No quesito, “fadiga generalizada”, nove dos entrevistados (46%) relataram nunca sentir, quatro (16%) afirmaram sentir uma vez ao mês e quatro (16%) algumas vezes por semana. Pequenas infecções foi um quesito que obteve 16 votos (64%) dos pesquisados, para nunca, seis votos (24%) uma vez ao ano ou menos e dois votos (8%) para uma vez ao mês ou menos. Em relação aos problemas gastrointestinais, os dados mostraram que 40% dos pesquisados relataram que nunca tiveram problemas e outros 40% já disseram que teve pelo menos uma vez ao mês. Quanto as variáveis “problemas alérgicos, gripes e resfriados”, a maioria dos pesquisados relataram nunca terem problemas, respectivamente, 68% e 24%, mas outros 20% disseram ter problemas alérgicos algumas vezes ao mês e 44% confirmaram ter problemas com Gripe pelo menos uma vez ao ano pelo menos.

Fisiologicamente o cérebro, independente da vontade consciente, em frente a uma situação ameaçadora (estressante), passa a desenvolver uma série de alterações de características neuroquímicas. São nessas reações (neuroquímicas) que se encontram a primeira parte da Tríade da SAG, (fase Reação de Alarme), que compreende as respostas somáticas de estado de alerta geral onde o corpo de forma adaptativa liga-se ao extremo de vigília, para busca de luta ou fuga (GRAEFF, 2007).

Essa fase é caracterizada pelo aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, favorecendo assim o aumento da circulação sanguínea, visando um maior aporte de oxigênio e nutrientes aos tecidos (ARALDI-FAVASSA; ARMILIATO; KALININE, 2005).

Caso o agente estressor continue, advém à segunda parte da SAG, a fase de Adaptação (resistência). Na fase de Resistência, consistirá da acumulação da tensão, onde o organismo tenta adaptar-se ao estímulo estressor, fazendo que seu metabolismo suporte estes estímulos por um determinado período de tempo. Nesse estado de reação, o estresse pode ser direcionado a um órgão ou sistema específico (cardíaco, tegumentar,

digestório, muscular etc.) Essa fase é caracterizada por alterações de ordem metabólica como hiperatividade do córtex da suprarrenal (favorecendo sua hipertrofia), ocasionado pela atrofia do timo, baço e estruturas linfáticas, favorecendo a aumento de glóbulos brancos, diminuição de eosinófilos, aparecimentos de úlceras digestórias, secreção de cloro na corrente sanguínea, insônia, alterações de humor e disfunção sexual (ARALDI-FAVASSA; ARMILIATO; KALININE, 2005).

Entretanto, se os estímulos estressores ainda presentes, estão em progressão ou tornando-se crônicos, a resposta somática também se mantém. Isso ocasiona uma volta ao estado de alarme (fase 1) e consequentemente falha no processo de adaptação (fase 2), entrando na terceira fase da SAG, que consiste no estado de Esgotamento total (exaustão). Essa última fase caracteriza-se por sobrecarga fisiológica ocasionando um estado, de queda significativa da capacidade de adaptação do organismo que possivelmente levará a morte em casos crônicos e sem tratamento (ARALDI-FAVASSA; ARMILIATO; KALININE, 2005).

Tabela 4: Sintomas somáticos para estresse ocupacional da equipe de enfermagem da emergência do Hospitalar, Guanambi, Brasil, 2013.

Reações Comportamentais							
	0	1	2	3	4	5	6
	%	%	%	%	%	%	%
Perda ou excesso de apetite	56	0	4	8	4	12	16
Aumento no consumo de bebida, cigarro ou substâncias químicas.	100	0	0	0	0	0	0
Estado de aceleração contínuo	40	4	12	4	8	16	16
Reações Cognitivas							
	0	1	2	3	4	5	6
	%	%	%	%	%	%	%
Pouco tempo para si mesmo	28	8	8	28	0	4	24
Dificuldade de memória e concentração	48	4	20	20	0	0	8
Sentir-se sem vontade de começar nada	48	12	8	8	0	20	4
Reações Emocionais							
	0	1	2	3	4	5	6
	%	%	%	%	%	%	%
Irritabilidade fácil	32	4	8	16	12	16	12
Dificuldades com o sono	36	4	8	8	8	20	16
Sentimento de cansaço mental	36	4	8	8	4	24	16
Dificuldades sexuais	76	4	0	12	4	4	0
Perda do senso de humor	48	4	16	16	8	0	8
Perda do desejo sexual	76	0	8	8	8	0	0
Reações Fisiológicas							
	0	1	2	3	4	5	6
	%	%	%	%	%	%	%
Cefaleia	24	4	20	28	4	16	4
Pressão arterial alta	80	4	0	4	4	0	8
Dores nos ombros ou nuca	32	8	20	4	8	16	12
Dor no peito	88	0	4	8	0	0	0
Fadiga generalizada	36	4	16	12	8	16	8
Pequenas infecções	64	24	8	4	0	0	0
Problemas gastrointestinais	40	4	8	40	8	0	0
Problemas alérgicos	68	4	4	20	4	0	0
Gripes e resfriados	28	44	20	8	0	0	0

0 Nunca

1 Uma vez ao ano ou menos

2 uma vez ao mês ou menos

3 algumas vezes ao mês

4 uma vez por semana

5 uma vez por semana

6 todos os dias

Fonte: Dados da Pesquisa, (2013).

Historicamente comprovado que o homem é um ser social de atribuições individuais e coletivas, e que pelo seu trabalho transforma e também por seu trabalho é transformado. Entendemos assim, que nessa construção social há elementos de características psicossociais que envolvem o trabalho. O estresse Ocupacional e a Síndrome de *Burnout,* com certeza se constitui parte desses elementos.

Esse estudo foi composto de trabalhadores da equipe de Enfermagem no setor de emergência, com uma caracterização majoritária de mulheres, com média de idade entre 20 e 35 anos, casadas, com carga horária média de trabalho de 30 a 36 horas apresentando assim, perfil semelhante em outros estudos sobre essa temática, estresse ocupacional e *Burnout*.

O Ministério da Saúde, no Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, informa que quando há ocorrência de indicativos e diagnóstico de estresse e *Burnout* confirmados, esses devem ser observados e investigados sobre as condições de trabalho (Classificação Internacional de Doenças – CID-10: F43, F43.0, F43.2 e Z56.3, Z56.6 10ª revisão) (BRASIL, 2001).

CONCLUSÃO

Assim o presente estudo, buscou analisar fatores Preditores (pontos de definição diagnóstica), determinantes de estresse ocupacional e *Burnout* como combinações de variáveis de ordem física, sociais, psicológicas e organizacional.

Os resultados de algumas análises de prevalência, alguns dados da pesquisa não corroboraram com dados de outros estudos e sua relação com a sindrômica demonstrando baixa prevalência desses Preditores associados. Entretanto, outros dados sugerem que as condições de trabalho, o que se refere ao seu ambiente de trabalho, (reconhecimento institucional, valorização do trabalho desenvolvido) são responsáveis por pontos significativos em relação ao aumento de estresse, dando margem aos indicativos de exaustão emocional por não estímulo institucional, consequentemente baixa realização profissional e despersonalização que são características sugestivas das dimensões de *Burnout*.

Outros achados relacionados a sintomas somáticos (cognitivo, emocional, fisiológico e comportamental), em escala média, demonstraram níveis de cansaço emocional (estresse) e estes estando assim diretamente relacionados à prática diária no trabalho que desenvolvem.

Diante disto, observa-se que o tempo de atuação profissional, idade média geral, forma de escalonamento, dimensionamento, perfil do efetivo, carga horária e a dinâmica do trabalho, demonstraram serem possíveis fatores responsáveis pela baixa incidência de alguns Preditores de estresse ocupacional na amostra.

O presente estudo também visa fornecer um *feedback* a Instituição acolhedora, para que a mesma pense sobre a possibilidade de ampliar e estender a outros setores do hospital estudos semelhantes para análise comparativa em busca de indicadores de estresse, sua ocorrência e/ou prevalência.

A Síndrome de *Burnout* por ser um fenômeno já conhecido, já se caracateriza como um problema de saúde pública, por estar diretamente relacionada com a força motriz da sociedade, a classe trabalhadora.

O grande desafio consiste em ampliar horizontes para que ocorra sensibilização de profissionais, pesquisadores e gestores a fim de identificar, pensar, e investir através de políticas públicas de gestão participativa na saúde do trabalhador, nas duas esferas de atuação a saúde (básica e especializada) visando uma melhor qualidade de vida para os trabalhadores e consequentemente o retorno em qualidade de serviços prestados.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ARALDI-FAVASSA, Celí Teresinha; ARMILIATO, Neide; KALININE, Iouri. Aspectos fisiológicos e psicológicos do estresse**. Revista de psicologia da UnC,** v. 2, n. 2, p. 84-92, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580p.

BUUNK, A.P.; SCHAUFELI, W.B. Burnout from a social comparison perspective. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), **Professional Burnout:** Recent Developments in Theory and Research (pp. 53-69). New York: Taylor & Francis. 2003.

CALUMBI, R. A.; et al. Avaliação da qualidade de vida dos anestesiologistas da cidade do Recife. **Rev. Bras. Anestesiol.,** Campinas, v. 60, n. 1, fev. 2010..

CARLOTTO, M. S. Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, dez. 2011

CLEGG, B. **Gerenciamento do estresse:** Traga calma para sua vida. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

CORONETTI, Adriana et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos catarinenses de medicina**, v. 35, n. 4,

p. 36-43, 2006.

COSTA, Rita de Almeida; SHIMIZU, Helena Eri. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em um hospital-escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, p. 418-426, 2006.

FONTE, C. M. S. **Adaptação e validação para português do Questionário de *Copenhagen Burnout Inventory***. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 2011.

GALINDO, R. H.; et al . Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, Abr. 2012.

GIL-MONTE, P.R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermaría. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, v. 1, 19-33. 2003.

GRAEFF, Frederico G. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 29, p. s3-s6, 2007.

KRISTENSEN, C.H; LEON, J.S; D'INCAO, D.B; DELL'AGLIO, D.D. Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. **Interação em Psicologia**. 8 (1), 54-55. 2004.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MAGALHÃES, Z. R.; et al. Algumas considerações acerca do processo de viver humano de técnicos(as) de enfermagem recém-admitidos(as) em um hospital escola. **Texto Contexto – Enfermagem**, 15, 39-47. 2006.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, 52, 397-422. 2001.

MEDINA, Neuma Vital Julca; TAKAHASHI, Regina Toshie. A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da** USP, v. 37, p. 101-108, 2003.

MELO, Márcia Borges de; BARBOSA, Maria Alves; SOUZA, Paula Regina de. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 19, p. 1047-1055, 2011.

MENEGHINI, Fernanda; PAZ, Adriana Aparecida; LAUTERT, Liana. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem,** v. 20, p. 225-233, 2011.

MOREIRA, D. S.; et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**,

Rio de Janeiro, 25(7):1559-1568, jul, 2009.

NUNOMURA, Myrian; TEIXEIRA, Luis Antonio Cespedes; FERNANDES, Mara Regina Caruso. Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 3, n. 3, 2004.

PASCHOALINI, Bruna et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 487-492, 2008.

SAMULSKI, Dietmar Martin; NOCE, Franco. A importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários da UFMG. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 1, p. 5-21, 2000.

SILVEIRA, N. M.; et al . Avaliação de burnout em uma amostra de policiais civis**. Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 27, n. 2, ago. 2005.

SOUZA-FILHO, M; BELO, R; GOUVEIA, V.V. Testes Psicológicos: análise da produção científica brasileira no período 2000 - 2004. **Psicologia Ciência e Profissão**, 26 (3), 478-489. 2006.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia** (Natal), 7(1), 37-42. 2002.

CAPÍTULO 9

FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Geisa Silva Novais[1];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA.

http://lattes.cnpq.br/7827604012335006

Lívia Magalhães Costa Castro[4];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA.

http://lattes.cnpq.br/8996138501682518

Osvaldo Ramos da Silva Neto[3];

Residência em Terapia Intensiva do Hospital da Cidade, Salvador, BA.

http://lattes.cnpq.br/2132123224019671

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[4];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

Thamirys Freitas Nolasco[5];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, BA.

http://lattes.cnpq.br/3123049036845811

Venicius de Araújo Ramos[6];

Universidade Estácio de Sá (UNESA), Rio de Janeiro, RJ.

https://orcid.org/0000-0002-1132-8664

Lenilson Prates da Silva[7];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS.

http://lattes.cnpq.br/1986504119018584

Ézio Junio Gonçalves Nunes[8];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS.

http://lattes.cnpq.br/1055357858049949

Raysa Messias Barreto de Souza[10];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA.

http://lattes.cnpq.br/0591839126294720

Randson Souza Rosa[11].

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, BA.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo identificar os principais fatores de riscos relacionados à síndrome de burnout entre enfermeiros alocados em unidades de terapia intensiva. Para alcançar o objetivo, optou-se pelo método de revisão integrativa, utilizando os seguintes bancos de dados: MEDLINE, LILACS e SCIELO. A análise dos artigos possibilitou a identificação de 14 fatores de riscos associados ao desenvolvimento da síndrome de burnout em enfermeiros alocados em unidades de terapia intensiva. Tendo em vista os resultados expostos nesse estudo, é possível concluir que características biossociais como gênero, idade e estado civil possuem uma grande contribuição para o desenvolvimento da síndrome de burnout. Além disso, fatores como pouca experiência de trabalho, unidades de terapia intensiva com estrutura física precária e relações profissionais conflituosas colaboram para uma elevada prevalência dessa síndrome em enfermeiros alocados em unidades de terapia intensiva.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de burnout. Enfermeiros. Unidades de terapia intensiva.

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH BURNOUT SYNDROME IN INTENSIVE CARE NURSES: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: This study aims to identify the main risk factors related to of burnout among nurses allocated in intensive care units. To achieve the goal, we opted for the integrative review method, using the following databases: MEDLINE, LILACS and SCIELO. The analysis of the articles allowed the identification of 14 risk factors associated with the development of burnout in nurses allocated in intensive care units. In view of the results presented in this study, we conclude we conclude that biosocial characteristics such as gender, age and marital status have a great contribution to the development of burnout. In addition, factors such as little work experience, intensive care units with poor physical structure and conflictive relations professionals collaborate to a high prevalence of burnout in nurses allocated in intensive care units.

KEY-WORDS: Burnout syndrome. Nurses. Intensive care units

INTRODUÇÃO

O processo de globalização, juntamente com os avanços tecnológicos da idade moderna, ocasionou mudanças amplas nas relações de trabalho. (REZENDE, BORGES, FROTA, 2012). A baixa demanda de empregos agregada de uma necessidade constante de atualização torna o ambiente profissional cada vez mais competitivo e individualista, exigindo um grande esforço físico e psíquico dos profissionais, que ultrapassa, muitas vezes, o limite de capacidade do trabalhador. No intuito de permanecer inserido no mercado de trabalho, o trabalhador é obrigado a se submeter às exigências do empregador. Dessa forma, jornadas de trabalho longas, baixa remuneração e ambiente de trabalho inadequado são alguns dos fatores presentes no dia-a-dia de muitos profissionais que repercutem diretamente na saúde física e mental dos mesmos. (MARTINATO et al., 2010).

Entre os profissionais da área da saúde, os enfermeiros de unidades de terapia intensiva formam um grande segmento de trabalhadores inseridos nesse contexto de trabalho. Muitas vezes, em sua rotina, vivenciam o cuidado aos pacientes graves ou terminais, que são submetidos a inúmeros procedimentos invasivos e dolorosos. Assim, os enfermeiros experimentam no seu ambiente de trabalho um cotidiano pesado, que pode gerar desgaste físico e mental. Esses profissionais, progressivamente, transformam-se em "individualistas", priorizando unicamente tarefas assistenciais e gerenciais dos pacientes aos quais estão prestando o cuidado. Com isso, esses profissionais ultrapassam seus limites físicos e psicológicos, o que pode acarretar prejuízos na qualidade da assistência prestada (CASTRO; OLIVEIRA; CAMARGO, 2015). A constante exposição a esses agentes estressores pode contribuir para o desenvolvimento de inúmeras patologias com origem no desgaste e sofrimento emocional, dentre elas, a síndrome de burnout. (DALMOLIN et al., 2012).

Burnout é um fenômeno que provavelmente tem suas raízes nos primórdios da humanidade e vêm ocorrendo ao longo dos séculos entre profissionais de diferentes campos. Ao longo da humanidade, muitas termologias foram utilizadas para a descrição da síndrome de burnout, como "Cansaço de Elias", termo utilizado por pastores. (KASCHKA; KORCZAK; BROICH, 2011). A primeira menção ao termo "Burnout" foi feita por Herbert J. Freudenberger, em 1974, em que descrevia um quadro apresentado em trabalhadores de uma clínica para dependentes de substâncias químicas na cidade de Nova York nos Estados Unidos (MOREIRA et al., 2009). Ele observou que muitos desses profissionais apresentavam um processo gradual e progressivo de desgaste do humor acompanhado ou não de desmotivação. Essas mudanças com o tempo culminavam com o aparecimento de sintomas físicos e psíquicos que denotavam um particular estado de estar "exausto".

A síndrome de burnout apresenta três dimensões: exaustão emocional ou esgotamento profissional, despersonalização e desmotivação na realização profissional e pessoal, características essas que podem gerar consequências físicas, psíquicas e sociais, atingindo a qualidade de vida do profissional e o seu desempenho no trabalho.

A exaustão emocional ocorre quando o profissional sente que não possui mais recursos emocionais e energia necessários realizar o seu trabalho. Ela é oriunda da sensação de sobrecarga de atividades, fastio emocional, conflito pessoal nas relações, entre outras. Em seguida, em consequência da exaustão emocional, pode manifestar a despersonalização, que é uma característica inerente à síndrome de burnout e que a diferencia do estresse. Manifesta-se como uma forma do profissional reagir à exaustão emocional oriundo do contato direto com pacientes, seus familiares e equipe. Em consequência disso, suscitam comportamentos de "insensibilidade emocional do profissional" em relação às pessoas com quem desenvolve suas funções. Esse profissional com burnout acaba comportando-se com sarcasmo, intolerância ou "até mesmo ignorando o sentimento da outra pessoa". Por último, a terceira dimensão que caracteriza a síndrome de burnout seria a desmotivação na realização profissional e pessoal, onde o profissional perde gradativamente a confiança em seu trabalho, ocorre sensação de descontentamento com si próprio e com o trabalho que realiza, gerando sentimentos de incompetência e autoconceito negativo. (MOREIRA et al., 2009; GALINDO et al., 2012; SCHMIDT et al., 2013; FRANÇA et al., 2014).

Devido ao papel fundamental exercido pela classe dos enfermeiros intensivistas nos centros de saúde e a alta prevalência da síndrome de burnout nesse segmento de profissionais (SKOREK; SOUZA; BEZERRA, 2013; SILVA et al., 2015). O presente estudo tem como objetivo identificar os principais fatores de riscos relacionados à síndrome de burnout entre enfermeiros alocados em unidades de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo, optou-se pelo método de revisão integrativa, na medida em que este método sintetiza resultados de estudos já realizados e permite discussões mais aprofundadas sobre o tema, assim como meta-análises dos dados, para a geração de dados mais elaborados.

A revisão foi realizada em seis etapas: inicialmente foi delimitada a pergunta norteadora do trabalho: *"Quais são os principais fatores de riscos para o desenvolvimento da síndrome de burnout em enfermeiros alocados em unidades de terapia intensiva?".* Em seguida foi realizada: a busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; elaboração de gráfico e quadros; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. (SOUZA; SILVA, 2010).

As bases de dados utilizados foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDILINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e o portal *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Utilizaram-se os unitermos: desgaste profissional, estresse ocupacional, esgotamento emocional, exaustão emocional e física e exaustão profissional. A busca contemplou artigos publicados entre 2006 e 2016, cruzando-se o unitermo *burnout enfermagem* com outros

citados e selecionando-se artigos publicados nas línguas portuguesa ou inglesa.

Foram adotados, como critério de inclusão, aqueles artigos que apresentavam especificidade com o tema, a problemática do estudo, que contivessem os descritores selecionados, que respeitassem o período supracitado. Foram excluídos os artigos que não tinham relação com o objetivo do estudo e aqueles trabalhos que não foram encontrados na íntegra. Além disso, artigos com abordagem de fatores de riscos relacionados a síndrome de *burnout* em outras categorias profissionais ou em enfermeiros alocados em setores que não fosse unidades de terapia intensiva também foram excluídos.

A análise dos dados, feita por meio de frequência simples, assim como a construção do gráfico, foi realizado no software GraphPad Prism versão 5.01 (GraphPad Software, San Diego, CA).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os achados são frutos de uma pesquisa realizada nas bases de dados mencionadas abaixo seguindo critérios de inclusão e exclusão citados no método da pesquisa, conforme quadro 01.

Quadro 1: Seleção de artigos nas bases de dados.

Base de dados	Achados dos artigos: (1ª seleção - pelos descritores, texto na integra, em português ou inglês, publicados entre 2006 e 2016; 2ª seleção – artigos relacionados somente a enfermeiros alocados em UTI; 3ª seleção – artigos contemplando a temática do trabalho); [Número de vezes que os artigos apareceram repetidos no cruzamento dos unitermos e/ou entre as bases de dados].
LILACS	1ª seleção: 620 artigos; 2ª seleção: 99 artigos na íntegra; 3ª seleção: 3 artigos contemplando os critérios de inclusão e exclusão; [10].
MEDLINE	1ª seleção: 1.912 artigos; 2ª seleção: 141 artigos na íntegra; 3ª seleção: 10 artigos contemplando os critérios de inclusão e exclusão; [12].
SCIELO	1ª seleção: 25 artigos; 2ª seleção: 11 artigos na íntegra; 3ª seleção: 5 artigos contemplando os critérios de inclusão e exclusão; [02].

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

A busca na literatura resultou na identificação de 2.557 artigos selecionados pelos descritores, que apresentaram-se na íntegra e foram publicados entre 2006 e 2016 no idioma inglês ou português. Dentre esses, 251 artigos estavam relacionados a equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva, após uma avaliação criteriosa de conteúdo seguindo os critérios de inclusão e exclusão e contemplando os artigos relacionados a temática do trabalho, 23 artigos foram selecionados, porém houve repetição de 06 artigos que apareceram 24 vezes no cruzamento dos unitermos e/ou entre as bases de dados, resultando um total de 18 artigos para constituir a amostra do presente estudo (**Quadro 2**).

Quadro 2: Caracterização dos artigos selecionados para análise.

Revista	Idioma	Abordagem	Instrumento de Pesquisa
Igiene e Sanitá Pubblica, 2016	Inglês	Exploratória-descritiva	Inventário de estado traço de ansiedade e o inventário de personalidade multifásica de Minesota
Nursing and Midwifery Studies, 2015	Inglês	Comparativa randomizada	Inventário de Malasch de burnout
The Journal of the Egypy Pubblic Health Association, 2015	Inglês	Exploratória-descritiva	Questionário da escala de Likert
Nursing ethics, 2015	Inglês	Descritiva de correlação	Questionário demográfico, Escala de sofrimento moral e Inventário de Copenhagen de burnout.
Indian Journal of Critical Care Medicine, 2014	Inglês	Exploratória-descritiva	Questionário demográfico e Inventario de Malasch de burnout
Plos one, 2013	Inglês	Transversal	Questionário demográfico e Inventário de Malasch de burnout
International Journal of Nursing Practice, 2012	Inglês	Exploratória-descritiva	Inventário de Malasch de burnout e Inventário de satisfação dos serviços de enfermagem
American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2009	Inglês	Transversal	Questionário de Contentamento no trabalho
Minerva Anestesiologica, 2007	Inglês	Observacional	Testes Psicométricos
American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2007	Inglês	Exploratória	Questionário
Escola Anna Nery, 2014	Português	Quantitativa transversal e descritiva	Questionário para aplicação do inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento
Revista de Enfermargem da UFSM, 2013	Português	Exploratória- descritiva e qualitativa	Roteiro de entrevista semi-estruturada
Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2008	Português	Descritiva e inferencial	Questionário da escala Bianchi de Stress
Acta Paulista de Enfermagem, 2006	Português	Descritiva	Questões sócio-demográficas e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015	Português	Observacional e transversal	Escala de Estresse no Trabalho, Lista de Sinais e Sintomas de Estresse, Escala de Coping Ocupacional e Inventário de Malasch de burnout

Arquivos Catarinenses de Medicina, 2006	Português	Descritiva e qualitativa	Entrevista semi-estruturada
Ciência, Cuidado e Saúde, 2011	Português	Quantitativo, analítico e transversal	Escala Bianchi de Stress
Revista da Escola de Enfermagem da USP, 20011	Português	Exploratória-descritiva e longitudinal-prospectiva	Inventário de Malasch de burnout e Questionário de dados sociodemográficos/ocupacionais

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A análise dos artigos possibilitou a identificação de 14 fatores de riscos associados ao desenvolvimento da síndrome de burnout em enfermeiros alocados em unidades de terapia intensiva (**Quadro 3**).

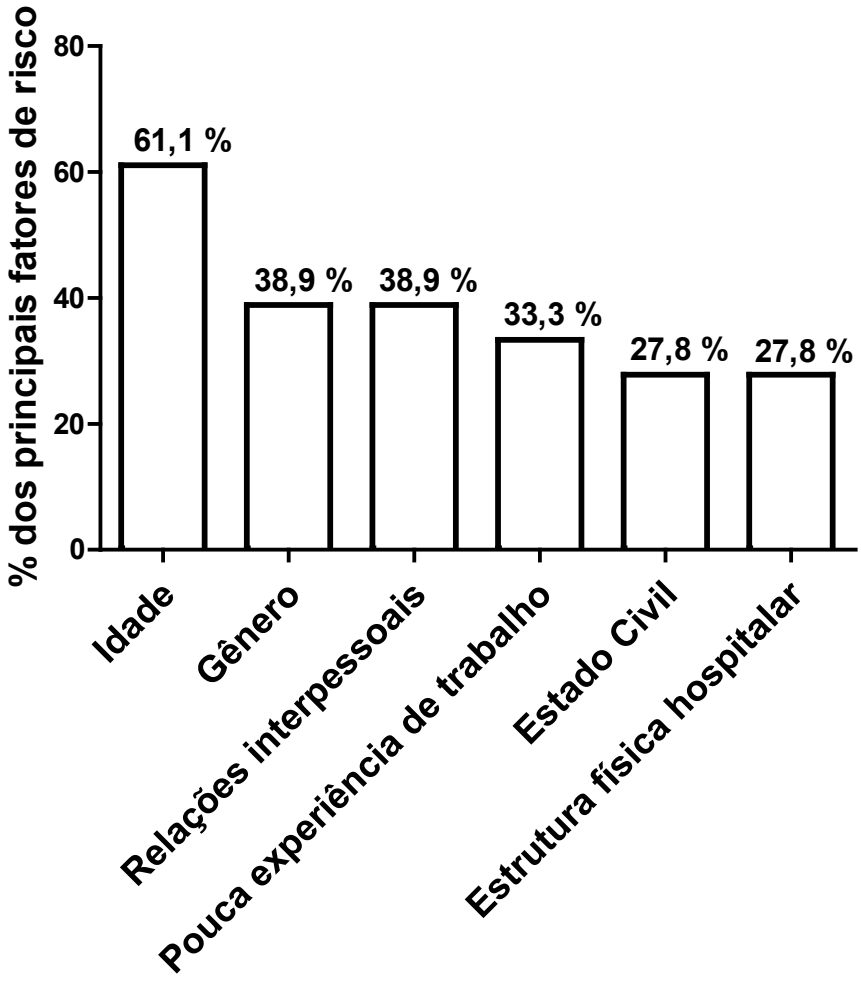
Quadro 3: Principais fatores de riscos associados a síndrome de Burnout descritos nos artigos selecionados.

Principais fatores de riscos associados ao desenvolvimento da síndrome de burnout	**Artigos que citam os principais fatores de risco encontrados**
Idade	(FERRAREZE et al., 2006); (PONCET et al., 2007); (GUERRER et al., 2008); (PIMENTEL-FRANCO et al.,2011); (TEKINDAL et al., 2012); (AYALA &CARNERO, 2013); (GUNTUPALLI et al., 2014); (ANDOLHE et al., 2015); (MOSALLAM et al., 2015); (SHOORIDEH et al., 2015); (D´AMBROSIO, 2016).
Gênero	(FERRAREZE et al., 2006); (RAGGIO&MALACARNE, 2007); (GUERRER et al., 2008); (MURASSAKI et al., 2011); (PIMENTEL-FRANCO et al., 2011); (ANDOLHE et al., 2015); (D´AMBROSIO, 2016).
Ter Filhos	(MURASSAKI et al., 2011); (AYALA &CARNERO, 2013).
Estado civil	(PIMENTEL-FRANCO et al., 2011); (AYALA &CARNERO, 2013); (GUNTUPALLI et al., 2014); (ANDOLHE et al., 2015); (D´AMBROSIO, 2016).
Pouca experiência de trabalho	(FERRAREZE et al., 2006); (PIMENTEL-FRANCO et al., 2011); (TEKINDAL et al., 2012); (AYALA &CARNERO, 2013); (SHOORIDEH et al., 2015); (D´AMBROSIO, 2016).
Sobrecarga de trabalho	(CORONETTI et al., 2006); (FERRAREZE et al., 2006); (GUERRER et al., 2008); (AZOULAY et al., 2009).
Relações interpessoais	(CORONETTI et al., 2006); (PONCET et al., 2007); (GUERRER et al., 2008); (AZOULAY et al., 2009); (BARBOZA et al., 2013); (GUNTUPALLI et al., 2014); (MOSALLAM et al., 2015).
Longas jornadas de trabalho	(FERRAREZE et al., 2006); (ANDOLHE et al., 2015); (SHAMALI et al., 2015).

Estrutura física hospitalar	(CORONETTI et al., 2006); (GUERRER et al., 2008); (MURASSAKI et al., 2011); (BARBOZA et al., 2013); (SHOORIDEH et al., 2015).
Cuidado a pacientes terminais	(PONCET et al., 2007); (AZOULAY et al., 2009).
Outros: Nível de escolaridade, privação do sono, segundo emprego; Falta de planejamento das folgas	(PONCET et al., 2007); (TEKINDAL et al., 2012); (CAMPOS et al.,2014); (GUNTUPALLI et al., 2014); (ANDOLHE et al., 2015).

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Figura 1: Principais fatores de riscos relacionados à síndrome de burnout em enfermeiros alocados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).



A pouca idade foi identificando como o principal fator de risco associado ao desenvolvimento da síndrome de burnout em enfermeiros alocados em UTI. Tendo em vista que enfermeiros alocados nesses setores prestam assistência direta a pacientes críticos, realizando constantemente atividades que exigem dispêndio elevado de força muscular e gasto excessivo de energia física, características essas mais comuns em indivíduos jovens

(FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006; HAYS et al., 2006; GUERRER; BIANCHI, 2008). Por ter pouca maturidade de vida, pouco tempo de atuação profissional e pelo alto nível de responsabilidade do enfermeiro na assistência ao paciente grave, os profissionais jovens passam por frustrações, enquanto não aprendem a lidar com as demandas do trabalho. (ROSA; CARLOTTO, 2005; PASCHOALINI et al., 2008). Atrelado a esses fatores, o público jovem, no geral possui pouca experiência de trabalho, treinamento inadequado e falta de consciência relacionado aos riscos de desenvolvimento da síndrome, tornando dessa forma a pouca idade um fator de risco para o desenvolvimento da síndrome de burnout. (LOPES; RIBEIRO; MARTINHO, 2012).

Outro grupo susceptível ao desenvolvimento da síndrome de Burnout são as mulheres. Historicamente, a prática da enfermagem começou como uma atividade de caridade religiosa realizada por mulheres, o que influenciou numa predominância feminina exercendo a profissão ao longo da história e se tornando uma das características da classe de enfermagem (ELIAS; NAVARRO, 2006; MOREIRA et al., 2009). As mulheres, por exporem mais abertamente os seus sentimentos do que os homens e terem uma maior carga de trabalho doméstico apresentam níveis de estresse mais elevados [14]. Como consequência, enfermeiros do gênero feminino são mais acometidos pela síndrome de burnout, tornando o gênero feminino, um grupo de risco para o desenvolvimento desta patologia. (RAGGIO, 2007; MURASSAKI et al.,2011; ANDOLHE et al., 2015; D´AMBROSIO, 2016).

As relações interpessoais dentro da equipe multidisciplinar, presente em unidades de terapia intensiva, também constituem uma fonte de tensões e estresses para o enfermeiro e foram mencionadas em 38,9 % dos artigos utilizados no presente trabalho, como um fator de risco para o desenvolvimento de burnout (CORONETTI et al., 2006). As dificuldades de comunicação com pacientes críticos e seus familiares juntamente com o convívio diário difícil com alguns membros da equipe devido à falta de compreensão, respeito e postura ética, despertam emoções intensas nesses profissionais que repercutem negativamente sobre a sua qualidade de vida e seu desempenho profissional, sendo assim um agravante para o desenvolvimento da síndrome de burnout. (CORONETTI et al., 2006; FOGAÇA et al., 2008; BARBOZA et al., 2013).

A pouca experiência de trabalho não é uma característica exclusiva de profissionais jovens, uma vez que a inserção no mercado de trabalho ocorre cada vez mais tardiamente, em consequência das dificuldades que se encontram para concluir o ensino superior e a baixa demanda de empregos devido à saturação no setor. (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006). Como mostrado na **figura 1**, (33,33 %) dos artigos apontam a falta ou a pouca experiência de trabalho com um fator de risco para o desenvolvimento da síndrome de burnout, tendo em vista que a inabilidade de lidar com determinadas situações no cotidiano de unidades de terapia intensiva pode contribuir para o desenvolvimento da síndrome de burnout. (LOPES; RIBEIRO; MARTINHO, 2012).

Outro aspecto relevante que pode aumentar a probabilidade do desenvolvimento da síndrome de burnout é o estado civil dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva (citado como fator de risco em 27,8 % dos trabalhos avaliados), tendo em vista que enfermeiros solteiros são mais susceptíveis ao desenvolvimento da síndrome (PIMENTEL-FRANCO et al., 2011; AYALA; CARNERO, 2013; D´AMBROSIO, 2016). A presença de um companheiro constitui um fator protetor, uma vez que o mesmo contribui com apoio, segurança e estímulo para o enfrentamento dos estressores no trabalho. O companheiro pode ser um suporte no enfrentamento do estresse e, consequentemente, prevenir o burnout, bem como foi associado à satisfação profissional. (GUNTUPALLI et al., 2014; ANDOLHE et al., 2015).

É importante ressaltar também, que um ambiente de trabalho inadequado pode ser um fator determinante para o desenvolvimento da síndrome de burnout em enfermeiros e foi apontado como um fator de risco para burnout em 27,8 % dos trabalhos avaliados. Uma unidade de terapia intensiva com condições precárias é caracterizada por longas jornadas de trabalho, tarefa em demasia, baixa autonomia, estrutura física deficiente e baixa remuneração (GUERRER; BIANCHI, 2008; FOGAÇA et al., 2008). Com tais condições, o profissional pode executar seu trabalho de forma mecânica, sem tempo para raciocinar e desenvolver seus conhecimentos, tornando-se frustrado com sua profissão e propicio ao desenvolvimento de patologias associadas ao estresse, como a síndrome de burnout. (MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Outros fatores como jornadas longas de trabalhos, sobrecarga de trabalho, ausência de filhos, contato direto com pacientes terminais entre outros também são considerados fatores de riscos para o desenvolvimento desta síndrome por estarem associados a desgastes físicos e emocionais e gerarem insatisfações ou frustrações advindas do trabalho. (NOVOA et al., 2005; GRAZZIANO, 2008).

CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados expostos nesse estudo, é possível perceber que enfermeiros do gênero feminino, jovens, com pouca experiência e solteiros representam grupos propensos ao desenvolvimento da síndrome de burnout. Além disso, fatores como unidades de terapia intensiva com estrutura física precária e relações profissionais conflituosas contribuem para uma elevada prevalência dessa síndrome em enfermeiros alocados em unidades de terapia intensiva.

A identificação desses fatores de riscos fornece embasamento teórico para a formulação de estratégias que contribuam para a proteção e prevenção da síndrome de burnout em enfermeiros alocados em unidades de terapia intensiva.

Profissionais de enfermagem já diagnosticados com síndrome de burnout podem enfrentar os agentes estressores que levam a essa síndrome juntamente com as organizações das instituições. Ações de promoção de atividades educativas de enfrentamento desses

estressores, mudanças nas condições de trabalho, locação dos funcionários de acordo com a afinidade, além de parcerias, quando possível, com instituições de ensino superior são fundamentais para o enfrentamento da síndrome de burnout.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ANDOLHE, Rafaela et al. Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 49, p. 58-64, 2015.

AYALA, Elizabeth; CARNERO, Andrés M. Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru**. PloS one**, v. 8, n. 1, p. e54408, 2013.

BARBOZA, Michele Cristiene Nachtigall et al. Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um hospital de Pelotas/RS. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 3, p. 374-382, 2013.

CASTRO, LIVIA MAGALHAES COSTA et al. Reflexões sobre o quotidiano profissional de enfermeiras. **Revista cubana de enfermería**, v. 30, n. 1, 2015.

CORONETTI, Adriana et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos catarinenses de medicina**, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

DALMOLIN, Graziele de Lima et al. Implicações do sofrimento moral para os (as) enfermeiros (as) e aproximações com o burnout. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 200-208, 2012.

D'AMBROSIO, Francesco. Risk factors for burnout and job satisfaction in a sample of health professionals in Italy. **Igiene e sanita pubblica**, v. 72, n. 2, p. 129-136, 2016.

DE FRANÇA, Thaís Lorena Barbosa et al. Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 10, p. 3539-3546, 2014.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 517-525, 2006.

FERRAREZE, Maria Verônica Guilherme; FERREIRA, Viviane; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, p. 310-315, 2006.

FOGAÇA, Monalisa de Cássia et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, p. 261-266, 2008.

FRANCO, Gianfábio Pimentel et al. Burnout em residentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 12-18, 2011.

GALINDO, Renata Hirschle et al. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 420-427, 2012.

GRAZZIANO, Eliane da Silva. **Estratégia para redução do stress e Burnout entre enfermeiros hospitalares** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

GUERRER, Francine Jomara Lopes; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 355-362, 2008.

GUNTUPALLI, Kalpalatha K. et al. Burnout in the intensive care unit professionals. Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, **official publication of Indian Society of Critical Care Medicine**, v. 18, n. 3, p. 139, 2014.

HAYS, Margaret A. et al. Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. **Dimensions of critical care nursing**, v. 25, n. 4, p. 185-193, 2006.

KASCHKA, Wolfgang P.; KORCZAK, Dieter; BROICH, Karl. Burnout: a fashionable diagnosis. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 108, n. 46, p. 781, 2011.

LOPES, Carolina Colleta Pereira; RIBEIRO, Taynah Piovesan; MARTINHO, Neudson Johnson. Síndrome de Burnout e sua relação com a ausência de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p. 97-101, 2012.

MARTINATO, Michele Cristiene Nachtigall Barboza et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 160-166, 2010.

MENEGHINI, Fernanda; PAZ, Adriana Aparecida; LAUTERT, Liana. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, p. 225-233, 2011.

MOREIRA, Davi de Souza et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1559-1568, 2009.

MURASSAKI, Ana Claudia Yassuko et al. Estresse em enfermeiros intensivistas e a condição chefe/não chefe de família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 755-762, 2011.

NOVOA GÓMEZ, Mónica M. et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería**. Universitas psychologica**, v. 4, n. 1, p. 63-76, 2005.

PASCHOALINI, Bruna et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 487-492, 2008.

RAGGIO, B.; MALACARNE, P. Burnout in intensive care unit. **Minerva anestesiologica**, v. 73, n. 4, p. 195-200, 2007.

REZENDE, Roseli; BORGES, Najla Moreira Amaral; FROTA, Oleci Pereira. Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. **Comun. ciênc. saúde**, p. 243-252, 2012.

ROSA, Cristiane da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da SBPH**, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, p. 13-17, 2013.

SILVA, Jorge Luiz Lima da et al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 27, p. 125-133, 2015.

SKOREK, Josenei et al. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, v. 7, n. 10, 2013.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), v. 8, p. 102-106, 2010.

CAPÍTULO 10

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Tauane Araújo Ramos Rangel[1];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/0357010735431234

Nívea De Santana Ferreira[2];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/3823661253648438

Alisson Cosme Andrade De Sá[3];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/9796142316211992

Glenda Suellen Matos Cruz[4];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/9727681917929085

Larissa Helen Araújo Farias[5];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/5058888512605621

José Lucas Abreu Nascimento[6];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/9188450481432591

Carlos Carvalho Da Silva[7];

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/9186725811484031

Randson Souza Rosa[8];

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Frank Evilácio De Oliveira Guimaraes[9];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

Bruno Gonçalves De Oliveira[10];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane Dos Santos Bomfim[11].

Faculdade Dom Pedro II de Sergipe (UNIDOMPEDRO), Lagarto, Sergipe.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

RESUMO: Objetivo: descrever a atuação da enfermagem frente a depressão pós-parto. Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritiva, tipo integrativa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, no mês de fevereiro a maio de 2022, nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE. Para busca foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: assistência de enfermagem, depressão pós-parto e saúde mental, associados ao operador booleano ‘’AND’’. Foram selecionados 13 estudos, publicados entre 2011 a 2021. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos completos disponíveis que abordassem o tema proposta, publicados em português e inglês, disponíveis no período de 2011 a 2021. E os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos em anais, ensaios, publicações duplicadas, monografias, dissertações, editoriais, entrevistas e livros. Resultados: Evidenciou-se neste estudo a necessidade expressiva dos profissionais enfermeiros de ampliar seus conhecimentos em relação aos cuidados voltados à depressão pós-parto. Ressalta-se a importância da enfermagem, profissional habilitado e qualificado, com finalidade de atuar na prevenção e detecção precoce desse transtorno. Conclusão: Nessa perspectiva, a assistência prestada a mulher no período gravídico-puerperal torna-se determinante para o desempenho materno. Portanto, torna-se fundamental a assistência continuada, o olhar centrado nas necessidades e o conhecimento no que diz respeito a depressão puerperal, utilizando-se de métodos adequados para uma assistência de qualidade, reduzindo assim possíveis riscos e agravos ao binômio mãe e filho.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem. Depressão Pós-parto. Saúde mental.

NURSING PERFORMANCE IN THE FACE OF POSTPARTUM DEPRESSION

ABSTRACT: Objective: to describe the role of nursing in the face of postpartum depression. This is a bibliographic, descriptive, integrative review carried out in the Virtual Health Library, from February to May 2022, in the LILACS, BDENF, MEDLINE databases. For the search, the following Health Sciences Descriptors were used: nursing care, postpartum depression and mental health, associated with the Boolean operator ‘’AND’’. Thirteen studies, published between 2011 and 2021, were selected. The inclusion criteria used were: full articles

available that addressed the proposed topic, published in Portuguese and English, available from 2011 to 2021. And the exclusion criteria were: editorials, letters, opinion articles, commentaries, abstracts in proceedings, essays, duplicate publications, monographs, dissertations, editorials, interviews and books. Results: In this study, the expressive need of professional nurses to expand their knowledge in relation to care for postpartum depression was evidenced. We emphasize the importance of nursing, a qualified and qualified professional, in order to act in the prevention and early detection of this disorder. Conclusion: From this perspective, the assistance provided to women in the pregnancy-puerperal period becomes crucial for maternal performance. Therefore, continued care, a focus on needs and knowledge regarding puerperal depression, using appropriate methods for quality care, thus reducing possible risks and harm to the mother and child, are essential.

KEY-WORDS: Nursing care. Baby blues. Mental health.

INTRODUÇÃO

O puerpério consiste na alteração do estado de alteração emocional essencial, provisório da mulher, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, relacionado a chegada do bebê. No qual permite que as mães se relacionem intensamente com recém-nascido, adaptando-se ao contato com essa fase e atendendo às suas necessidades básicas (BRASIL, 2006).

O pós-parto tem início após o nascimento do bebê e perdura até o retorno das condições pré-gravídicas, com duração de seis ou mais semanas e divide-se em: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). Dessa forma, torna-se fundamental realizar consultas de revisão pós-parto, como uma importante estratégia para reduzir a morbimortalidade materna, visto que diversas complicações podem ocorrer neste período puerperal, como a depressão pós-parto e situações adversas (VIEIRA *et al*., 2010; BRASIL, 2006).

A depressão pós-parto (DPP) é caracterizada como um estado de profunda tristeza, desespero e falta de esperança que acontece após o parto. Raramente, essa condição clínica pode evoluir para uma forma mais agressiva e extrema da depressão pós-parto, conhecida como psicose pós-parto (BRASIL, 2021).

Diante disso, pode ser classificada como um dos principais problemas de transtornos psiquiátricos, com apresentação de sintomas como a perturbação do apetite, do sono, redução de energia, sentimento de culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê, levando a puérpera a alterações expressivas de afeto e humor. Tornando-se um problema preocupante quando se refere a mulheres no período pré-natal e puerpério (pós-parto), pois afeta a saúde da puérpera e o desenvolvimento do recém-nascido (SILVA, 2018; BRASIL, 2006).

A DPP é um sério agravo de saúde materna, atingindo de 10% a 15 % de puérperas. Esta porcentagem se dá ao grande impacto que o nascimento de um filho causa a uma mãe, provocando alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas (BRASIL, 2006; HILDEBRANDT, 2013). Assim, o transtorno depressivo tem alta prevalência, provocando alterações físicas comprometendo o vínculo mãe-filho, o desenvolvimento do bebê a vida materna (FELIX *et al*.,2013).

A sintomatologia da depressão pós-parto nem sempre é detectada no início, uma vez que podem ser comuns ao puerpério. Algumas mulheres podem apresentar a falta de interesse em diversas atividades, fadiga, alteração do sono, pensamentos negativos, sintomas esses que podem iniciar nas primeiras semanas do puerpério, até seis meses após o parto (AZEVEDO *et al*., 2020).Diante da dificuldade de detecção da DPP e de seus prejuízos, especialistas ressalvam que a prevenção é a melhor solução, pois, além de preservar o bem-estar da mulher, prevenindo lesões irreversíveis no sistema nervoso e a autoestima dessa mulher, representa grande benefício na relação mãe e filho, refletindo no aprendizado e desenvolvimento social e emocional da criança (CUNHA *et al*.,2012).

Sendo assim a atenção primaria à saúde (APS), foi criada com o intuito de ofertar um atendimento centrado nas necessidades e na continuidade do serviço, buscando assim, facilitar a detecção e a prevenção desse transtorno, construindo vínculos com o indivíduo que busca a assistência (OPAS, 1978). A assistência pré-natal e puerperal é um direito de todas as mulheres de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de prevenir e detectar possíveis agravos e riscos desde o início até o nascimento (BRASIL, 2006).

Tendo em vista as perspectivas que são almejadas em uma recuperação pós-parto realizando promoção e prevenção a saúde, o profissional de enfermagem dispõe de inúmeras contribuições para a paciente com DPP, desempenhando atividades fundamentais como, a orientação para o autocuidado, prevenção e detecção de possíveis agravos (FÉLIX *et al*., 2013). Diante desse cenário, o estudo tem como questão norteadora, a saber: qual o papel da enfermagem na prevenção e recuperação da mulher com depressão pós-parto?

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro é de suma importância no que tange aos cuidados voltados a gestante durante o período gravídico-puerperal, pois, acompanha de perto todo o período gestacional e pós-parto, compreendendo de forma holística e humanizada cada paciente. Evidenciando assim, a importância do profissional enfermeiro na detecção e prevenção da depressão pós-parto (SERRATINI; INVENÇÃO, 2019).

Dessa forma, o estudo que tem como objetivo analisar a assistência da enfermagem na da Depressão Pós-Parto.

REFERENCIAL TEÓRICO

Apresentaram-se 13 estudos correspondentes com base na temática e suas finalidades expostas. Assim, através dos achados, evidenciou-se que a depressão é um transtorno psíquico desprovido de ações de promoção em saúde, pois, quando acontece não tem foco direcionado para gestantes e puérperas. Nota-se que, este problema na fragilidade da assistência à saúde e a ausência de capacitação dos profissionais da enfermagem mediante a identificação de possíveis sinais e sintomas, que dizem respeito a DPP e a falta de ações e programas públicas direcionados a saúde mental deste público (SILVA *et al*.,2020; SOUZA *et al*., 2018).

Assim, o ápice da situação está relacionado a falta de conhecimento dos profissionais da enfermagem a fragilidade de conhecimento sobre o tema, apontando possíveis falhas no sistema de saúde **pública. Um dos principais pontos no tocante está ligado a consulta de enfermagem, bem como o** acompanhamento e acolhimento para as mulheres, uma vez que os fatores de riscos são identificados nesta etapa de atendimento. Aliado a isso, as atividades educativas com os grupos de gestantes, promovendo uma melhor compreensão, atenção e interesse da puérpera, juntamente com a família interligando o tema em questão (SANTOS *et al*., 2020).

A experiência de gestar e criar um filho leva a mulher a ter medos, aflições e dúvidas. Nesse contexto, pode-se definir a DPP como transtorno de humor, alterações comportamentais, alterações hormonais, tristeza, irritabilidade, agressividade e insegurança. As condições vivenciadas por essa mulher, podem agravar o desenvolvimento do quadro, como por exemplo nos quadros de gravidez não planejada, não aceitação familiar, carência social e outros fatores que podem afetar emocionalmente a relação entre a paciente e sua gestação (FREITAS *et al*.,2014; LOUZADA *et al*.,2019; SOUZA *et al*., 2018).

Nota-se que, a DPP representa um dos grandes desafios para o profissional enfermeiro, visto que necessita direcionar e planejar ações para as puérperas, diante de casos multifatoriais, os quais trazem diversos sinais e sintomas. Para tanto, é essencial o conhecimento do enfermeiro para o reconhecimento de todos os fatores relacionados, implicando que o profissional deve estar habilitado a desenvolver ações de prevenção desse transtorno e promoção da saúde e qualidade de vida da mulher no período puerperal, e tendo em vista o acolhimento direcionado a terapêutica e prevenção (SILVA *et al.,* 2020; GONÇALVES; ALMEIDA, 2019).

Estudos evidenciam a DPP como multifatorial, representando um conjunto de sinais de sintomas. Esses sinais podem ser comuns na gestação, gerando dificuldade na identificação precoce da DPP, interferindo na assistência adequada como estratégia de redução de danos e agravos. Transtorno que surge em um momento extraordinário na vida da mulher, na vida familiar, provocando diversas alterações cognitivas, emocionais, comportamentais e físicas, afetando assim a saúde da mãe e do filho (SOUZA *et al*., 2018; FREITAS *et al.,*2014).

Diante disso, observou-se que as manifestações clínicas da depressão pós-parto **é de difícil diagnóstico de forma precoce, por ter semelhança com o desenvolvimento da gestação ou, ainda, pela dificuldade na atenção à saúde mental** voltada a gestante e puérperas. Acredita-se que a ausência de conhecimento por parte dos profissionais de saúde com relação aos sinais e sintomas da depressão puerperal influencia e dificulta na identificação da doença (FREITAS *et al*.,2014; SOUZA *et al.,*2018; SILVA *et al*.,2020).

O estudo de Souza *et al. (*2018) revelou através dos depoimentos dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica que esses profissionais possuem um conhecimento superficial sobre a depressão puerperal, e as ações desenvolvidas no cuidado à puérpera são incipientes no âmbito da unidade de saúde.

Nesse sentido, é fundamental que o pré-natal seja utilizado como ferramenta importante pelo profissional de enfermagem, para assim garantir um bom desenvolvimento da gestação, e disseminação de informação como possíveis sinais e sintomas da doença, para que a própria mulher e a família possam identificar. Este estudo ressalta que a assistência prestada pela equipe de enfermagem **não consiste apenas na consulta pré-natal, tendo como ferramenta aliada a** *Edenburgh post natal Depression Scale (EDPS),* utilizadas em consultas pré-natal como forma de triagem rápida e adequada para a detecção da DPP, e que pode ser usada por profissionais que não possuem especialização em saúde mental, advertindo-se que essa escala não pode substituir a avaliação profissional (SILVA *et al*.,2020).

As visitas domiciliares também são ferramentas importantes e que devem ser ofertadas as mulheres nas Unidade básica de saúde, no que tange aos cuidados, deixando clara a necessidade de um olhar além do aspecto físico. Proporcionando uma perspectiva de prevenção e promoção a saúde a mulher, podendo diminuir os índices da DPP (LOUZADA *et al*., 2019). Entende-se, nesse sentido, que os profissionais da enfermagem **são responsáveis pela avaliação centrada e individualizada de cada mulher, realizando as consultas e as visitas domiciliares durante o período puerperal, observando além dos aspectos físicos, o cuidar da mãe e do filho (SILVA** *et al*.,2020).

Estudos ainda ressaltam que a visita domiciliar é uma ferramenta que permite ao enfermeiro compreender todo o contexto em que essa mulher está inserida, tornando-se um momento oportuno para uma escuta ativa e de qualidade, estimulando o autocuidado. Ambiente que estabelece as estratégias adequadas, contribuindo na redução da morbimortalidade materna e neonatal (SOUZA *et al.,*2018; LOUZADA *et al.,* 2019).

Nesse sentido, comprova-se que o enfermeiro da Unidade de saúde da família tem papel fundamental no âmbito da saúde, voltada a saúde mental, estabelecendo vínculos, rastreando fatores desencadeantes para o sofrimento mental no puerpério, oferecendo cuidado integral a essas mulheres. Uma vez que a DDP interfere negativamente na relação mãe e filho, e consequentemente no desenvolvimento da criança (SILVA *et al*.,2020; SOUZA *et al*., 2018).

MÉTODO

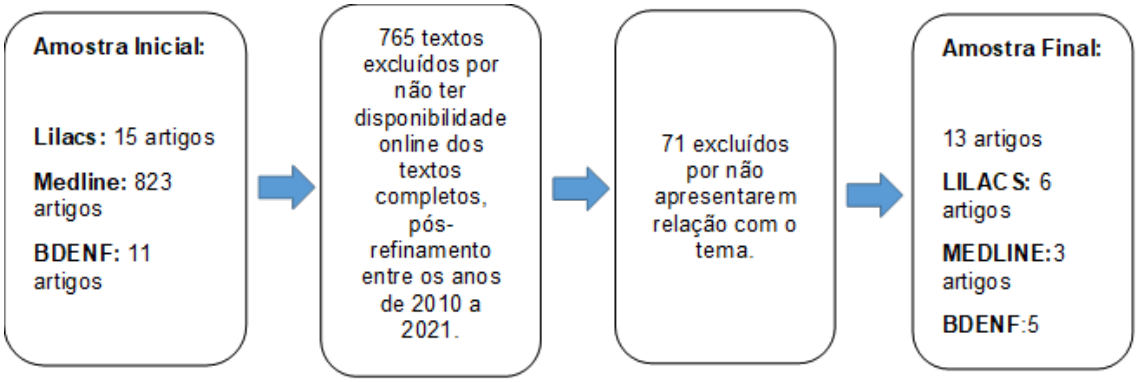
Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritiva, tipo de revisão integrativa, que busca deduzir generalizações sobre um tema especifico de interesse a partir dos achados de estudos publicados anteriormente. Optou-se para a realização desse estudo a seguintes etapas: Desenvolver a pergunta norteadora; busca na literatura; busca de dados; analise dos estudos selecionados; discussão dos resultados e síntese da revisão integrativa.

Para levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca na biblioteca virtual em saúde, no mês de fevereiro a maio de 2022, nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE. Foram utilizados, para a busca dos artigos, os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: ‘’Assistência de enfermagem, Depressão Pós-parto e Saúde mental’’ associados ao operador booleano ‘’AND’’.

Os critérios de inclusão definidos para selecionar os artigos foram: artigos completos disponíveis que abordassem o tema da busca de enfermagem a mulher com depressão pós-parto; publicados em português e inglês, disponíveis no período de 2011 a 2021. E os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos em anais, ensaios, publicações duplicadas, monografias, teses, dissertações, editoriais, entrevistas e livros. A leitura dos títulos, resumos e textos completos foi realizada por duas revisoras de forma independente e os resultados foram comparados, com o objetivo de verificar a adequação aos critérios de elegibilidade para seleção dos estudos para análise, conforme pode ser evidenciado na figura a seguir.

Na primeira busca foram encontrados 849 estudos. Após aplicação dos critérios de inclusão, 84 estudos foram selecionados. Com aplicação dos critérios de exclusão, dos quais sofreram seleção prévia através da análise de seus títulos e resumos que haviam de responder ao objetivo deste trabalho, 13 estudos foram selecionados para composição desta análise, como pode ser evidenciado na figura a seguir.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos. Lagarto-Sergipe, 2022.



CONCLUSÃO

Através dos achados, evidenciou-se a DPP trata de uma doença multifatorial, e que devido aos seus sintomas serem parecidos com os sintomas do período gravídico-puerperal, tendem a ser confundidos, dificultando, seu diagnóstico de forma precoce. Constatou-se, que os enfermeiros possuem dificuldades para realizar uma assistência de qualidade, pois não existe um programa de política público específico voltado à saúde mental dessas mulheres gestantes e puérperas. Além disso, o profissional enfermeiro necessita ampliar seus conhecimentos sobre a doença, para que consiga identificar os seus sinais e sintomas.

Nessa perspectiva, é fundamental o enfermeiro realize uma assistência a puérpera utilizando os métodos adequados de acolhimento, como as visitas domiciliares, o pré-natal e as consultas de enfermagem para atender as necessidades desta população, com a finalidade de melhorar a assistência e favorecer a promoção a saúde e prevenção de agravos. Destaca-se assim, a necessidade de mais estudos relacionados as intervenções de enfermagem voltada para a depressão pós-parto, visto que houve dificuldade de acesso a bibliografias relacionadas ao tema, consequentemente aumentando o lapso temporal.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALOISE, S. R *et al*. **Depressão Pós-Parto**: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 41-45. 2019.

AZEVEDO, E.C *et al*. **Leitura materna sobre depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais**: um caso de psicoterapia mãe-bebê. Psicol. clin., Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 79-100. 2020.

BARATIERI, T et al. **Ações do programa de puerpério na atenção primária**: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 11, pp. 4227-4238. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017 [Acessado 27 Maio 2022]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão pós-parto**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto-1. Acesso em: 31/03/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.Disponível:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puer perio_3ed.pdf. Acesso 23 de março de 2022.

CUNHA, A.B *et al*. **A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação**

em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. Saúde e Pesquisa. V. 5, n.3, p.579-586. 2012.

FÉLIX, T.A *et al*. **Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura**. Enfermeria Global, [s. l], v. 12, n. 29, p.420-435. 2013.

FREITAS, D.R *et al*. **Alojamento conjunto em um hospital universitário:** depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro. Rev fundam. care. Online, v. 6, n.2, p.1202-1211. 2014.

GONÇALVES, F.B.A.C.; ALMEIDA, M.C. **A Atuação da Enfermagem Frente à Prevenção da Depressão Pós-Parto**. Ensaios e Ciênc., v. 23, n. 2, p. 140-147, 2019.

HILDEBRANDT, F.M.P. **Depressão pós-parto: aspectos epidemiológicos e tratamento cognitivo-comportamental** [tese]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutorado em Psicologia; 2013. 148f.

Hussain-Shamsy, N *et al*. **Saúde móvel para depressão e ansiedade perinatal**: revisão de escopo. J Med Internet.,v. 10, n.15, p.e17011.

KONRADT, C.E *et al*. **Uma metassíntese qualitativa e teoria da depressão pós-parto**. Revista: Issues Ment Health Nurs., v. 35, p.08-27. 2014.

LOUZADA, W *et al*. **A depressão pós-parto na perspectiva dos profissionais de saúde**. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 87, n. 25, 2019.

MOLL, M.F et al. **Rastreando a depressão pós-parto em mulheres jovens**. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 1338-1344. 2019.

OLIVEIRA, A. M et al. **Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto**. Revista Journal of nursing and health. v. 6, n. 1, p. 17-26. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**. 6-12 de setembro de 1978. URSS. p. 420-435. 2013.

PRATA, A.K.A.V, Barros IPM. **Expectativas e experiências da maternidade na gestação a termo e na gestação pré-termo**: estudo comparativo com auxílio de Técnica Projetiva. Aletheia. 2012; v. 38, p.132-152. Disponível em: Acesso em: 31 mar. 2022.

SERRATINI, C.P *et al*. **Depressão Pós- Parto**. Revista Unilus Ensino e Pesquisa, Santos-Sp, v. 16, n. 44, p. 82-95. 2019.

SANTOS, F.K *et al.* **Percepção de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento de mulheres com depressão pós-parto**. Nursing (São Paulo), *[S. l.]*, v. 23, n. 271, p. 4999–5012, 2020.

SILVA, D.C. **Depressão Pós-Parto**: O Papel do Enfermeiro Durante o Pré-Natal. Revista

Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Vol. 07, n.8, p. 138-162. 2018 .

SILVA, J.F.D *et al.* **Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal**. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 14, jul. 2020.

SOUSA, T.P.P *et al.* **Assistência de enfermagem na depressão pós-parto**. Revisa- revista de divulgação Científica Sena Aires. V. 11, n. 1, p.26-35. 2022.

SOUZA, A.S et al. **Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão puerperal**. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 12, n. 11, p. 2933-2943, nov. 20 1 8 .

VIANA, M. D. Z. S *et al.* **Estratégias de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, *[S. l.]*, v. 12, p. 953–957, 2021.

VIEIRA, Flaviana et al. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio**. Escola Anna Nery [online]., v. 14, n. 1, p. 83-89. 2010.

CAPÍTULO 11

IMPACTOS DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA NA SAÚDE DOS CUIDADORES FAMILIARES

Libny Da Silva Rocha[1];

Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0543834262361568

Randson Souza Rosa[2];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Tarcisio Pereira Guedes[3];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4551953062032366

Sávio Luiz Ferreira Moreira[4];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia**.**

http://lattes.cnpq.br/2688996011413839

Diego Pires Cruz[5];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/3221841038367886

Jefferson Meira Pires[6];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/8349546493584747

Bruno Gonçalves de Oliveira[7];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane dos Santos Bomfim[8];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

Juliana Graziela dos santos Vieira[9];

Faculdade Uninassau (UNINASSAU), Vitória da Conquista, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/6080209427479712

Gustavo Teixeira Nascimento[10];

Universidade Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2334240961338974

André Santos Freitas[11];

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7809891306867174

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[12];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

RESUMO: A esquizofrenia é uma doença grave em que a pessoa acometida precisa de ajuda. Na maioria dos casos, esse papel é realizado por um cuidador familiar, cuja responsabilidade gera grande interferência em sua saúde. O objetivo foi analisar os impactos da pessoa com esquizofrenia na saúde dos cuidadores familiares. Foi realizada uma revisão de literatura integrativa. Este estudo foi realizado de forma descritiva, baseado em abordagem qualitativa. Para a construção deste trabalho foram utilizados artigos científicos da área de saúde, utilizando a base de dados Pubmed e o portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores em inglês “Schizophrenia”, “Family” e “Caregivers”. No intuito de localizar um maior número de material possível, foi utilizado o booleano “AND”. Os resultados mostraram que a esquizofrenia atinge todas as áreas da vida do ente familiar, devido à falta de independência do seu cuidador, que se dedica em tempo integral e pela sobrecarga gerada pelo convívio no mesmo ambiente. Conclui-se que desenvolvimento do presente estudo possibilitou compreender as diferentes formas que o cuidado pode interferir na vida social, mental, psicológica, familiar e financeira. Em sua conclusão, foi visto que vários fatores estão associados à saúde dos cuidadores de pacientes com esquizofrenia, como impacto na área financeira, mental, física e emocional.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia. Família. Cuidadores.

IMPACTS OF THE PERSON WITH SCHIZOPHRENIA ON THE HEALTH OF FAMILY CAREGIVERS

ABSTRACT: Schizophrenia is a serious illness in which the affected person needs help. In most cases, this role is performed by a family caregiver, whose responsibility generates great interference in their health. The objective was to analyze the impacts of the person with schizophrenia on the health of family caregivers. An integrative literature review was performed. This study was carried out in a descriptive way, based on a qualitative approach.

For the construction of this work, scientific articles from the health area were used, using the Pubmed database and the Virtual Health Library (BVS) portal. The descriptors in English “Schizophrenia”, “Family” and “Caregivers” were used. In order to locate as many material as possible, the Boolean “AND” was used. The results showed that schizophrenia affects all areas of the family member’s life, due to the lack of independence of the caregiver, who is dedicated full-time, and the overload generated by living in the same environment. It is concluded that the development of the present study made it possible to understand the different ways that care can interfere in social, mental, psychological, family and financial life. In its conclusion, it was seen that several factors are associated with the health of caregivers of patients with schizophrenia, such as impact on the financial, mental, physical and emotional areas.

KEY-WORDS: Schizophrenia. Family. Caregivers.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença grave que afeta o comportamento, a emoção, os movimentos, entendimento e pensamento, perdendo totalmente o controle da própria vida, o que leva a família a se tornar o foco principal de ajuda para essas pessoas (OLIVEIRA; FACINA; JÚNIOR, 2012). Isso gera uma sobrecarga ao seu familiar, pois requer uma prestação intensa e cansativa de cuidados, impactando em todas as áreas da vida desse cuidador (EHSAN et al., 2018).

Segundo dados epidemiológicos, a esquizofrenia chega a afetar 24 milhões de pessoas em todo o mundo, com idade entre 15 e 20 anos (EHSAN, et al., 2018). Enquanto no Brasil há cerca de 75.000 novos casos por ano de portador desse sofrimento mental (OLIVEIRA; FACINA; JÚNIOR, 2012).

Seu descobrimento é um processo sofrido e complexo para os que possuem essa patologia, pois conviver com este problema traz muitas limitações em sua vida. Estas são caracterizadas por sintomas positivos, como alterações no comportamento e na fala, catatonia, entre outros, e sintomas negativos, como alucinações, delírios, a perda ou diminuição da função psíquica ou da atividade motora e a perda da capacidade de sentir prazer (OLIVEIRA; FACINA; JÚNIOR, 2012).

A esquizofrenia é considerada como uma doença mental crônico-degenerativa. As pessoas acometidas por essa psicopatologia sentem dificuldade de distinguir o que é ou não real, e isso faz com que haja impacto no autocuidado, o que a torna uma das doenças mentais mais graves (GOMES; MELLO, 2012). Por conta disso, é necessário um cuidador – geralmente algum familiar –, sem contrato formal, que assume o papel de adjutor principal (WAGNER et al., 2011).

A prática do cuidar torna-se estressante, pois a pessoa descuida de si para cuidar do outro, ainda mais por ser um sofrimento mental permanente a demandar adaptações a longo prazo (PEREIRA et al., 2020). Isso impacta a qualidade de vida, pelo fato de estar ligada à capacidade de se desenvolver, de viver, do prazer da vida própria, ao se sentir bem, tanto biologicamente e psicologicamente, quanto emocional (FREITAS et al., 2016).

Porém, no caso do portador de esquizofrenia, esta impacta a vida afetiva, a inserção em sociedade, a relação familiar, pois há um desgaste emocional na vida dos que convivem diariamente com o portador, além de problemas na área financeira (OLIVEIRA; FACINA; JÚNIOR, 2012).

Os sintomas manifestados pelo sujeito esquizofrênico geram em seu familiar responsável uma falta de ânimo, receio, irritabilidade, solidão, aflição, problemas cardíacos, tensão e até mesmo sofrimento mental a este cuidador (CARVALHO et al., 2017). Provoca um alto índice de estresse que pode levar a uma baixa na qualidade de vida desse familiar, interferindo diretamente na assistência prestada (MAGALHÃES et al., 2018).

Com isso, foi observado que há uma necessidade de ter maior assistência voltada para o cuidador familiar, que sofre simultaneamente ou até mais do que o sujeito esquizofrênico. Dessa maneira, a equipe de enfermagem pode ajudar esses familiares responsáveis como orientação tanto para um melhor resultado no cuidado quanto para a diminuição da sobrecarga.

Dessa forma, há sempre uma necessidade de ter alguém cuidando integralmente do sujeito esquizofrênico, pois esta motiva a geração de uma dependência de outra pessoa que costuma, muitas vezes, ser seu familiar. Esta função de cuidado exaustiva para com esse sujeito diminui e impacta bruscamente a qualidade de vida dos seus entes familiares. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi analisar os impactos da pessoa com esquizofrenia na saúde dos cuidadores familiares.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi dividido em três categorias, para uma melhor compreensão do estudo para o leitor. Cada uma delas aborda aspectos acerca dos impactos da doença na saúde do cuidador familiar, como: 1) Dificuldade dos familiares em relação ao cuidado; 2) Impactos gerados pela doença na vida familiar; 3) Fatores associados à saúde de cuidadores familiares. Estes são os subtemas discutidos abaixo.

1) Dificuldade dos familiares em relação ao cuidado

Esse estudo tem como propósito inspirar novas pesquisas sobre como o cuidado de um portador de esquizofrenia pode interferir na qualidade de vida dos cuidadores familiares, com intuito de saber o que os impede de viver bem para ajudar em sua melhora.

Muitos cuidadores sentem dificuldade na responsabilidade de cuidar, por não se achar competentes e não saberem o suficiente a respeito da doença para realizar tal função (YAZICI et al., 2016). Wan e Wong (2019), colocam que, por falta desse conhecimento sobre a patologia, acaba acarretando um transtorno dentro de casa por falta de aprendizagem em relação à sintomatologia, pela ausência de conhecimento das demais pessoas no âmbito familiar sobre a doença e em como lidar com a não adesão do sujeito com esquizofrenia ao tratamento medicamentoso.

Os sintomas desorganizados dos esquizofrênicos podem suscitar em seus cuidadores tanto o medo quanto a insegurança, diante de uma possível violência (CARVALHO et al., 2017). Lima e Lima (2017) relevam que isso ocorre porque muitos não sabem como lidar com momentos de crise, ficando temerosos e vulneráveis, sem saber o que fazer e como agir diante de uma situação de risco.

Nesse caso, essas questões são atribuídas à ineficácia de explicações dos profissionais de saúde sobre a doença, falta de esclarecimento sobre episódios de agressões e sinais a serem compreendidos em relação a um novo evento de recaída. Sendo assim, por conta dessas informações rasas e superficiais, os familiares procuram outros meios de ter a ajuda necessária (LIPPI, 2016). Lima e Lima (2017) esclarecem que isso acontece motivado pela falta de comunicação entre os profissionais de saúde e seus familiares. Ou seja, há dificuldade em relação ao diálogo, no que diz respeito à orientação sobre a psicopatologia em questão e às informações médicas voltadas ao paciente esquizofrênico. Nesse caso, a família é relegada a um papel secundário, sendo deixada para depois, o que causa indecisões e insegurança em sobre como cuidar do familiar.

2) Impactos gerados pela doença na vida familiar

Muitas vezes, o papel do cuidar é exercido por um parente que se torna seu principal cuidador, tendo que substituir o sujeito em diversos afazeres do cotidiano, além de prestar uma assistência contínua (URÍZAR et al., 2011). Lippi (2016) refere-se ao cuidado que acaba por se tornar uma experiência negativa, devido aos problemas e os impactos causados pelo sofrimento psíquico do parente na vida do seu responsável.

Isso gera uma sobrecarga intensa e desgastante, pois por conta de toda a situação vivenciada pelo cuidador este pode ser levado a manifestar quadros psicóticos, por motivo de estresse, levando até mesmo a uma depressão (GOMES; MELLO, 2012). Já DI Lorenzo et al. (2021), diz que essa sobrecarga gera um forte impacto no desenvolvimento do cuidado, pois se o familiar responsável não estiver bem psíquico ou fisicamente isso implica diretamente no portador de esquizofrenia, levando a uma piora do seu quadro.

Diante disso, o cuidado contínuo pode causar uma sensação de solidão e angústia, tornando essa responsabilidade algo deprimente e doloroso, resultando em problemas de saúde, como pressão alta e gastrite nervosa (LIMA; LIMA, 2017). Magalhães et al. (2018)

ainda complementa que essa vivência pode ocasionar em seus cuidadores familiares problemas, como insônia, ansiedade, cansaço mental, desânimo e conflitos entre parentes.

Essa problemática supracitada se dá por conta das alterações nas rotinas dentro do lar e a desorganização do ambiente, pois isso acaba por se tornar estressante, por conta da responsabilidade do cuidador que fica sobrecarregado, afetando a dinâmica da casa e impactando na qualidade de vida dos moradores (LIMA; LIMA, 2017). Segundo Urízar et al. (2011), o cuidar centralizado em uma única pessoa torna o lar inquieto e contribui para uma série de atritos familiares e problemas conjugais. Esse contexto leva os familiares a vivenciar respostas emocionais, como culpa, raiva, medo e frustação e, consequentemente, um efeito desfavorável a todos residentes no mesmo ambiente.

3) Fatores associados à saúde de cuidadores familiares

O cuidado muitas vezes é exercido por apenas um único membro da família. Nese caso, ele se sente sobrecarregado, devido à falta de ajuda dos demais. Esse apoio tão necessário se transforma em algo mais pesado e feito por obrigação, por não ter a opção de ser feito por outra pessoa (LIMA; LIMA, 2017). A partir desse mesmo ponto de vista, Gomes e Mello (2012) colocam, notadamente, que é sobre os cuidadores principais a recair as tarefas mais trabalhosas do sujeito esquizofrênico e, por conta das limitações destes, alguns familiares se sentem incomodados pela assistência prestada.

Isso se dá pelo excesso de tempo gasto durante o dia dedicado ao familiar que precisa de total atenção, a gerar uma sobrecarga imposta pelo longo prazo de cuidado, diminuição das interações sociais e levando a um aumento de sintomas depressivos (LIPPI, 2016). Lima e Lima (2017) expõem que essa falta de tempo para atividades físicas, lazer e cuidado próprio acontece pela dimensão de dependência do familiar esquizofrênico em relação ao seu responsável, o que acaba afastando esse parente da sua vida social e das demais pessoas de sua família. Essas mudanças geram uma fragilidade para aqueles que fazem parte do processo de cuidar.

Por conta dos encargos sobre o cuidador e os problemas causados ao mesmo, como físico, social, familiar e emocional, também tem como consequências problemas na área profissional, o que faz com que muitos desses responsáveis abandonem seus empregos (LIMA; LIMA, 2017). Gomes e Mello (2012) explicam que isso acontece por conta da sintomatologia da doença e, a partir disso, a necessidade de um cuidado minucioso e totalmente direcionado ao parente em sofrimento mental

Pela problemática das dificuldades financeiras que muitas famílias têm, isso limita e até mesmo anula a possibilidade de contratar cuidadores renumerados para os ajudar, o que leva a um aumento ainda maior de sobrecarga para esses responsáveis, a atingir diretamente a qualidade de vida (OPOKU-BOATENG et al., 2017). Urízar et al. (2011) complementam que a dificuldade financeira gera um sofrimento psíquico para a vida do

responsável, devido e essa restrição imposta, juntamente com as demandas do familiar com esquizofrenia.

A falta de um emprego gera uma sobrecarga financeira. Isso acontece por conta de que a maior parte desses sujeitos esquizofrênicos não contribuirem para com os gastos de medicamentos, alimentação e outras necessidades da casa. Dessa maneira, isso gera um alto custo financeiro sobre o responsável cuidador, a impactar, dessa forma, sobre a diminuição do orçamento mensal (GOMES; MELLO, 2012). Yazici, et al (2016) revelam que a pobreza pode levar a restrições das satisfações de necessidades do sujeito esquizofrênico, como serviços de saúde, tratamento do sofrimento psíquico, atividades sociais e acesso ao lazer, com forte impacto para a vida do cuidador, levando ao aumento da sobrecarga emocional deste.

Além disso, muitos cuidadores evitam sair, por conta do preconceito da sociedade sobre o sujeito com esquizofrenia. Isso afeta não só a ele, assim como também a seu responsável (GOMES; MELLO, 2012). Chen (2019) revela que esse preconceito e discriminação podem contribuir para o estresse psicológico do seu cuidador, pois existe muito julgamento social em relação aos sintomas da doença, o que ocasiona o afastamento do sujeito na comunidade, levando ao isolamento social tanto dele quanto do seu cuidador.

Isso ocorre devido à intolerância das pessoas em lidar e entender essa psicopatologia. Para a população em geral esta é vista somente como loucura, perigo, ameaça e, assim, a sociedade em geral não faz questão de compreender esse sofrimento mental por ser uma realidade distante do âmbito familiar de muitos (SCHULHI; WADMAN; SALES, 2012). Carvalho, et al (2017) complementam que, por despertar esse prejulgamento da sociedade, o sujeito esquizofrênico precisa de mais proteção, suscitando em seus cuidadores uma preocupação maior a respeito da segurança dele.

Por outro lado, os responsáveis cuidadores sabem que esse sujeito depende dos seus cuidados e atenção para estar bem, o que gera uma extrema proteção do familiar para com ele (LIMA; LIMA, 2017). Urízar, et al (2011) acrescentam que os familiares são obrigados a reconhecer a existência desse sofrimento psíquico e a dependência desses sujeitos em relação a eles. Assim, isso pode dissipar as esperanças de uma vida normal associada ao esquizofrênico, pois este é impedido, pelas restrições da sintomatologia, de ter uma vida dentro do que é entendido culturalmente enquanto normal, o que gera desapontamento e tristeza para seu familiar cuidador.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. A revisão de literatura é constituída por resumos críticos sobre uma parte de interesse no texto. Esse tipo de revisão se resume a estudos anteriores sobre

um assunto que permite obter conclusões gerais em torno de um determinado problema de pesquisa (CROSSETTI, 2012).

Para a construção deste trabalho foram utilizados artigos científicos da área de saúde, utilizando a base de dados Pubmed e o portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores em inglês “Schizophrenia”, “Family” e “Caregivers”. No intuito de localizar um maior número de material possível, foi utilizado o booleano “AND”.

Foram utilizados como critérios de inclusão artigos publicados entre os anos de 2011 a 2021, para se obter um número maior de resultados em relação à temática escolhida, textos completos e que estejam disponíveis eletronicamente, de forma gratuita, nos idiomas português e inglês. Foram utilizados como critérios de exclusão artigos duplicados, de revisão e estudos que fugiam da temática do tema proposto.

Foram identificados, na base de dados PubMed, um total de 1.653 artigos, após o cruzamento dos descritores “Schizophrenia” and “Caregivers”. Em seguida, foi aplicado o filtro e obteve-se a amostra de 357 artigos. Destes foram lidos os títulos para identificar o que se relacionava com o tema proposto de estudo, identificando ao total 04 artigos. Utilizando a mesma base dados, foi identificado um total de 16.007 artigos após o cruzamento dos descritores “Schizophrenia” and “Family”, em seguida foi realizado o filtro e obteve-se a amostra de 2.686 artigos. Foi identificando 01 artigo que se relacionava com o tema proposto.

Foram identificados, no portal da BVS, um total de 1.596 artigos, após o cruzamento dos descritores “Schizophrenia” and “Caregivers”. Em seguida, foi aplicado o filtro e obteve-se a amostra de 690 artigos, sendo encontrado 02 artigos que se relacionava com o tema proposto. Utilizando o mesmo portal de pesquisa, foram identificados um total de 4.641 artigos, após o cruzamento dos descritores “Schizophrenia” and “Family”. Em seguida, foi realizado o filtro e obteve-se a amostra de 4.008 artigos. Foram encontrados 02 artigos que se relacionavam com o tema proposto para a atual pesquisa.

CONCLUSÃO

Durante a análise do estudo, evidenciou-se que o sujeito esquizofrênico irá apresentar resistências aos cuidados integrais do familiar responsável. A partir disso foram destacados vários fatores associados à saúde dos cuidadores de sujeitos com esquizofrenia, a exemplo dos impactos para as áreas financeira, mental, física e emocional.

A esquizofrenia infelizmente é um sofrimento mental incapacitante, pois impede o sujeito de ter uma vivência comum à das outras pessoas, de fazer suas próprias escolhas, tomar decisões por si mesmo, ser independente, entre outras limitações impostas. É uma psicopatologia desafiadora, pois demanda um trabalho em conjunto de toda a família, vizinhos, amigos e profissionais da área de saúde, para que se obtenha melhores resultados em relação ao tratamento, bom êxito para com a inclusão social, bem como adesão

medicamentosa e superação das problemáticas de âmbito familiar.

Por conta disso, há uma necessidade de se aplicar metodologias profissionais de psicoeducação, a fim de ensinar a família como entender e proceder no âmbito das diferentes etapas do sofrimento mental. Isso é importante para não impactar de maneira brusca na qualidade de vida. É preciso implementar ações a evitar que o cuidado do familiar esquizofrênico fique sob a responsabilidade apenas de uma pessoa, afim de evitar taxas altas de problemas físicos e emocionais desta. É necessário atendimento personalizado, humanizado e individualizado para atender especificamente às necessidades de cada membro da família. É indispensável ter um maior suporte da equipe de saúde para ajudar os familiares no enfretamento das do cuidar de pessoas com esquizofrenia, pois até para cuidar de quem precisa é necessário estar bem.

Essa pesquisa teve como limitações a dificuldade de encontrar estudos voltados ao enfermeiro cuidador, sendo encontradas somente pesquisas sobre o cuidador familiar. Também houve dificuldade para encontrar a temática, tornando-se necessário o aumento da busca para uma maior quantidade de achados sobre o assunto.

A esquizofrenia é um sofrimento psíquico grave a necessitar de ajuda, devido às particularidades da psicopatologia. Com isso, o principal apoio aos sujeitos que sofrem desse mal termina por ser um ente familiar. Este fica sobrecarregado a ponto de sofrer um forte impacto, devido à baixa qualidade de vida e saúde que são consequência dos problemas psicossociais, sobrecarga financeira e emocional, conflitos familiares e estresse causados pelos cuidados exigidos pelas demandas do familiar.

Esse trabalho tem como importância inspirar novas pesquisas a respeito desse assunto, pois há uma carência de estudos em sua abordagem, que se trata dos impactos sobre a qualidade de vida e suas consequências geradas pela psicopatologia. Outro assunto a ser discutido são os meios de enfrentar essa situação, no que diz respeito às maneiras de ajudar outras famílias a partir de suas necessidades.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

OPOKU-BOATENG, Yaw Nyarko et al. Economic cost and quality of life of family caregivers of schizophrenic patients attending psychiatric hospitals in Ghana. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 2, p. 39-50, 2017

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011.

CARVALHO, Claudia Maria Sousa et al. Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), v. 13, n. 3, p. 125-131, 2017.

CHEN, Lifen et al. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: A qualitative study. **BMC psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2019.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor cientifico que lhe é exigido. **Revista gaúcha de enfermagem,** v. 33, p. 8-9, 2012.

EHSAN, Neelam et al. Negative repercussions of caregiving burden: Poor psychological well-being and depression. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 34, n. 6, p. 1452, 2018.

FREITAS, Pedro Henrique Batista de et al. Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, p. 60-68, 2016.

GOMES, Mariana Silva; MELLO, Rosâne. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. SMAD, **Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 1, p. 2-8, 2012.

LIMA, S, C, I.; LIMA, A, B, S. Vivenciando sentimentos e fragilidades do cuidar em esquizofrenia: visão de familiares cuidadores. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, V.9, n.4, p. 1081-1086, 2017 .

LIPPI, Gian. Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. **South African Journal of Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 1-7, 2016.

DI LORENZO, Rosaria et al. Empathy and perceived burden in caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2021.

MAGALHÃES, Josiléia Félix et al. Estratégias de enfrentamento de mulheres cuidadoras de pessoas com esquizofrenia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online,** v. 10, n. 3, p. 793-800, 2018.

OLIVEIRA, Renata Marques; FACINA, Priscila Cristina Bim Rodrigues; SIQUEIRA JÚNIOR, Antônio Carlos. A realidade do viver com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 309-316, 2012.

PEREIRA, Carla Rodrigues et al. Avaliação da sobrecarga de familiares cuidadores de indivíduos com esquizofrenia. **Rev. enferm. UFPE on line,** p. [1-9], 2020.

SCHÜLHI, Patrícia Aparecida Pedro; WADMAN, Maria Angélica Pagliarini; SALES, Catarina Aparecida. O cotidiano familiar da pessoa com esquizofrenia: cuidando no domicílio. **Revista**

Eletrônica de Enfermagem, v. 14, n. 1, p. 16-24, 2012.

URÍZAR, Alejandra Caqueo et al. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. **BMC family practice**, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2011

WAGNER, Luciane Carniel et al. Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 401-408, Apr. 2011 .

WAN, Kwok-Fai; WONG, Michael M C. Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. **Intern Med J.** 2019 Mar; 49 Suppl 1:9-15.

YAZICI, Esra et al. Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. **Nöro Psikiyatri Arşivi**, v. 53, n. 2, p. 96, 2016.

CAPÍTULO 12

ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA POR CORRENTE CONTÍNUA (ETCC) E EFEITOS TERAPÊUTICOS NO TDAH: PERSPECTIVAS FUTURAS

Jefferson Meira Pires[1];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/8349546493584747

Ingred Cristina Silva Cavalcante[2].

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0487290093496391

RESUMO: O Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma condição patológica do neurodesenvolvimento que causa profundos impactos na qualidade de vida de seus portadores. As opções terapêuticas são relativamente escassas e sem grandes avanços ou inovações nas últimas décadas. Técnicas de neuromodulação não-invasivas, como a Estimulação Elétrica por Corrente Contínua (ETCC), já tem bom nível de evidência para uso em certas condições neuropsiquiátricas, sendo recurso adjuvante promissor também no TDAH. O objetivo da presente revisão integrativa foi analisar de forma descritiva e qualitativa a eficácia desta técnica em indivíduos adultos com diagnóstico de TDAH em ensaios clínicos randamizados controlados e duplo-cegos, utilizando os bancos de dados eletrônicos Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Pubmed e o portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores “Transcranial Direct Current Stimulation”, “Adult” e “Attention Deficit Hyperactivity Disorder”. Os resultados demonstraram respostas promissoras na melhora da perfomance cognitiva e da impulsividade. Entretanto, conclui-se a necessidade de futuros e maiores estudos para melhor avaliar a eficácia da técnica como tratamento adjuvante do TDAH.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Neuromodulação. Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC).

TRANSCRANIAL DIRECT CURRENT STIMULATION (TDCS) AND THERAPEUTIC EFFECTS FOR ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: FUTURE PERSPECTIVES

ABSTRACT: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental pathological condition that causes serious impacts on the patients' quality of life. Therapeutic options are relatively scarce and without major advances or innovations in recent decades. Non-invasive neuromodulation techniques, such as Electrical Stimulation by Direct Current (tDCS), have a good level of evidence for use in some neuropsychiatric conditions, being a promising adjuvant resource also in ADHD. The objective of the present integrative review was analyzing by descriptive and qualitative way the effectiveness of this technique in adult individuals diagnosed with ADHD in randomized controlled and double-blind clinical trials, using the electronic databases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed and the Virtual Health Library (VHL) portal. The descriptors "Transcranial Direct Current Stimulation", "Adult" and "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" were used. The results showed promising responses in improving cognitive performance and impulsivity. However, there is a need for future and larger studies to better evaluate the effectiveness of the technique as an adjuvant treatment for ADHD.

KEY-WORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Neuromodulation. Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS).

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma modificação do desenvolvimento neurológico do indivíduo, identificada pela desatenção e hiperatividade, podendo esta estar acompanhada de impulsividade ou não. Esses sintomas devem se apresentar em um grau mais recorrente e elevado do que aquele comumente analisado em pessoas com neurodesenvolvimento normal. O TDAH é uma patologia que levanta debates controversos e tem recebido crescente importância dos trabalhos científicos durante o último século (APA, 2014).

A etiologia do transtorno é desconhecida, provavelmente multifatorial, pois o seu fenótipo é resposta da interação de diversos fatores genéticos, ambientais e sociais que se exteriorizam nos variados quadros clínicos que o TDAH apresenta (ROMAN et al., 2003). Esta condição pode transpassar a infância e a adolescência e permanecer na vida adulta, tornando-a mais complexa. Caracteriza-se por seu aspecto prejudicial no contexto social, acadêmico e profissional, afetando na qualidade de vida do portador.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), globalmente, cerca de 4% dos adultos têm TDAH, sendo este número próximo de dois milhões no Brasil (ILARIO et al., 2019). Enquanto a sua permanência, 60% a 70% dos casos continuam na vida adulta.

Essas porcentagens conflitantes refletem as várias definições e critérios para o diagnóstico do transtorno (MATTOS; COUTINHO, 2007).

Em 80% dos casos, o TDAH em adultos está associado a outras comorbidades psiquiátricas, o que torna a investigação diagnóstica mais difícil. Como exemplos dessas comorbidades, os transtornos de humor, ansiedade e transtornos de personalidade, particularmente as personalidades borderline e antissocial, são os mais comuns (WEIBEL et al., 2020).

Nas primeiras publicações do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM), escrito pela American Psychiatric Association (APA), o diagnóstico era relacionado unicamente a crianças e não provia medidas e critérios para a identificação do TDAH em adultos, tornando o diagnóstico complicado nessa faixa etária (MCCARTHY et al., 2009). Contudo, as publicações posteriores e mais atuais passaram a informar sobre a possibilidade de permanência do transtorno em adultos. Assim, o DSM-5, o mais atual até o momento, traz o quadro clínico de adultos afetados de uma forma mais detalhada (ZALSMAN; SHILTON, 2016).

O TDAH demanda um tratamento de abordagem múltipla, incluindo farmacoterapia, psicoterapia, além do envolvimento do meio social a sua volta, isto é, familiares, amigos, profissionais de saúde, e o próprio paciente. Em relação à intervenção farmacológica, a primeira linha para escolha das medicações são os psicoestimulantes (GREENHILL; HALPERIN; ABIKOFF, 1999).

No Brasil, o tratamento geralmente se baseia na utilização de cloridrato de metilfenidato ou dimesilato de lisdexanfetamina, conhecidos comercialmente como “Concerta”, “Ritalina” e “Venvanse”. Essas drogas têm a ação de potencializar a dopamina e a noradrenalina, que são neurotransmissores do sistema nervoso central. Contudo, a eficácia dessas substâncias ainda é questionável para alguns autores (DA SILVA et al., 2012). O uso do metilfenidato (MPH) levanta alguns debates, como sua possível interferência no crescimento (SPENCER et al., 1996), seu potencial de abuso, o uso indevido do medicamento por indivíduos sem diagnóstico de TDAH, além do tempo de manutenção do tratamento (MARTINS et al., 2004).

Outras abordagens devem ser avaliadas diante das limitações terapêuticas atuais, visto a alta prevalência do TDAH e sua interferência prejudicial na vida do paciente. Nesse contexto, a estimulação transcraniana não invasiva é uma estratégia promissora. Diversas técnicas e abordagens de estimulação elétrica foram testadas em doenças neuropsiquiátricas com resultados positivos, dentre elas, a Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC) (NOWAK et al., 2009).

Essa revisão integrativa almeja avaliar a aplicabilidade da ETCC no tratamento de pacientes com TDAH em adultos, respondendo se a Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC) é eficaz como tratamento para pacientes com TDAH, através da apuração dos resultados de estudos publicados que aderiram a esta forma de tratamento

em suas pesquisas.

Considerando-se a relevância de aprofundar o que se sabe sobre o TDAH e seu tratamento, com o objetivo de reduzir os sintomas e os riscos causados pelo transtorno e diminuir os efeitos adversos do tratamento farmacológico, entende-se a importância de realizar esta revisão integrativa voltada para análise do tratamento do TDAH em adultos, com enfoque na ETCC (CRUZ; MINERVINO; PEREIRA, 2021).

REFERENCIAL TEÓRICO

TDAH e seu Diagnóstico

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno patológico comum na infância e na adolescência, podendo englobar também a fase adulta do indivíduo (POLANCZYK et al., 2015). Trata-se do resultado da interação heterogênea e complexa de fatores genéticos, sociais, neurobiológicos e ambientais (ZAYATS; NEALE, 2020).

De acordo com o DSM-5, para o diagnóstico do transtorno ser realizado, deve-se observar um padrão de desatenção persistente, hiperatividade e/ou impulsividade que interferem no comportamento psicossocial observado em diferentes contextos, como em casa, no ambiente acadêmico, trabalho e nas redes sociais. É válido ressaltar que o diagnóstico é de caráter clínico, ou seja, não existe nenhum exame laboratorial ou de imagem totalmente conclusivo para se fechar diagnóstico, e este deve ser efetuado por um médico especializado (AGNEW-BLAIS et al., 2018).

O Manual ainda estabelece três padrões diferentes de TDAH: predominantemente desatento (TDAH-D), no qual o paciente deve preencher no mínimo seis critérios para desatenção; predominantemente hiperativo-impulsivo (TDAH-H), onde é necessário preencher pelo menos seis dos critérios designados para hiperatividade/impulsividade; e por fim, o TDAH combinado (TDAH-C), no qual o paciente apresenta tanto os critérios de desatenção quanto os de hiperatividade/impulsividade (WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, o TDAH tem dezoito sintomas principais, e entre eles, pelo menos cinco sintomas devem persistir durante um período mínimo de seis meses. É essencial, que tais sinais tenham começado antes dos 12 anos, ocasionando impactos negativos na vida do sujeito (APA, 2014).

A desatenção pode ser caracterizada pela dificuldade de manter a atenção, seguir instruções, organizar tarefas ou cumprir regras e prazos. Também é característico o hábito de evitar envolvimento com tarefas que exijam esforço mental prolongado e se distrair com facilidade por estímulos externos. Em contrapartida, os sintomas de hiperatividade/impulsividade manifestam-se por atividade motora excessiva que não é apropriada no momento, ações precipitadas, impensadas e com grande potencial de dano ao sujeito, dificuldade em lidar com a frustração, bem como o desejo de recompensa imediata e a

impossibilidade de adiar a satisfação (APA, 2014).

TDAH em Adultos

Mesmo que a maioria dos estudos seja direcionada ao TDAH na infância, esse transtorno apresenta importante incidência na vida adulta. De acordo com o DSM-5, dados populacionais estipulam uma prevalência próxima a 5% nas crianças e 2,5% nos adultos, com maiores taxas nos homens (APA, 2014).

No Brasil, um estudo de coorte, conduzido na cidade de Pelotas, que acompanhou 5249 indivíduos desde o seu nascimento até o a idade adulta (18/19 anos), encontrou 6,3% como a prevalência de TDAH em adultos, com uma preponderância do sexo feminino, contrastando com outros estudos que demonstram uma proporção de 1,6:1, com predominância para homens (CASTRO; DE LIMA, 2018). Observou-se também que 12,2% dos adultos apresentaram diagnóstico de TDAH desde a infância. A maioria dos adultos jovens queixaram-se de sintomas de déficit de atenção, além de terem maior risco para tentativas suicidas, comportamentos violentos, envolvimento em acidentes de trânsito, infecções sexualmente transmissíveis, tabagismo, bipolaridade, depressão e ansiedade (CAYE et al., 2016).

Adultos com TDAH enfrentam barreiras relacionadas a seu cotidiano, como alterações de humor frequentes, problemas para lidar com situações estressantes, irritabilidade, agitação emocional e frustração com situações corriqueiras (KLEIN et al., 2012).

A repercussão do TDAH na qualidade de vida pode ser mensurada pelo Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL). Essa é uma ferramenta sistematizada de avaliação quantitativa sobre impacto da doença e seus desfechos clínicos nos pacientes adultos. O instrumento é subdividido em quatro subescalas: produtividade, saúde psicológica, perspectivas de vida e relacionamentos. Estudos utilizando esse questionário apontam que adultos com TDAH apresentam maior número de divórcios, maiores taxas de desemprego e menor renda média em comparação a população (MATTOS et al., 2011).

Etiologia e Neurobiologia do TDAH

As teorias sobre a etiologia do TDAH referem-se a um conjunto de aspectos biológicos, genéticos e cerebrais como causa da patologia. Os principais dados que fundamentam as teorias etiológicas vêm de estudos moleculares da biologia humana e pesquisas a partir de exames neurológicos de imagem. Com os resultados destes estudos foi possível demonstrar que o diagnóstico do TDAH é real, sendo possível de se perceber biologicamente uma condição patológica (HADDAD et al., 2021).

No que se refere à genética, a epidemiologia demonstra a influência familiar, mesmo que ainda não se tenha descrito um gene necessário para o desenvolvimento do TDAH. Em

estudos envolvendo famílias de gêmeos e adotados, a frequência e a potencialidade de se ter o transtorno entre parentes de primeiro grau é aproximadamente cinco vezes maior que o risco na população (COUTO; MELO-JUNIOR; GOMES, 2010; TODD, 2000).

Estudos envolvendo neurotransmissores e de neuroimagem indicam o envolvimento das catecolaminas na patologia, principalmente a dopamina e a noradrenalina. Há a participação de genes que codificam integrantes dos sistemas dopaminérgico, noradrenérgico e também serotoninérgico (ROHDE; HALPERN, 2004).

Tratamento

O tratamento farmacológico do TDAH é feito, principalmente, com o uso de medicamentos psicoestimulantes. A maioria dos pacientes tratados com essa classe, aproximadamente 70%, respondem bem, com redução de seus sintomas pela metade e boa tolerânica ao fármaco (SPENCER et al., 1996). Os estimulantes mais utilizados são à base de metilfenidato (MPH). O MPH funciona impedindo a recaptação pré-sináptica da dopamina e a noradrenalina. Assim, com o aumento desses neurotransmissores na fenda sináptica, há melhora perceptível dos sintomas (WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

O MPH tem efeito tanto na função cognitiva quanto comportamental dos pacientes, consequentemente o consumo desse medicamento tem crescido mundialmente, devido ao aumento das prescrições ou da automedicação por indivíduos que buscam melhora na função cognitiva (CALIMAN; RODRIGUES, 2014). Entre os efeitos adversos mais comuns causados por essa medicação estão: cefaléias, insônia, perda ou diminuição do apetite, redução do crescimento, dores abdominais e perda de peso (ANVISA, 2010). Em relação aos benefícios, um dos principais é sua segurança clínica, relacionada à baixa toxidade do fármaco, além de sua superioridade em relação a placebos (ITABORAHY; ORTEGA, 2013).

Antidepressivos tricíclicos como a Imipramina, Desipramina, Amitriptilina, Clomipramina, agonistas de receptores do tipo a2 (Clonidina, Guanfacina), agonista de noradrenalina e Atomoxetina, Modafinil e Bupropiona também são utilizados no tratamento de TDAH embora não sejam as medicações de primeira linha (GUARDIOLA et al., 1999; SEGENREICH; MATTOS, 2004).

O tratamento farmacológico, com metilfenidato, atomoxetina e anfetaminas, baseia-se nos mecanismos fisiopatológicos envolvidos. Apesar da eficácia comprovada desses fármacos, muitos indivíduos continuam tendo comprometimento social e acadêmico e alguns experimentam efeitos colaterais que inviabilizam a manutenção do tratamento (BOGGIO; CARREIRO; FREGNI, 2009).

ETCC como Abordagem Terapêutica

A Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC) é uma técnica baseada na modulação da atividade neuronal simples e bem conhecida (STAGG; ANTAL; NITSCHE, 2018). Tem sido proposta como ferramenta terapêutica em potencial para os sintomas do TDAH, utilizando correntes elétricas de baixa intensidade para elevar ou reduzir a excitabilidade dos neurônios da área estimulada, e regiões relacionadas (SILVA et al., 2021; STAGG; ANTAL; NITSCHE, 2018).

Os conhecimentos atuais sobre a fisiopatologia do TDAH e a repercussão neurofisiológica da ETCC sugerem sua eficácia no controle de algumas manifestações que produzem prejuízo social e/ou acadêmico. Algumas pesquisas com ETCC nos últimos anos mostraram resultados positivos no tratamento de doenças neuropsiquiátricas como doença cerebrovascular, depressão, doença de Parkinson, epilepsia, dor crônica, dentre outras (BRUNONI et al., 2012)

A ETCC consiste na aplicação de uma fraca corrente galvânica sobre o escalpo, de baixa amplitude, que se desloca do eletrodo anódico (polo positivo) em direção ao cátodo (polo negativo), compondo o circuito elétrico. A estimulação promove uma modulação da atividade neuronal espontânea, elevando ou abaixando a excitabilidade cortical através da despolarização neuronal ou hiperpolarização, respectivamente (BRUNONI et al., 2011; NITSCHE; PAULUS, 2000). Essa técnica apresenta diversas vantagens: não é dolorosa, tem baixo custo, é segura, fácil de aplicar e com eficiência demonstrada em estudos duplo-cegos (YUEN et al., 1981).

Não há risco de queimadura do tecido cerebral, pois a segurança depende da intensidade da corrente, duração e localização dos eletrodos. A corrente elétrica utilizada nos estudos possui uma densidade bastante inferior ao limite (25 mA/m2), assim, evitando danos ao tecido (NITSCHE et al., 2004). Outro aspecto relevante referente à segurança da técnica foi demonstrado pela avaliação dos efeitos cerebrais da ETCC na ressonância magnética antes e após 30 e 60 minutos de estimulação nos córtices motor e pré-frontal, não encontrando alteração na barreira hematoencefálica ou edema cerebral (POREISZ et al., 2007).

A potência de longa duração (long-term potentiation- LTP) e depressão de longa duração (long- term depression- LTD) são mecanismos provavelmente relacionados ao prolongado efeito da ETCC (NITSCHE et al., 2008). LTP potencializa a neurotransmissão sináptica e sua eficácia, enquanto LTD enfraquece esta transmissão, principalmente ao modificar os níveis de cálcio na célula pós-sináptica e os níveis intracelulares de monofosfato cíclico de adenosina (AMPc), sendo ambos processos associados ao aprendizado e memória (COLLINGRIDGE et al., 2010)

Ainda existem poucas evidências acerca do impacto de ETCC no TDAH, mas, através da ativação de circuitos neurais pré-frontais esquerdos, pode-se demonstrar a ampliação da neurotransmissão dopaminérgica e a produção de incremento atencional.

Assim, a ETCC parece melhorar aspectos da atenção seletiva. Além disso, parece reduzir o tempo necessário para que os pacientes selecionem novas informações (STAGG; ANTAL; NITSCHE, 2018).

Os resultados ainda são conflitantes. Um ensaio clínico randomizado realizado pela Universidade Federal da Bahia em 2015, não demonstrou evidência de superioridade da estimulação elétrica transcraniana quando se comparou o grupo ativo com o sham. Entretanto, apontou necessidade de novos estudos. (COSMO et at, 2015)

Em 2015, Boston (EUA), na divisão de neuromodulação do Hospital Geral de Massachusetts, Dubreuil-Vall et al recrutaram 44 indivíduos com diagnóstico de TDAH para um ensaio clinico randomizado controlado duplo-cego, sendo submetidos a técnica de neuromodulação elétrica acoplada a um sistema de registro eletroencefalográfico. Estes indivíduos foram avaliados por escalas próprias para a condição do TDAH antes e depois do procedimento. Os resultados apontaram melhora cognitiva importante através destas escalas utilizadas, correlacionando com melhora da amplitude de onda eletroencefalográfica em áreas correlatas com funções atencionais e executivas. (DUBREUIL-VALL, 2021)

Em 2017, um estudo piloto randomizado controlado duplo-cego realizado com 17 pacientes adultos portadores de TDAH, com voltagem de 2mA/20min/dia por 5 dias com ânodo em córtex pré-frontal dorsolateral direito e cátodo em córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo, detectaram redução em escalas de avaliação desta condição no grupo ativo. Ademais, a melhora persistiu após a finalização da estimulação. (CACHOEIRA et al, 2017)

Em outro estudo realizado na Universidade Federal do Pernambuco, no mesmo ano de 2017, com metodologia crossover com 20 voluntários submetidos a duas técnicas de neuromodulação diferentes, a saber, a Estimulação Elétrica por Corrente Contínua (ETCC) ou Estimulação Magnética Transcraniana (EMT), demonstrou-se que o estímulo excitatório pode contribuir na melhora cognitiva de adultos com TDAH e sugerem o processo inverso em indivíduos saudáveis. (DUTRA et al, 2017).

Além da melhora cognitiva, outros estudos demonstram substancial melhora em outros sintomas do espectro do TDAH, como a impulsividade. Em ensaio clinico randomizado controlado e duplo-cego, com ETCC e ânodo em cortex pré-frontal dorsolateral esquerdo, realizado em 2018 pela Universidade da Pensilvânia, demonstrou diminuicão da impulsividade nos mesmos e corroborando potencial terapêutico no TDAH. (ALLENBY et at, 2018)

METODOLOGIA

Esse estudo trata-se de uma revisão integrativa, que busca apresentar resultados obtidos sobre um tema de forma sistemática, ordenada e abrangente.

Buscou-se, por meio da definição coerente de objetivos, avaliar a eficácia do ETCC no TDAH de forma descritiva e qualitativa. Foram utilizados apenas dados de estudos clínicos randomizados que atenderam aos critérios de elegibilidade e com achados de pesquisa bem validados.

Assim, foram incluídos apenas ensaios clínicos randomizados, publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas inglês e português, que envolvessem adultos (mais de 19 anos), com diagnóstico de TDAH, independente de apresentar comorbidades, que utilizasse Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua como intervenção terapêutica.

Foram excluídos outros desenhos de estudo, como editoriais, resumos, artigos de opinião, estudos de revisão e relatos de experiência. Pesquisas com crianças, adolescentes ou gestantes também foram excluídos. As referências que preencheram os critérios de inclusão foram avaliadas, independentemente do periódico.

Foram consultadas as bases de dados eletrônicas Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Pubmed, serviço da U. S. National Library of Medicine (NLM), e o portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em que é possível consultar bases nacionais e internacionais, onde filtramos a busca, limitando à Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e à Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

A seleção dos descritores utilizados no processo de revisão foi efetuada mediante consulta ao DECs, descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME. Nas buscas, os seguintes descritores foram considerados: Transcranial Direct Current Stimulation, Adult e Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Recorreu- se ao operador lógico “AND” para combinação dos descritores utilizados para rastreamento das publicações.

A seleção foi feita por dois pesquisadores, de forma conjunta. De posse dos resultados da busca em cada base de dados, procedeu-se à eliminação de duplicatas, seguida da leitura de títulos, como uma forma de triagem. Após, foram considerados elegíveis sete artigos.

CONCLUSÃO

O TDAH é uma desordem no neurodesenvolvimento que causa impactos profundos na qualidade de vida de seu portador. Além de todos os prejuízos funcionais próprios da evolução da doença, o risco de outras comorbidades clinicas e psiquiátricas é elevado, como abuso de substâncias, ansiedade e depressão.

O tratamento desta condição ainda é bastante limitado. O arsenal medicamentoso é escasso, e os poucos medicamentos disponíveis possuem efeitos colaterais ou potencial de abuso que devem ser considerados. Portanto, a pesquisa de novos recursos terapêuticos é fundamental nesse contexto.

O ETCC é uma ferramenta de neuromodulação em que é utilizada corrente elétrica de baixa voltagem sobre o escalpo, com o objetivo de promover neuroplasticidade. Já é usado como nível de evidência bem definido em outras condições neuropsiquiátricas, além de ser um procedimento simples, de baixo custo, factível e com poucos e leves efeitos colaterais.

Assim, esta técnica de neuromodulação é um potencial recurso de tratamento a ser utilizado. Na ultima década, alguns poucos estudos revelaram eficácia da ferramenta, com respostas na perfomance cognitiva e impulsividade de portadores do TDAH.

Entretanto, apesar de promissor, ainda é necessário maiores estudos, com poder estatístico, maior tamanho amostral e comparações entre grupos (duplo ativo ETCC/ medicamento; ETCC/placebo; sham/medicamento; sham/placebo) a fim de maiores conclusões. Ademais, pesquisas utizando biomarcadores de neuroplasticidade podem ser úteis, como o BDNF (*brain derived neurotrophic factor*).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

REFERÊNCIAS

AGNEW-BLAIS, J. C. et al. **Young adult mental health and functional outcomes among individuals with remitted, persistent and late-onset ADHD**. The British Journal of Psychiatry, v. 213, n. 3, p. 526–534, set. 2018.

ALLENBY, C.; FALCONE, M.; BERNARDO, L.; WILEYTO, E.; ROSTAIN, A.; RAMSAY, J.; LERMAN, C.; LOUGHEAD, J. **Transcranial direct current Brain stimulation decreases impulsivity in ADHD.** 2018;

APA. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. [s.l.] Artmed Editora, 2014.

BOGGIO, P. S.; CARREIRO, L. R. R.; FREGNI, F. **Cortical stimulation with weak electrical currents for cognitive modulation in attention deficit hyperactivity disorder**. Medical hypotheses, v. 72, n. 5, p. 613–614, 1 maio 2009.

BRUNONI, A. R. et al. **A systematic review on reporting and assessment of adverse effects associated with transcranial direct current stimulation**. International Journal of Neuropsychopharmacology, v. 14, n. 8, p. 1133–1145, 1 set. 2011.

BRUNONI, A. R. et al. **Clinical research with transcranial direct current stimulation (tDCS): Challenges and future directions**. Brain Stimulation, v. 5, n. 3, p. 175–195, 1 jul. 2012.

CACHOEIRA, C.T., LEFFA, D.T., MITTELSTADT, S.D., TEIXEIRA, L.S., BRUNONI, A.R., PINTO, J.V., BLAZIUS, V., MACHADO, V. DOTTO BAU, C.H., ROHDE, L.A., GREVET, E.H., SCHESTATSKY, P. **Positive effects of transcranial direct current stimulation in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder A pilot randomized controlled study.** Psychiatry Research. Vol 247, p. 28-32. 2017. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.009

CALIMAN, L. V. **Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 30, p. 46–61, 2010.

CALIMAN, L. V.; RODRIGUES, P. H. P. **A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH**. Psicologia em Estudo, v. 19, p. 125–134, mar. 2014.

CAYE, A. et al. **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome**. JAMA Psychiatry, v. 73, n. 7, p. 705–712, 1 jul. 2016.

COLLINGRIDGE, G. L. et al. **Long-term depression in the CNS**. Nature Reviews Neuroscience, v. 11, n. 7, p. 459–473, jul. 2010.

COOPER, A. M.; MICHELS, R. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R)**. American Journal of Psychiatry, v. 145, n. 10, p. 1300–1301, out. 1988.

COSMO, C., BAPTISTA A.F., DE ARAÚJO, AN, DO ROSÁRIO, R.S., MIRANDA, J.G.V., MONTOYA, P. , et al. **A Randomized, Double-Blind, Sham-Controlled Trial of Transcranial Direct Current Stimulation in Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder.** PLoS ONE 10(8): e0135371. 2015. doi:10.1371/journal.pone.0135371

COUTO, T. S.; MELO-JUNIOR, M. R.; GOMES, C. R. A. **ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): uma revisão**. Ciências & Cognição, v. 15, n. 1, p. 241–251, 21 abr. 2010.

CRUZ, L. F. P. DA; MINERVINO, C. A. DA S. M.; PEREIRA, E. E. L. D. **Funções Executivas, Atenção e o Uso do Metilfenidato: Estudo de Revisão Sistemática.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 37, 20 out. 2021.

DUBREUIL-VALL, L. Et tal **Transcranial Direct Current Stimulation to the Left Dorsolateral Prefrontal Cortex Improves Cognitive Control in Patients With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Behavioral and Neurophysiological Study.** Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging. 6(4): 439–448. 2021

EBSTEIN, R. P. et al. **Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty Seeking.** Nature Genetics, v. 12, n. 1, p. 78–80, jan. 1996.

GREENHILL, L. L.; HALPERIN, J. M.; ABIKOFF, H. **Stimulant Medications**. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, v. 38, n. 5, p. 503–512, 1 maio 1999.

GUARDIOLA, A. et al. **Uso de amitriptilina na síndrome de hiperatividade com déficit de atenção**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 57, p. 599–605, set. 1999.

HADDAD, A. H. et al. **Personality Impairment in Children and Adolescents with ADHD.** Paidéia (Ribeirão Preto), v. 31, 1 abr. 2021.

ILARIO, C. et al. **Can ADHD have an adulthood onset?** L'Encephale, v. 45, n. 4, p. 357–362, 1 set. 2019.

ITABORAHY, C.; ORTEGA, F. **O metifenidato no Brasil: uma década de publicações**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 803–816, mar. 2013.

KLEIN RG, MANNUZZA S, OLAZAGASTI MAR, ROIZEN E, HUTCHISON JA, LASHUA EC, et al. **Resultado clínico e funcional do transtorno de déficit de atenção / hiperatividade na infância 33 anos depois.** Arch Gen Psychiatry 69: 1295- 1303. 2012.

MARTINS, S. et al. **Weekend Holidays During Methylphenidate Use in ADHD Children: A Randomized Clinical Trial.** Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, v. 14, n. 2, p. 195–206, jun. 2004.

MATTOS, P.; COUTINHO, G. **Qualidade de vida e TDAH**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 56, n. suppl 1, p. 50–52, 2007.

NITSCHE, M. A. et al. **MRI study of human brain exposed to weak direct current stimulation of the frontal cortex.** Clinical Neurophysiology, v. 115, n. 10, p. 2419–2423, 1 out. 2004.

NITSCHE, M. A. et al. **Transcranial direct current stimulation: State of the art 2008.** Brain Stimulation, v. 1, n. 3, p. 206–223, 1 jul. 2008.

NITSCHE, M. A.; PAULUS, W. **Excitability changes induced in the human motor cortex by weak transcranial direct current stimulation.** The Journal of Physiology, v. 527, n. Pt 3, p. 633–639, 15 set. 2000.

NOWAK, D. A. et al. **Interhemispheric Competition After Stroke: Brain Stimulation to Enhance Recovery of Function of the Affected Hand**. Neurorehabilitation and Neural Repair, v. 23, n. 7, p. 641–656, 1 set. 2009.

POETA, L. S.; ROSA NETO, F. **Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 26, p. 150–155, set. 2004.

POLANCZYK, G. V. et al. **Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide**

prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 56, n. 3, p. 345–365, 2015.

POREISZ, C. et al. **Safety aspects of transcranial direct current stimulation concerning healthy subjects and patients.** Brain Research Bulletin, v. 72, n. 4, p. 208–214, 30 maio 2007.

ROHDE, L. A. et al. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** Brazilian Journal of Psychiatry, v. 22, p. 07–11, dez. 2000.

ROMAN, T. et al. **Is the α-2A adrenergic receptor gene (ADRA2A) associated with attention-deficit/hyperactivity disorder?** American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, v. 120B, n. 1, p. 116–120, 2003.

SANTOS, L. DE F.; VASCONCELOS, L. A. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 26, p. 717–724, dez. 2010.

SEEGER, G.; SCHLOSS, P.; SCHMIDT, M. H. **Functional polymorphism within the promotor of the serotonin transporter gene is associated with severe hyperkinetic disorders**. Molecular Psychiatry, v. 6, n. 2, p. 235–238, mar. 2001.

SEGENREICH, D.; MATTOS, P. **Bupropion efficacy in the treatment of ADHD: a systematic review and critical analysis of evidences.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 31, p. 117–123, 2004.

SILVA, R. DE M. F. DA et al. **Efficacy and safety of transcranial direct current stimulation as an add-on treatment for obsessive-compulsive disorder: a randomized, sham-controlled trial.** Neuropsychopharmacology, v. 46, n. 5, p. 1028–1034, abr. 2021.

SPENCER, T. et al. **Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder across the Life Cycle**. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, v. 35, n. 4, p. 409–432, 1 abr. 1996.

STAGG, C. J.; ANTAL, A.; NITSCHE, M. A. **Physiology of Transcranial Direct Current Stimulation.** The Journal of ECT, v. 34, n. 3, p. 144–152, set. 2018.

TODD, R. D. **Genetics of attention deficit/hyperactivity disorder: Are we ready for molecular genetic studies?** American Journal of Medical Genetics, v. 96, n. 3, p. 241–243, 2000.

WEIBEL, S. et al. **Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults**. L'Encephale, v. 46, n. 1, p. 30–40, fev. 2020.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN, R. P. **Psicopatologia - 7ed**. [s.l.] AMGH Editora, 2015.

YUEN, T. G. H. et al. **Histological Evaluation of Neural Damage from Electrical Stimulation: Considerations for the Selection of Parameters for Clinical Application.** Neurosurgery, v. 9, n. 3, p. 292–299, 1 set. 1981.

ZALSMAN, G.; SHILTON, T. **Adult ADHD: A new disease?** International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, v. 20, n. 2, p. 70–76, 2 abr. 2016.

ZAYATS, T.; NEALE, B. M. **Recent advances in understanding of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): how genetics are shaping our conceptualization of this disorder.** F1000Research, v. 8, p. F1000 Faculty Rev-2060, 12 fev. 2020.

CAPÍTULO 13

FATORES ASSOCIADOS À INSERÇÃO DE IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Isabela Morgana Muniz Cordeiro[1];

Centro Universitário UniFamec, Camaçari, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0648836196729333

Randson Souza Rosa[2];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Delmo de Carvalho Alencar[3];

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

http://lattes.cnpq.br/7139193111298241

Naisla Santos Souza[4];

Centro Universitário UniFG, Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/5321987127134083

Ione Fogaça De Santana[5];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0960676901023269

Sávio Luiz Ferreira Moreira[6];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2688996011413839

Gustavo Teixeira Nascimento[7];

Universidade Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2334240961338974

Bruno Gonçalves de Oliveira[8];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane dos Santos Bomfim[9];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

Juliana Graziela dos santos Vieira [10];

Faculdade Uninassau (UNINASSAU), Vitória da Conquista, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/6080209427479712

André Santos Freitas[11];

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7809891306867174

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[12].

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

RESUMO: Evidências cientificas, cada vez mais têm destaco o aumento idosos institucionalizados em instituições de longa permanência. Deve-se a vários fatores associados. Nesse sentido, é profícuo entender essa temática com mais cuidado e observa-se a necessidade de acompanhar as tendências da inserção desse idosos nessas instituições. Assim, objetivou-se descrever os fatores que levam os idosos à institucionalização. Trata-se de uma Revisão integrativa, referente aos fatores associados à inserção de idosos em ILPI. Realizou-se uma busca no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que integra todas as outras bases, utilizando os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): idoso, institucionalização, Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A junção das dos descritores se deu através dos cruzamentos, utilizando o boleando AND. Foi evidenciado aumento da população dos idosos, ocorreu também o aumento de idosos institucionalizados. Ainda que, pareça uma consequência lógica, outros fatores induziram esse aumento. Neste sentido, conclui-se. Com o aumento da expectativa de vida e, consequentemente, aumento da população idosa no mundo, o envelhecimento ocasiona grande preocupação na esfera familiar, uma vez que, a estrutura familiar vai se modificando torna-se mais difícil a atenção ao idoso. Desse modo, as ILPI's se tornam uma alternativa para acolher esses indivíduos que não tem suporte para viver o processo de envelhecimento no ambiente familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Institucionalização. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE INSERTION OF THE ELDERLY IN LONG STAY INSTITUTIONS

ABSTRACT: Scientific evidence has increasingly highlighted the increase in institutionalized elderly in long-stay institutions. It is due to several associated factors. In this sense, it is useful to understand this issue more carefully and there is a need to follow the trends in the insertion of these elderly people in these institutions. Thus, the objective was to describe the factors that lead the elderly to institutionalization. This is an integrative review, referring to factors associated with the inclusion of elderly people in ILPI. A search was carried out on the Virtual Health Library (VHL) portal, which integrates all other bases, using the following Health Science Descriptors (DeCS): elderly, institutionalization, Long-stay Institution for the Elderly (ILPI). The junction of the descriptors took place through the crossings, using the boleando AND. An increase in the elderly population was evidenced, as well as an increase in institutionalized elderly people. Although it seems a logical consequence, other factors induced this increase. In this sense, it is concluded. With the increase in life expectancy and, consequently, the increase in the elderly population in the world, aging causes great concern in the family sphere, since the family structure changes and care for the elderly becomes more difficult. In this way, ILPIs become an alternative to welcome these individuals who do not have the support to live the aging process in the family environment.

KEY-WORDS: Elderly. Institutionalization. Homes for the Aged.

INTRODUÇÃO

O progresso do envelhecimento faz parte do ciclo biológico e é caracterizado por mudanças de ordem social, física, psicológica e cultural, que atinge cada ser humano de um modo individual (ABREU et al., 2017). A realidade atual em todos os países vem mudando de forma abrupta quando o assunto é população idosa. O número de idosos tem aumentado de forma veloz, e esse crescimento se nota através das modificações na estrutura etária (LIMA et al., 2016).

Na atualidade o progresso do envelhecimento se tornou perceptível por conta do aumento expressivo da população idosa em todo o mundo, em 2020, pela primeira vez na história o número de idosos será maior que o número de crianças de até seis anos. Em países como Japão, Alemanha e Itália, o esperado é que a quantidade de idosos chegue a 40% da população até o ano de 2050 (OLIVEIRA, 2010).

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE (2018), a população brasileira apresentou um aumento de 4,8 milhões de idosos entre os anos de 2012 e 2017, ultrapassando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Esse crescimento corresponde a 18% desse grupo etário. Sendo que as mulheres são maioria significativa com 16,9 milhões (56% dos idosos), já os homens são 13,3 milhões (44% do grupo).

Em decorrência do aumento do número de idosos e das doenças e agravos crônicos não transmissíveis, nota-se o aumento significativo da demanda por Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). De acordo com Güths et al. (2017) as ILPIs são instituições com aspecto residencial, podendo ser governamental ou não, que oferecem moradia coletiva para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, independente da sua condição pessoal.

A ILPI tem responsabilidade de proteger e cuidar, ainda assim é vista como "depósito de velhos" e um lugar para morrer. Por isso é fundamental observar os idosos que passaram a residir neste local, visto que esses idosos sofrerão um ajuste nesse novo ambiente, podendo assim manifestar desinteresse e desânimo a institucionalização (ABREU et al., 2017).

É crescente o número de idosos que residem em ILPI. Existe uma série de fatores que podem influenciar a família a procurar tais instituições, como por exemplo, a falta de recursos financeiros para contratação de profissionais especializados que prestem devida assistência em seu domicílio ou por não possuírem habilidades necessárias para prestarem os cuidados específicos que a situação requer (JOSINO et al., 2015). Segundo Lini et al. (2016) constatou-se que os fatores que mais induziram a institucionalização da pessoa idosa foi a ausência de cônjuge, não ter filhos, apresentar comprometimento cognitivo e dependência para atividades básicas da vida diária.

A motivação para desenvolver o presente estudo surgiu da interação com pessoas idosas institucionalizadas, onde o autor pode perceber que os idosos são considerados improdutivos pela família e sociedade, e desta forma acabam passando por inúmeras situações de descaso e abandono.

Diante o exposto, os familiares e os profissionais de saúde precisam compreender as causas que motivam a institucionalização, só assim conseguirão entender se a institucionalização é realmente indicada (LINI, PORTELLA & DORING 2016). Portanto, a questão norteadora desse estudo foi: quais os fatores que levam os idosos à institucionalização? E objetivou descrever os fatores que levam os idosos à institucionalização.

Este estudo torna-se importante visto que, pode oferecer elementos aos profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros. Possibilitando traçar estratégias de como lidar com idosos institucionalizados, e desta forma acolher, preservar e incentivar a autonomia e a independência. Como também para o mundo acadêmico para que possam ter conhecimento da atual situação do idoso em nossa sociedade (OLIVEIRA & ROZENDO, 2014).

REFERENCIAL TEÓRICO

A princípio, é importante esclarecer que nos dias atuais, essas organizações que promovem o cuidado a pessoa idosa são conhecidas como ILPI, denominação legitimada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), substituindo assim o nome

asilo, abrigo e casa de repouso. Tendo como objetivo acabar com a visão negativa de asilo predominante por muitos anos na sociedade. Definem-se como organizações que visa oferecer um atendimento integral ao idoso, em situação que não possam contar com familiares ou domiciliares para sua estadia (MARKARIAN et al., 2015)

As ILPI's surgem, conforme pontuam Abreu; Fernandes; Sousa (2017), com o papel de facilitar o acesso a serviços de saúde e segurança na velhice, tornando-se algo importante e fundamental na vida dos idosos, sobretudo para aqueles que precisam de assistência por demonstrar problemas de saúde, da mesma maneira para os que apresentam dificuldade em acessar esses serviços fora da instituição, sendo uma das principais causas que motivam os idosos a optarem por residir em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Para Bessa et al. (2012), ainda assim, é necessária a atenção para o processo da institucionalização, uma vez que os idosos passaram a contar com um auxílio profissional, para cuidar de sua saúde, específico deste cenário, onde sua vida será modificada, pois viverão a partir de normas e condutas definidas pela dinâmica institucional, em lugares que seguem uma rotina cheia de normas e horários estabelecidos, sem muita flexibilidade de decidir uma rotina autônoma, assim essa nova realidade implica fatores positivos e negativos.

Quando os idosos são direcionados a viver em uma ILPI, que em geral já estão lotadas, eles ficam afastados do círculo familiar, e passarão a conviver com estranhos, muitas vezes isolados da atualidade, desta forma correm o risco de solidão e desprazer com a vida, além de vivenciar uma situação de profundo abandono, dependência e inutilidade, com isso gera diversos problemas a saúde como o aparecimento da depressão (SILVA et al., 2015).

Diante disso, torna-se necessário investigar quais os fatores que levam os idosos à institucionalização. Os fatores que levam à institucionalização do idoso incluem as dificuldades das famílias em acolhê-los por falta de espaço, recursos, dificuldades de encontrar um cuidador abandono pela família, violência, perdas de entes queridos e opção do próprio idoso por se achar um entrave para a família (CARLI et al., 2012).

Lopes et al. (2018) acentuam como fator principal vontade própria. Onde pode ser observado que os idosos estão deixando de lado seus preconceitos e discriminações para vivenciar outra vida, apesar dos problemas que enfrentarão em um novo ambiente. Por outro lado pode ser resultado dos laços familiares fragilizados, sensação de abandono, sentimento de fardo para seus parentes. Os idosos que se destacaram foram os do sexo masculino, viúvo, solteiros e que moravam sozinhos.

Outro fator identificado foi maus-tratos contra o idoso. Observou-se que na maioria das vezes o idoso vitimizado nega ter sofrido violência, em especial a psicológica, considerando a forma como vivia antes totalmente normal. Nota-se que na maior parte essas idosas nasceram em uma sociedade machista e preconceituosa, onde o homem era autoritário e a mulher submissa (LOPES et al., 2018).

Um dos fatores citados por Oliveira e Rozendo (2014) é a reestruturação da família, isso porque os cuidados com os idosos eram realizados, sobretudo pelas mulheres, sua inserção cada vez maior no mercado de trabalho faz com que os idosos não tenham a assistência adequada em seu convívio domiciliar. Diante das mudanças, o cuidado que costumava ser dos parentes passou a ser responsabilidade de outra opção não familiar, aumentando, assim, a demanda das ILPI's.

No estudo de Duca et al. (2012) destacou-se predominância do sexo feminino. Essa constatação pode ser resultante de diversos fatores como, o cuidado que a mulher tem com sua saúde, buscando os serviços de saúde com maior frequência, como também menor exposição ao consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, riscos ocupacionais já que antigamente o homem tinha o papel de ir para o mercado de trabalho, enquanto as mulheres tinha a função de cuidar do lar.

Oliveira e Rozendo. (2014) citam, além de conflitos familiares, o aumento do número de idosos e da longevidade da população, as dificuldades sociais e econômicas que os idosos e suas famílias enfrentam e que podem ser superadas em ILPI's financiadas pelo Estado. Carmo et al. (2012), por sua vez, relatam que os motivos que levaram os idosos à institucionalização foi por terem ficados sozinhos, sem família e o restante pelo fato financeiro e por doenças.

Outro fator também identificado é o baixo nível de escolaridade. Isso pode ser explicado pela pouca valorização que o estudo tinha na época da infância desses idosos. A educação não era prioridade, principalmente para as mulheres, o que reflete no baixo índice de instruções encontrado entre os idosos institucionalizados (CARMO et al., 2012).

Corroborando com essa conclusão, Duca et al. (2012), afirmam que a baixa escolaridade acarreta problemas mentais, maior carga de DCNT e maior fragilidade, já que, está relacionada a desfechos negativos à saúde. Por outro lado, o acesso à educação, pode facilitar a entrada dos idosos aos programas de promoção à saúde.

Contatou-se que muitos idosos são institucionalizados vítimas de abandono ou por serem moradores de rua. Caracterizados como indivíduos oriundos de classe social econômica baixa, sem família e sem escolaridade. Além disso, existe aquele que alcançam a velhice e perdem as forças de enfrentar a vida sozinho e necessitam de uma assistência e ninguém proporciona, já que, na vida adulta foram negligentes e violentos com seus filhos e parceiros. Em contrapartida há os que dedicaram suas vidas as famílias, ainda assim, sofre ou sofreram violência .(LOPES et al., 2017).

Lini et al. (2016), apontou que as instituições recebem, idosos que apresentam dependências em suas atividades básicas da vida diária e comprometimento cognitivo, podendo ainda somar fatores como, viuvez e não ter filhos, além de vivenciarem realidades totalmente distintas no pré e pós institucionalização.

Duca et al. (2012) apontam que o envelhecimento populacional está ligado a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como a diminuição e a perda da capacidade que impactam diretamente a qualidade de vida, o que faz com que a família, que nem sempre está preparada para prestar o cuidado necessário, opte pela institucionalização.

Lini et al. (2016) salientam que a doença de Alzheimer, doença de Parkinson, outras demências não específicas e sequelas motoras de Acidente Vascular Cerebral (AVC), são as principais doenças e complicações que inicialmente está relacionada a institucionalização. A institucionalização praticamente triplica quando associada à capacidade funcional.

Oliveira e Rozendo (2014) pontuam que as ILPI's para os idoso está associada ao cuidado e apontam três pontos do que este lugar representam para eles. A princípio os idosos entendem a institucionalização como um lugar que atende suas necessidades básicas atendidas, posteriormente, como um fator positivo para o acesso aos serviços de saúde e por fim, eles relacionam a um lugar para envelhecer e morrer.

Alguns familiares afirmam não ter condições para promover o apoio na velhice, um tempo para dar atenção, cuidar, dialogar, como também suporte financeiro. No entanto, esse desligamento da família, a mudança de ambiente e do meio social, acarreta solidão no idoso institucionalizado, o que provoca um sentimento de perda de identidade. Na ILPI o passado do idoso não tem significado, é como se todos estivesse na mesma situação (DUCA et al., 2012).

As políticas públicas do Brasil determinam que a família, a comunidade e o Estado têm o dever de participar dos cuidados da pessoa idosa, garantindo aos mesmos o direito a sociabilidade, conforto, saúde, autonomia e dignidade, favorecendo assim uma condição de vida ativa e saudável (ALVES et al., 2017).

No contexto do envelhecimento da população brasileira, a ILPI ocupa um espaço necessário na atenção à pessoa idosa, apesar de existir insatisfação em relação a sua estrutura e organização (FAGUNDES et al., 2017). Conclui-se que as ILPI's constituem aspectos positivos, pois oferecem apoio referente às necessidades dos idosos e condições de segurança. E negativamente, por que fica evidenciado o afastamento e a perda da estrutura familiar, que é incapacitada de dar amparo às necessidades dos idosos (CARLI et al., 2012).

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão integrativa, referente aos fatores associados à inserção de idosos em ILPI. Esta abordagem metodológica permite a exploração da literatura de forma ampla e sistemática, possibilitando a divulgação dos dados científicos elaborados por outros autores (NETO et al., 2016).

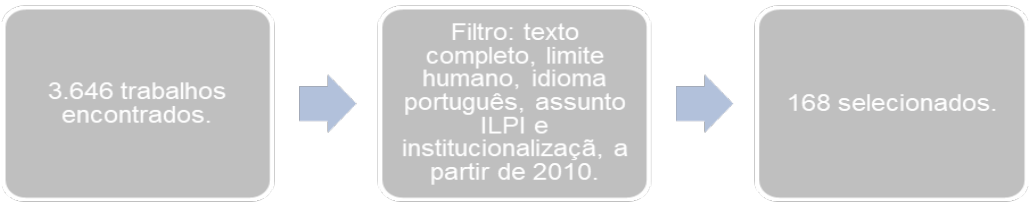
A revisão integrativa é composta pelas seguintes etapas: identificação do tema e seleção da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão de estudos; identificação dos estudos nas bases científicas; análise crítica dos achados e avaliação dos estudos selecionados; categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa (BOTELHO, CUNHA & MACEDO, 2011).

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que integra todas as outras bases, utilizando os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): idoso, institucionalização, Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A junção das dos descritores se deu através dos cruzamentos, utilizando o boleando AND. Sendo: Idoso AND Institucionalização, Idoso AND ILPI, Institucionalização AND ILPI.

Para seleção dos estudos, utilizaram-se os seguintes critério primários: estudos disponíveis na íntegra, no idioma português, publicados no período de 2010 a 2019, obedecendo ao limite humano e assuntos institucionalização e ILPI.

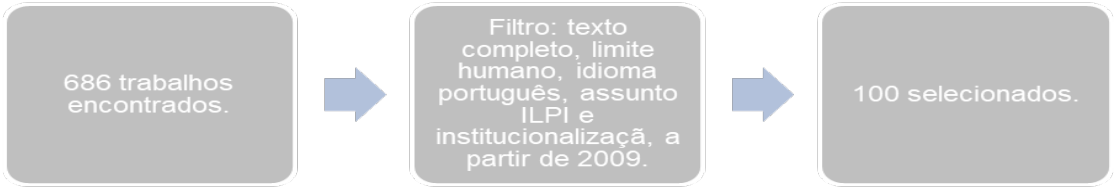
Definiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos com temas correspondentes ao objetivo do presente estudo. Foram excluídos artigos não originais e duplicados, textos que não disponibiliza o resumo de verificação e aqueles que não eram pertinentes ao tema da pesquisa.

Na seleção inicial buscou-se todas as publicações em português referentes ao cruzamento Idoso AND Institucionalização, sendo encontrados 3.646 artigos, após filtrar foram selecionados 168 artigos.



No cruzamento Idoso AND ILPI, foram encontrados 12.359 artigos, após filtrar foram selecionados 313 artigos.

No cruzamento Institucionalização AND ILPI, foram encontrados 686 artigos, após filtrar foram selecionados 100 artigos.



Após essa busca totalizou-se 581 artigos para análise e seleção final. Foi realizada como estratégia para seleção, a leitura do título e resumo. Quando a leitura do título e resumo não era suficiente, realizava-se a leitura na íntegra da publicação. Posteriormente, foram excluídos 575 artigos que não respondiam ao tema da pesquisa ou não respondiam ao objetivo do estudo. E por fim, após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão estabeleceu-se uma amostra de 6 artigos, sendo encontrados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem).

CONCLUSÃO

Com o aumento da expectativa de vida e, consequentemente, aumento da população idosa no mundo, o envelhecimento ocasiona grande preocupação na esfera familiar, uma vez que, a estrutura familiar vai se modificando torna-se mais difícil a atenção ao idoso. Desse modo, as ILPI's se tornam uma alternativa para acolher esses indivíduos que não tem suporte para viver o processo de envelhecimento no ambiente familiar.

É evidente a falta de preparo por parte dos familiares em saber lidar com as dificuldades recorrentes do envelhecimento, existem diferentes motivos, dentre eles a falta de capacidade para prestar uma assistência adequada, falta de tempo, problemas financeiros e fragilidade familiar.

É interessante que os familiares tenham a consciência que por mais difícil que seja cuidar do idoso, eles tentem à institucionalização em último caso, não que as ILPI's sejam um lugar impróprio, mas pelo fato de que o seio da família é sempre o melhor lugar, onde o idoso encontra sua base afetiva e social.

Pode-se perceber que são diversos os fatores que levam os idosos à institucionalização, desde vontade própria até por determinação dos familiares. Entretanto, um ponto a ser debatido é a busca pela autonomia dos idosos, que através de uma política de promoção a saúde pode ser ofertada por uma ILPI.

Quanto às rotinas, a literatura revela que as ILPI's apresentam-se como um lugar ambíguo e que não propiciam ao idoso experiências novas, assim como a valorização das antigas vivências e habilidades adquiridas o que pressupõe o envelhecimento como uma etapa na qual não ocorre o desenvolvimento ou aprendizado.

A atuação do enfermeiro no cuidado com o idoso torna-se imprescindível, pois permite um tratamento humanizado, facilitando dessa forma a melhora da qualidade de vida desse idoso, proporcionando uma assistência adequada e melhoria nas condições de vida da população idosa que tende a aumentar a cada ano, e que exige políticas públicas de assistência médica, lazer e socialização.

Contudo, os resultados desta pesquisa trazem discussões importantes quanto aos fatores que levam os idosos à institucionalização e indicam a necessidade de investimentos governamentais e estratégias de ação que garantam melhorias na promoção à saúde, prevenção de doenças e na infraestrutura das ILPI's.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ABREU, Thaynara Alves et al. Reflexões acerca dos Impactos Psicossociais da Institucionalização de Idosos no Brasil**. Revista Kairós Gerotologia**, v.20,n.2, p.333-352, 2017.

ALVES, Manuela Bastos et al. Instituição de longa permanência para idosos: aspectos físicos-estruturais e organizacionais. **Escola Anna Nery**, v.21, n.4, p. e20160337, 2017.

BESSA, Maria Eliana Peixoto et al. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. São Paulo, SP: **Acta paul. Enferm**, v.5, n.2, p.177-182, 2012.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; DE ALMEIDA CUNHA, Cristiano Castro; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

CARLI, Larissa et al. Sentimentos e percepções de idosos residentes em uma instituição asilar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 2, p. 2868-2877, 2012.

CARMO, Hércules de Oliveira et al. Institucionalização: por que me trouxeram pra cá?. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 191-201, 2012.

DUCA, Giovâni Firpo Del et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles**. Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 147-153, 2012.

FAGUNDES, Karolina Vitorelli Diniz Lima et al. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. **Revista de Salud Pública,** v. 19, p. 210-214, 2017.

GÜTHS, Jucélia Fátima da Silva et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, p. 175-185, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados sobre População do Brasil,** PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 2018.

JOSINO, Jeanne Batista et al. Análise do estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 3, p. 351-360, 2015.

LIMA, Ana Priscila Marques et al. Qualidade de vida sob a óptica da pessoa idosa institucionalizada. **Revista Brasileira em promoção da Saúde,** v. 29, n. 1, p. 14-19, 2016.

LINI, Ezequiel Vitório; PORTELLA, Marilene Rodrigues; DORING, Marlene. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, p. 1004-1014, 2016.

LOPES, Valderina Moura et al. O que levou os idosos à institucionalização?. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2428-2435, 2018.

MARKARIAN, Fabiana de Jesus Paulo et al. Instituições de Longa Permanência para Idosos como espaço socioeducacional: desafios e perspectivas. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 361-376, 2015.

OLIVEIRA, Janine Melo de; ROZENDO, Célia Alves. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 773-779, 2014..

OLIVEIRA, Raphael Gonçalves de et al. Características pessoais e participação em bailes numa instituição de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 12, p. 295-301, 2010.

SILVA, Juliana Rodrigues et al.. Cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado e deprimido. **Anais CIEH** – Vol. 2, N.1, 2015. ISSN 2318-0854.

CAPÍTULO 14

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Girlane dos Santos Silva[1];

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4536068292420225

Randson Souza Rosa[2];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Naisla Santos Souza[3];

Centro Universitário (UniFG), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/5321987127134083

Delmo de Carvalho Alencar[4];

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

http://lattes.cnpq.br/7139193111298241

Bruno Gonçalves de Oliveira[5];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane dos Santos Bomfim[6];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

Cristian Lucas dos Santos Bezerra[7];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/9093131597994229

Diego Pires Cruz[8];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/3221841038367886

Ione Fogaça De Santana[9];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0960676901023269

Juliana Graziela dos santos Vieira[10];

Faculdade Uninassau (UNINASSAU) Vitória da Conquista, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/6080209427479712

André Santos Freitas[11];

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7809891306867174

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[12].

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

RESUMO: Pouco têm se discutido com relação a sexualidade dos idosos, devido sua complexidade, pois, muitos ainda tabus permeiam a temática, requerendo a necessidade de entendimento, e contextualização correta da temática. Assim, objetivou-se identificar na literatura os aspectos gerais abordados na sexualidade do idoso e as medidas de prevenção de IST na terceira idade. Foi realizada uma revisão bibliográfica de literatura englobando artigos publicados entre os anos de 2007 a 2019, utilizando os seguintes Descritores Envelhecimento AND Idoso, Doenças Sexualmente Transmissíveis AND Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis AND Idoso. A partir do objetivo do estudo, critérios de inclusão e exclusão, a amostra final correspondeu a 18 artigos. Evidenciou-se que a sexualidade na terceira idade é permeada de preconceitos e tabus, tornando esses indivíduos vulneráveis as Infecções Sexualmente Transmissíveis. Conclui-se que apesar da sexualidade está presente em todas as fases da vida ela é tratada na senilidade como inexistente, deixando o idoso vulnerável, trazendo à tona o papel primordial do enfermeiro que é o cuidado a fim de orientar os idosos na sua vivência da sexualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Sexualidade.

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AND SEXUALITY IN OLD AGE

ABSTRACT: Little has been discussed in relation to the sexuality of the elderly, due to its complexity, since many taboos still permeate the theme, requiring the need for understanding and correct contextualization of the theme. Thus, the objective was to identify in the literature the general aspects addressed in the sexuality of the elderly and the STI prevention measures in the elderly. A literature review was carried out encompassing articles published between the years 2007 to 2019, using the following Descriptors Aging AND Elderly, Sexually Transmitted Diseases AND Sexuality and Sexually Transmitted Diseases AND Elderly. Based on the study objective, inclusion and exclusion criteria, the final sample consisted of 18 articles. It

was evidenced that sexuality in the elderly is permeated by prejudices and taboos, making these individuals vulnerable to Sexually Transmitted Infections. It is concluded that although sexuality is present at all stages of life, it is treated in senility as non-existent, leaving the elderly vulnerable, bringing to the fore the primary role of the nurse, which is care in order to guide the elderly in their experience of life and sexuality.

KEY-WORDS: Elderly. Sexually Transmitted Diseases. Sexuality.

INTRODUÇÃO

Segundo o Estatuto do Idoso Brasileiro (Lei nº 10.471/2003) são consideradas pessoas idosas as que têm 60 anos ou mais. O Estatuto assegura a proteção à vida e a saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (BRASIL, 2003).

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, estudos evidenciam que em 2050, estima-se 2 bilhões de idosos no mundo, devido ao aumento da expectativa de vida e a queda da mortalidade na população nas últimas décadas, tendo uma visível melhora na qualidade de vida. (OMS, 2014).

Diante desta mudança epidemiológica o ato de envelhecer é um processo natural que atinge todos os seres humanos, independentemente da busca pela juventude eterna. Considerado um processo de alteração caracterizado fisiologicamente por alterações físicas, psicológicas, sociais e ambientais, ocorrendo de forma diferente, dependendo das situações econômicas e sociais do indivíduo. (TEIXEIRA et al.,2012). Mas, quando a questão é sexualidade nesse período da vida apesar de a sociedade encarar como nula a sexualidade no idoso, ela existe e precisa ser desmistificada através do esclarecimento e da quebra de preconceitos. (THEIS GOUVEIA, 2019).

Discutir sexualidade humana é de certa forma complicada, pois, ainda muitos tabus permeiam a temática, requerendo a necessidade de entendimento, e contextualização correta da temática. De acordo com Amaral (2007), pode designar o gênero feminino e masculino para uma distinção biológica entre homens e mulheres, mas, também pode referir-se a qualquer atividade que nos proporcione sensação de prazer no corpo ou nos órgãos genitais no ato sexual em si, ou seja, manter relação sexual. O termo sexualidade começou a ser abordado a partir do século XIX de forma mais frequente mostrando que a identidade das pessoas está ligada a ela.

Para Nascimento et al. (2015), os idosos ao contrário do que pensam, sentem desejos sexuais, após as facilidades da vida moderna, o desenvolvimento de fármacos que melhoram o desempenho sexual, próteses penianas, reposição hormonal esses avanços os tornaram cada vez mais ativos.

De acordo com o Ministério da saúde (2011), a abordagem do tema sexualidade está em evidência pelo aumento do índice de idosos que contraíram alguma infecção sexualmente transmissível nos últimos anos. A problemática do envelhecimento e IST no Brasil é uma questão cultural onde grande parte da sociedade tenta negar a sexualidade do idoso, assim o preconceito do sexo na velhice é adotado por se acreditar que a prática do ato sexual é exclusividade para pessoas jovens.

Contudo, as práticas sexuais inseguras sem o uso do preservativo tornam os idosos mais vulneráveis a contaminar-se com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como a sífilis, clamídia, gonorreia e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (LAROQUE, 2011). Sendo consideradas um problema de saúde pública e estão entre as patologias transmissíveis mais comuns, são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos transmitidos, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal), com uma pessoa que esteja infectada podendo ou não apresentar sintomas. (BRASIL, 2020).

Assim, esta pesquisa justifica-se pelo aumento dos números de idosos acometidos por infecções sexuais nesta fase da vida, trazendo a importância da discussão sobre como orientar e prevenir estes indivíduos possibilitando que o envelhecimento seja com conforto e segurança. Dessa maneira esse estudo teve como objetivo analisar os aspectos gerais abordados na sexualidade do idoso e as medidas de prevenção das Ist na terceira idade, considerando conhecer a percepção dos autores em relação à sexualidade e Ist, evidenciando como ocorrem as ações de enfermagem direcionadas a orientação e prevenção.

É importante enfatizar que essa pesquisa visa contribuir para área de enfermagem a melhorar o atendimento em relação à sexualidade do idoso na orientação e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis fazendo com que esses idosos sintam-se acolhidos e respeitados. Como também servir de referência para estudo científico em saúde, pois, mesmo com os avanços e as novas políticas públicas, ainda são poucos os estudos referentes a temática nesta população.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi dividido em duas categorias, para uma melhor compreensão do estudo para o leitor: 1) Sexualidade na terceira idade: mitos e tabus; 2) A vulnerabilidade da pessoa idosa diante das IST. Estes são os subtemas discutidos abaixo.

1) SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: MITOS E TABUS.

A sexualidade do idoso é um assunto cercado de preconceitos perante a sociedade e entre os próprios idosos que convivem com mitos e tabus (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007). Em concordância com o tema abordado, Nascimento et al. (2015) relata que esses estereótipos preconceituosos e irreais, levam os idosos à condições de pessoas assexuadas e consequentemente, representando um tabu, influenciando negativamente na

sua qualidade de vida.

Nesse contexto algumas pessoas não aceitam que essa faixa etária mantenha a sua sexualidade ativa e esquecem que o sexo vai além da genitalidade, envolve afeto, essencial para o ser humano em geral. Apesar de todas as modificações biológicas e psicológicas as pessoas desenvolvem uma nova forma de amar e se conectar em cada idade (NASCIMENTO et al., 2015).

Para Uchôa et al. (2016) e Rocha et al. (2011) em suas respectivas pesquisas, afirmam que envelhecer não significa torna-se assexuado, é apenas uma etapa da vida e que a idade não elimina a necessidade , o desejo, nem a capacidade de desfrutar de um relacionamento sexual.

Segundo Soares et al. (2019) para muitos, a definição de sexo e de sexualidade não é clara, o que as leva a serem confundidas ou mesmo entendidas somente como o ato sexual em si. Entretanto ela transpassa barreiras, pois, envolve afetividade, o toque, o beijo, e diferentes estímulos que o individuo recebe ao se relacionar com o outro. Assim pode ser exercida de maneira saudável, sendo algo muito prazeroso para os idosos, da mesma forma que é para pessoas mais jovens (TEIXEIRA et al., 2012).

Apesar disso os conceitos sociais equivocados acerca da pessoa idosa e sua sexualidade torna esses indivíduos cada vez mais expostos à situação de vulnerabilidade. (THEIS E GOUVÊA, 2019). Muitos desses idosos foram educados de formas repressora, logo não tinham conhecimento suficiente sobre o tema, desta forma não obtiveram educação sexual afirmam os autores Frugoli & Magalhães (2017).

O estudo de Soares et al. (2019) relata que a moral religiosa é um dos fortes fatores que contribuem para a manutenção destes mitos e tabus passados de geração em geração, um assunto cercado de proibições, vergonha e inibição contribuindo assim para um olhar preconceituoso interferindo na vida sexual do idoso. Resultando na ausência de conhecimento dos entrevistados da maioria dos estudos.

2) A VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA DIANTE DAS IST.

A população mundial está envelhecendo rapidamente. Os avanços da medicina e da tecnologia associados às melhores condições de vida, propiciaram um aumento nas taxas de envelhecimento populacional, ou seja, atualmente as pessoas vivem mais e melhor, com isso, viu-se também um prolongamento da vida sexual desse público (BURIGO et al., 2015).

Para Laroque (2011), o aumento da longevidade e as facilidades da vida moderna, facilitam os idosos a redescobrir experiências, como o sexo. Nesse sentido Andrade et al. (2010) observa que as práticas sexuais sem proteção, tornam os idosos mais vulneráveis ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como Sífilis, Hepatites, Clamídia e Gonorreia. Diante desse fato, a educação sexual

para o público idoso se fez mais importante.

A dificuldade dos profissionais de saúde e dos próprios idosos em abordar a sexualidade são tratadas com pouca atenção, já que o conhecimento e o comportamento em relação às Ist geralmente estão focadas em outros grupos específicos como os jovens. (LAROQUE et al., 2011).

Os autores discutem que os profissionais tendem a considerar idosos assexuados e, como tal, sem possibilidade de terem IST, dispensando a abordagem preventiva. Muito embora, na maioria das vezes, esse grupo etário se encontre excluídos de estratégias de prevenção e promoção da saúde pelos próprios profissionais da área que, erroneamente, intuem que as pessoas idosas possuem uma vida sexual inativa. Sendo importante inserir os idosos nas campanhas de prevenção da AIDS e Ist, que tem sempre como foco o jovem, logo é necessário conscientizar os profissionais de saúde que os idosos também fazem sexo, e igual a outras faixas etárias estão vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis. (MASCHIO et al.,2011; LAROQUE et al, 2011; PAULINO et al.,2014).

É observável que os fatores de riscos para transmissão e contaminação de IST vêm aumentando e conforme Andrade et al. (2017) no Brasil não existem dados de amplitude nacional sobre a prevalência de IST em geral e entre idosos, em particular , dado que muitas delas não têm notificação compulsória, dificultando a visibilidade do problema. Em concordância Maschio et al. (2011) acrescentam que muitas dessas pessoas acometidas por Ist procuram por tratamentos em farmácias, contribuindo desta forma para um percentual abaixo da estimativa.

O estudo de Laroque et al.(2011) relatam que grande parte desses idosos ativos sexualmente não utilizam a camisinha como forma de proteção pelos motivos, de carência de conhecimento, acerca da doença, fatores culturais, sociais, econômicos e educativos, a omissão da família e dos profissionais de saúde em abordar a temática.

Muitos idosos abatem-se com preconceitos vindos de suas famílias, muitas delas chocam-se com a ideia de que estes ainda sentem prazeres, trocam carícias e cometem o ato sexual, ridicularizando-os e fazendo com que este desejo adormeça entre eles, (SANTANA et al., 2014). Desta forma sem o apoio familiar e a ausência de orientações sobre o sexo protegido esses indivíduos são acometidos com as infecções sexualmente transmissíveis, sobretudo, é causa de grande sofrimento, isolamento e solidão ao idoso, principalmente porque a discriminação é maior por parte dos familiares e pessoas próximas. (GUEDES et al., 2019).

Conforme Jesus et al. (2016) cabe os profissionais de saúde, especialmente ao enfermeiro promover educação em saúde permanente visando à orientação, promoção da saúde e prevenção das IST. Desmistificando os tabus e preconceitos que foram permeados ao longo das gerações, fazendo com que esses idosos possam viver sua sexualidade de maneira plena e segura.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo tipo qualitativo, de Revisão Bibliográfica, relativa à Infecção Sexualmente Transmissível e sexualidade na terceira idade. Gil (2010, p.29) conceitua pesquisa bibliográfica da seguinte forma é elaborada com base em material já publicado. Tradicionalmente, esta modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos.

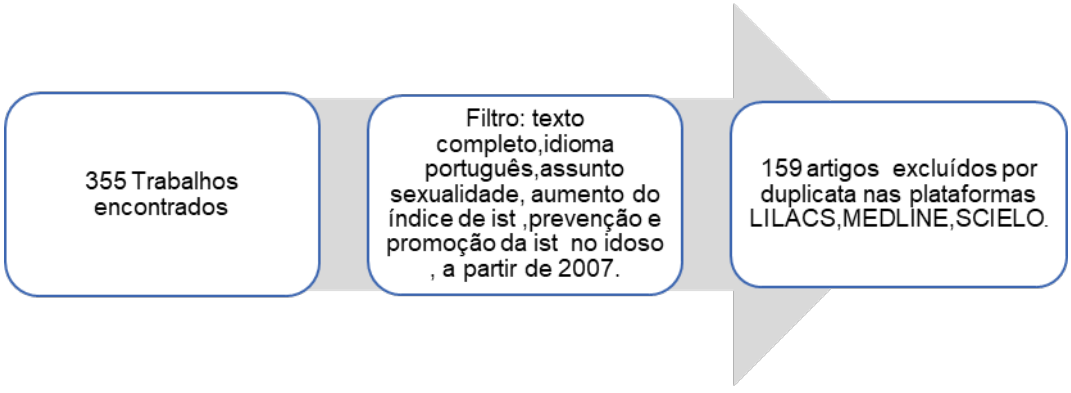
O portal de dados selecionado para a busca foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que permite uma busca simultânea em outras bases. Os descritores utilizados foram buscados no DeCS – (Descritores de Ciência da Saúde): Envelhecimento, Idoso, Doenças Sexualmente Transmissíveis e sexualidade, utilizando o operador booleano "AND", sendo associaados da seguinte forma: Envelhecimento "AND" Idoso, Doenças Sexualmente Transmissíveis "AND" Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis "AND" Idoso.

Foram selecionados estudos disponíveis na íntegra, idioma português, publicados no período de 2007 a 2019, com recorte temporal ampliado para absorver maior número de publicações sobre a temática, uma vez que foi detectada escassez de publicações sobre Ist e sexualidade na terceira idade.

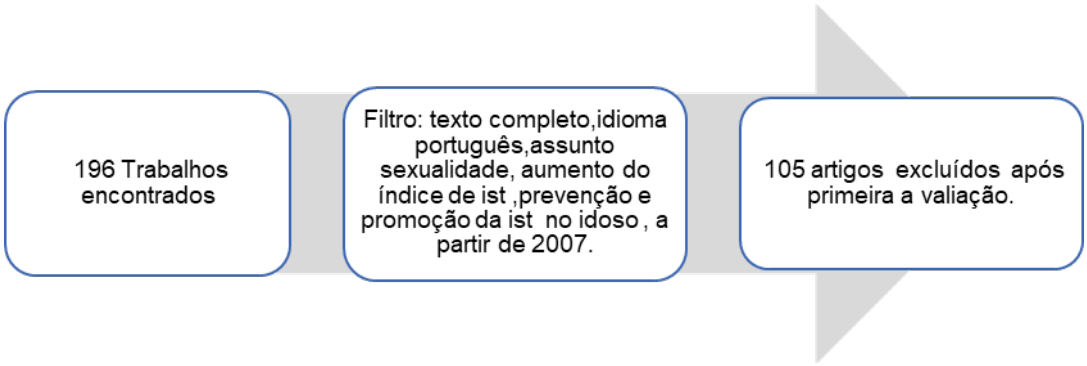
A inclusão de trabalhos seguiu os seguintes critérios: tratar de estudos originais que abordassem a sexualidade do idoso, o aumento índice de IST no idoso, promoção e prevenção de IST. Foram excluídos os estudos não disponibilizados na íntegra, por não possuírem relevância em relação aos objetivos da pesquisa.

Na seleção inicial buscou-se todas as publicações em português referentes ao cruzamento dos descritores, sendo encontrados 355 artigos, que após filtrados, foram selecionados 159 artigos encontrados nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO E GOOGLE ACADÊMICO. Além de livros, sites e publicações institucionais do Ministério da Saúde. (fluxograma 1).

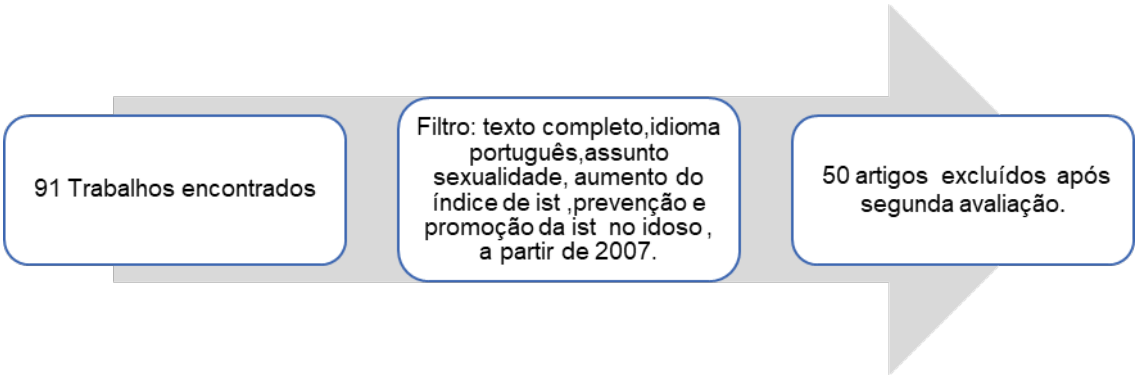
Fluxograma 1: Na seleção inicial buscou-se as publicações referentes ao cruzamento Envelhecimento AND Idoso. Foram encontrados 355. A partir disto foram excluídos 159 estudos.



No cruzamento Doença Sexualmente Transmissíveis AND sexualidade foram encontrados 196 artigos, após filtrar foram selecionados 105 artigos.



No cruzamento Doenças Sexualmente Transmissível AND Idoso foram selecionados 91 artigos.



Após essa busca foram selecionados no total 41 artigos sendo lidos na íntegra e fazendo a leitura analítica do conteúdo, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão em relação aos objetivos da pesquisa, sendo, portanto, a amostra final constituída por 18 artigos.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos artigos selecionados, fica evidente que o envelhecimento é um processo natural. E que existe o estigma que o idoso é um ser assexuado um consenso entre os autores que discorrem sobre o tema de não associar o público idoso a prática sexual, demonstrando a ausência de uma educação sexual efetiva da população com mais de 60 anos onde os expõe a riscos como as IST's.

A enfermagem neste sentido possui um papel primordial que é conciliar o cuidado com o paciente, aliando o seu conhecimento técnico no esclarecimento de dúvidas ainda que corriqueiras – a fim de orientar os idosos na ampliação de suas possibilidades na prática de sua sexualidade sem tantos mitos e tabus que os assombram ao longo de gerações mal informadas e preconceituosas. Por isso, este trabalho de pesquisa propõe suscitar novas possibilidades de ressignificação das literaturas vivenciadas dentro e fora do Brasil acerca da Sexualidade do idoso, assim como demonstrar as medidas de prevenção existentes no âmbito da saúde, propostas pelo ministério nacional.

Temos um grande abismo entre a realidade e a prática vivenciada dentro desse campo da sexualidade dos idosos e de como se realizam as práticas de prevenção de IST na terceira idade. Desta forma, há muito que se evoluir no campo da saúde pública para uma assistência holística a este seguimento populacional.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Vera Lúcia. **Sexualidade**. Natal, RN: EDUFRN, 2007.

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**. Rio de Janeiro v. 10, n. 1, p. 101-113, 2007.

ANDRADE,J. et al.. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis**. Acta Paul Enferm**, v.30, nº.1, p. 8-15, 2017.

ANDRADE, H., et al . Aids em idosos: vivências dos doentes. **Escola Anna Nery. Rev. Enferm**, v.14 n.4, p.712-719, 2010.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Diario Oficial Uniao. 3 out 2003; Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infecções Sexualmente Transmissíveis. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília,

2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS**-DST. Brasilia, 2011.

BRITO F.C E LITVOC, J. , **Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde**. São Paulo: Ed.Atheneu, 2004.

BURIGO, G.F. et al. Sexualidade e comportamento de idosos vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis. **CuidArte**, Enferm; Catanduva, v. 9, n. 2: 148-153, 2015.

FRUGOLI, A; MAGALHÃES, C.A.O. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v.15, nº. 1, p. 85-93, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo.Atlas, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil.** Brasília. DF, 2012**.**

GUEDES, L.K et al . Importância da abordagem da sexualidade na terceira idade. In: **VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, Campina Grande**, Anais VI CIEH, 2019. p.1-9.

JESUS, D. S. et al. Nível de conhecimento sobre DST's e a influência da sexualidade na vida integral da mulher idosa. **Rev. em foco**. v. 1, n. 25, 2016.

LAROQUE, M. et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/ AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm** [online].Porto Alegre, v.32, n.4, pp.774-780, 2011.

MASCHIO M.B.M, et al. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre),v.32,n°3,p. 583 -9,2011.

NASCIMENTO, H et al.. A sexualidade entre idosos e a vulnerabilidade frente as dst/hiv/ aids: revisão sistemática. In: **Congresso Internacional de Envelhecimento Humano,** Campina Grande, Anais CIEH, 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento Mundial**, 2014.

PASCUAL, Cosme**. A Sexualidade Do Idoso Vista Com Novo Olha**r. São Paulo: Ed.Loyola, 2019.

PAULINO, M.C.F.O. et al. Análise dos comportamentos sexuais de idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família**. Rev. Kairós**; v. 17, n. 4: 49-61, 2014.

ROCHA, F.C.V.et al. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: a visão de um grupo da terceira idade. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, V.3,n.5 (Ed.Supl.), p.63-69, 2011.

SANTANA, M. A. S. et al. Sexualidade na terceira idade: compreensão e percepção do idoso, família e sociedade. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações v.2, n. 1, p. 317-326, 2014.

THEIS, L.C; GOUVÊA, D.L. Percepção dos Idosos em Relação à Vida Sexual e as Infecções Sexualmente Transmissíveis na Terceira Idade. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, Curitiba; v.23, n.2 p.197-204, 2019.

UCHÔA, Y.S. et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro; vol.19, nº.6, p. 939-949, 2016.

CAPÍTULO 15

INTERCORRÊNCIAS APRESENTADAS POR INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Ana Crispina de Jesus Figueiredo[1];

Faculdade Metropolitana de Camaçari (FAMEC), Camaçari, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/5735220916773858

Randson Souza Rosa[2];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Geisa Silva Novais[3];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia

http://lattes.cnpq.br/7827604012335006

Raysa Messias Barreto de Souza[4];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0591839126294720

Vinicius Santos Barros[5];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB,) Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4356683102009597

Sávio Luiz Ferreira Moreira[6];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2688996011413839

Emille Santos Souza[7];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0076661885726725

Cristian Lucas dos Santos Bezerra[8];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/9093131597994229

Naisla Santos Souza[9];

Centro Universitário – UniFG, Guanambi, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/5321987127134083

André Santos Freitas[10];

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7809891306867174

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[11].

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

RESUMO: A Doença Renal Crônica (DRC) é a perda gradual e irreversível da função renal. Em sua fase mais avançada é definida como Insuficiência Renal Crônica (IRC), quando os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente. Assim, objetivou-se analisar as evidências cientificas acerca das principais intercorrências apresentadas por indivíduos em tratamento hemodialítico. Foi realizada uma revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa, pesquisadas nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde e Scientific Eletronic Library Online, produzidos nos períodos 2010 e 2018, utilizando-se as seguintes palavras-chave: “intercorrências”, “hemodiálise” e “enfermagem”. Foram selecionados 10 estudos após os critérios de inclusão. De acordo as análises teóricas possibilitaram a criação de uma categoria temática, na qual evidenciou a atuações do profissional de enfermagem diante as intercorrências apresentadas por indivíduos em tratamento hemodialítico diante das principais intercorrências. Os resultados mostraram que as principais complicações foram àquelas relacionadas ao sistema hemodinâmico, como, hematomas ao puncionar, hipotensão, cãibras, náuseas e vômitos, cefaleia, febre e calafrios, coágulo na agulha da fístula arteriovenosa (FAV), lesões no peritônio com os cateteres usados na diálise. Conclui-se que as estratégias desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem através do gerenciamento do cuidado clínico, e identificando as necessidades de cada paciente por meio do processo de enfermagem, sejam elas, compartilhadas com a equipe médica.

PALAVRAS-CHAVE: Intercorrências. Hemodiálise. Enfermagem.

INTERCURRENCES PRESENTED BY INDIVIDUALS UNDER HEMODIALYTIC TREATMENT

ABSTRACT: Chronic Kidney Disease (CKD) is the gradual and irreversible loss of kidney function. In its most advanced phase, it is defined as Chronic Renal Failure (CRF), when the kidneys cannot maintain the normality of the patient’s internal environment. Thus, the objective was to analyze the scientific evidence about the main complications presented by individuals undergoing hemodialysis. An integrative literature review was carried out with a qualitative approach, researched in the Virtual Health Library and Scientific Electronic Library

Online databases, produced in the periods 2010 and 2018, using the following keywords: “intercurrences”, “hemodialysis” and “nursing”. 10 studies were selected after the inclusion criteria. According to the theoretical analysis, it was possible to create a thematic category, in which it evidenced the actions of the nursing professional in the face of intercurrences presented by individuals undergoing hemodialysis in the face of the main intercurrences. The results showed that the main complications were those related to the hemodynamic system, such as hematomas when puncturing, hypotension, cramps, nausea and vomiting, headache, fever and chills, clot in the needle of the arteriovenous fistula (AVF), injuries to the peritoneum with catheters used in dialysis. It is concluded that the strategies developed by nursing professionals through the management of clinical care, and identifying the needs of each patient through the nursing process, whether they are shared with the medical team.

KEY-WORDS: Complications. Hemodialysis. Nursing.

INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. Assim, não é surpresa constatar que, com a queda progressiva do ritmo de filtração glomerular (RFG) observada na doença renal crônica (DRC) e consequente perda das funções regulatórias, excretoras e endócrinas, ocorre o comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos do organismo (LOPES, 2014).

A DRC é uma doença progressiva na qual o indivíduo se torna dependente de uma modalidade de tratamento dialítico, caracterizada por anormalidades estruturais do rim que podem levar à redução da função renal, diagnosticada por uma filtração glomerular quando atinge valores referentes que 60 ml/min/1,73 m2 durante um período de três meses ou mais (LOPES, 2014; COITINHO et al. 2015).

A DRC é considerada como um problema de saúde pública acomete milhões de pessoas e independem dos aspectos raciais e étnicos, apresentando uma elevada incidência, bem como altas taxas de morbidade e mortalidade. No Brasil, ocorreu aumento no número de usuários em tratamento dialítico, de acordos dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, somente no ano de no ano de 2013 havia 100 397 pacientes em diálise (COITINHO et al. 2015).

Outros estudos epidemiológicos sobre doença renal crônica no Brasil revelaram que o número de pacientes em programa de diálise aumentou significativamente nos últimos oito anos. Dados de 2009 constataram que havia aproximadamente 77.589 pacientes em diálise no Brasil e que a incidência de novos pacientes cresce 8% ao ano e que os gastos com programas de diálise e transplante renal situam-se em torno de R$ 1,4 bilhões ao ano (MARINHO et al., 2017).

A hemodiálise (HD) principalmente a convencional representa a terapia de substituição renal mais utilizada. É considerado um procedimento complexo, realizado em sessões de quatro horas, três vezes por semana e tem como objetivo além de substituir a função renal através de uma máquina que realizará a circulação extracorpórea, a busca em longo prazo, a redução das complicações, a diminuição de risco de mortalidade, a reintegração social e a melhoria da qualidade de vida do paciente (SANTANA, 2012).

Esse procedimento simula o processo fisiológico de filtração glomerular, baseado no mecanismo de difusão. Assim, os pacientes são conectados a uma máquina específica durante um período que pode chegar até quatro horas, numa frequência de três dias por semana (SANTANA, 2012).

As complicações que ocorrem durante a sessão de hemodiálise podem ser eventuais, mas algumas são extremamente graves e fatais. A hemodiálise busca a reversão não somente dos sintomas urêmicos, mas também a redução das complicações que são pertinentes ao próprio procedimento e a diminuição do risco de mortalidade. Por este motivo os profissionais de enfermagem devem estar sempre atualizados para promover um tratamento com segurança e qualidade ao paciente renal crônico (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

A insuficiência renal crônica e o tratamento hemodialítico, provocam uma sucessão de situações para o paciente renal crônico, que compromete não só aspectos físicos como psicológicos e sociais, com repercussão na vida pessoal e familiar, alterações da imagem corporal, dependência, perspectiva de uma morte potencial, restrições hídricas e interação social não só do paciente, como também da sua família, são exemplos de fatores que alteram a qualidade de vida destes pacientes (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

No tratamento hemodialítico têm sido evidenciados diversos estudos sobre as intercorrências e as complicações decorrentes do tratamento desses pacientes, como; hipotensão, cefaleia, dores lombar e torácica, hemorragias e convulsões, entre outros, evidenciando a necessidade de uma assistência em enfermagem concisa no processo de tratamento (DALLÉ; LUCENA, 2012).

O profissional de enfermagem é de grande importância na observação contínua dos pacientes durante a sessão, podendo ajudar a salvar muitas vidas e evitar muitas complicações ao fazer o diagnóstico precoce de tais intercorrências. O paciente deve ter total confiança nos profissionais prestativos, atenciosos e que estão sempre alerta para intervir quando necessário (FERMI, 2003).

Diante desse contexto, surgiu a seguinte pergunta norteadora: Quais as principais intercorrências apresentadas por indivíduos em tratamento hemodialítico? Sendo assim, essa pesquisa tem por objetivo analisar as evidências cientificas acerca das principais intercorrências apresentadas por indivíduos em tratamento hemodialítico.

Outrossim, esse trabalho visa ser importante para os profissionais de enfermagem e equipe médica, pois algumas intercorrências durante a hemodiálise podem passar despercebidas tanto para a equipe, quanto ao paciente, sendo algumas extremamente graves podendo levar a morte, por isso a importância da observação contínua durante a sessão que podem evitar as complicações, com o diagnóstico precoce da intercorrência, além de contribuir para a estabilidade do cliente, transmitindo segurança e confiança do trabalho profissional, tornando essas ações vitais para a garantia de da qualidade assistência prestada nesse processo seguro e eficaz.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa que busca através da literatura de embasamento teórico acerca de um dado tema. A revisão integrativa é a síntese de conhecimento e a incorporação de resultados de estudos significativos que podem ser aplicados à prática. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Foi realizado um levantamento da produção científica nas fontes de pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde e *Scientific Eletronic Library* Online, produzidos nos períodos 2010 a 2018. Foram utilizados nessa investigação as seguintes palavras chaves: “intercorrências” “hemodiálise” e “enfermagem”. Com base nesses termos foram feitos cruzamentos, utilizando os booleanos AND, resultando em uma busca abrangente e criteriosa do tema.

Foram considerados logo na seleção inicial, artigos publicados em português no período compreendido entre os anos 2010 e 2018. Foram excluídos os artigos que não abordaram o tema do estudo, fora do período definido, escritos em línguas estrangeiras.

Na seleção inicial dos artigos no portal de dados da BVS através das palavras-chaves intercorrências AND hemodiálise AND enfermagem foram encontrados 26 artigos. Após aplicação dos filtros de inclusão para artigos, no idioma português e no período temporal em até 18 anos de publicação, restaram 17 artigos.

Após essa busca foram selecionados de forma lidos na íntegra os 17 artigos, logo foram excluídos os artigos em duplicidade sendo selecionados 10 artigos para análise. A análise dos dados se deu pela leitura flutuante, que teve como objetivo obter as primeiras impressões acerca do material analisado. Na segunda etapa ocorreu a exploração do material. Na última etapa houve o tratamento e a interpretação dos resultados, na qual os dados analisados foram classificados em uma única categoria temática, sendo: principais intercorrências que acomete as pessoas em tratamento hemodialítico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quadro 1: Distribuição dos artigos de acordo com n°, tema, objetivo, desenho e conclusões.

N	TEMA	OBJETIVO	DESENHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	O papel da ecografia vascular no manejo das complicações associadas ao acesso venoso central para hemodiálise em pacientes oncológicos: relato de dois casos e revisão da literatura	Revisar documentação de casos de intercorrências relacionadas ao uso do cateter de curta permanência para hemodiálise.	Relata dois casos de intercorrências relacionadas ao uso do cateter de curta permanência para hemodiálise	A intervenção cirúrgica seria de alto risco devido ao prognóstico reservado dos doentes. A ultrassonografia vascular permitiu o monitoramento das situações clínicas e o emprego de terapêutica menos agressiva.
2	Intervenções de enfermagem frente às complicações em hemodiálise	Evidenciar na literatura científica as principais complicações que ocorrem durante a hemodiálise e as intervenções de enfermagem implementadas.	Revisão bibliográfica de abordagem narrativa	Evidenciaram-se as seguintes categorias de análise: Complicações durante a sessão de hemodiálise; Condutas tomadas pela equipe de enfermagem frente às complicações e Desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento às intercorrências durante as sessões de hemodiálise.
3	Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem	Identificar a prevalência de complicações durante a terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal aguda (IRA)	Estudo retrospectivo r	As complicações intradialíticas mais prevalentes nas sessões foram: hipotensão arterial, hipotermia e falta de fluxo no acesso vascular.
4	Principais complicações apresentadas durante a hemodiálise em pacientes críticos e propostas de intervenções de enfermagem	Identificar complicações apresentadas durante as sessões de hemodiálise em pacientes de uma terapia intensiva do Distrito Federal.	Estudo descritivo, quantitativo.	As principais complicações identificadas foram hipotensão, arritmias, hipoglicemia, coagulação do circuito extracorpóreo e hipotermia. Após a interpretação dos dados, foram elaboradas intervenções de enfermagem de acordo com Nursing Interventions Classification (NIC) de 2015.

5	A técnica de buttonhole em pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico	Avaliar a execução da técnica de Buttonhole durante as sessões de hemodiálise em um serviço em Natal/RN-BR.	Trata-se de estudo descritivo, exploratório e observacional,	As intercorrências diretas e indiretas do botão foram mais frequentes no sexo masculino, prevalecendo calafrios, tremores, infecção do botão e sangramento do acesso.
6	Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos	Identificar as intercorrências clínicas e avaliar a percepção de saúde geral de pacientes renais crônicos em hemodiálise.	Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa.	As intercorrências que ocorreram com mais frequência durante a hemodiálise foram: fraqueza, câimbra e hipotensão arterial. Quanto à avaliação da saúde geral comparada há de um ano atrás, 39% avaliou com muito melhor agora e 33,8% como um pouco melhor agora.
7	Peritonite esclerosante encapsulante pós-diálise peritoneal /	Resta-se ao relato de um caso de PEE e à discussão da literatura pertinente.	Relatamos uma complicação rara da DP na qual o peritôneo, após anos de contato com a substância hipertônica dialisante, é gradualmente substituído por tecido fibroso.	O paciente em questão teve diversas intercorrências após o início da DP, incluindo uma peritonite bacteriana, hiperparatireoidismo terciário (sendo tratado com duas paratireoidectomias) e colelitíase (sendo tratado com colecistectomia videolaparoscópica).
8	As intervenções de enfermagem mais prevalentes em um serviço de hemodiálise frente às intercorrências com a fístula arteriovenosa durante a sessão de hemodiálise	Objetivou descrever as intercorrências com a FAV durante a sessão de hemodiálise, identificar as intervenções de enfermagem mais prevalentes,	Rata-se de um estudo qualitativo, não experimental, transversal, descritivo,	Indicaram as intercorrências hematoma ou extravasamento e FAV colaborando como as mais predominantes, as intervenções mais prevalentes foram aplicar gelo no local drenar o local avaliar e repuncionar se possível e administrar ácido mucopolissacárido-polissulfúrico no local do hematoma ou extravasamento e na FAV.
9	Avaliação do acesso vascular para hemodiálise em crianças e adolescentes: um estudo de coorte retrospectivo de 10 anos	Avaliar, por meio de um coorte retrospectivo, o tipo de acesso vascular inicial, a incidência de complicações dos acessos vasculares e as razões de falência dos acessos em crianças e adolescentes com idade entre 0 e 18 anos que iniciaram HD no período de 1997 a 2007.	Coorte retrospectivo	A infecção foi a maior causa de retirada de CVC temporário. A trombose foi a principal causa de perda da FAV, reforçando a importância de um programa para a detecção precoce da disfunção do acesso.

10	Análise crítica dos resultados preliminares obtidos com a monitorização do volume sanguíneo em pacientes submetidos	Descrever os resultados das mensurações do RBV e relatar a aplicabilidade do BVM na prescrição da diálise em pacientes hemodinamicamente estáveis com insuficiência renal em hemodiálise convencional	Análise preliminar de 177 registros gráficos do RBV (Relative Blood Volume) gerados pelo BVM de 14 pacientes com insuficiência renal em hemodiálise convencional	A monitorização não invasiva do volume sanguíneo com o BVM permitiu o controle do "peso seco" em pacientes com elevado risco de complicações intradialíticas. Com o BVM, o ajuste do "peso seco" é realizado de forma segura nos pacientes em hemodiálise convencional.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Principais intercorrências apresentadas por indivíduos em tratamento hemodialítico.

Várias estratégias têm sido desenvolvidas com o intuito de minimizar as intercorrências apresentadas por indivíduos em tratamento hemodialítico, as intercorrências predominantes que ocorrem durante a hemodiálise são hipotensão, hipertensão, cãibras musculares, **náuseas, vômito,** cefaleia, febre e calafrios durante a hemodiálise (SILVA; NUNES, 2011; RIEGEL; SERTÓRIO; SIRQUEIRA, 2018).

A enfermagem frente essas complicações devem prestar os cuidados inerentes a uma sistematização, monitoramento, a detecção e a intervenção diante de intercorrências, para garantir assistência de enfermagem técnica, segura e de qualidade (RIEGEL; SERTÓRIO; SIRQUEIRA, 2018).

O enfermeiro frente a cada intercorrência condiz com a orientação ao paciente em no dia da intercorrência e depois, também é importante que o profissional de enfermagem comunique a intercorrência ao médico, solicite a administração de medicamentos com prescrição a médica (SILVA; NUNES, 2011).

Com relação às complicações quando relacionados a náuseas deve-se fazer a identificação e controlar os fatores que agravam o sintoma, administrando-se medicamentos antieméticos, encorajando-os para o consumo de quantidades pequenas de alimentos que sejam toleradas, monitorando da ingestão alimentar e controle da quantidade de calorias (RIEGEL; SERTÓRIO; SIRQUEIRA, 2018).

Deve-se tratar primeiramente a hipotensão, caso presente. Caso as náuseas e vômitos persistirem pode-se administrar um antiemético. É de extrema importância evitar a hipotensão durante a diálise. Em alguns pacientes, a redução da velocidade de fluxo sanguíneo em 30% durante a primeira hora de diálise pode ser benéfica. No entanto, o tempo de tratamento deve ser prolongado proporcionalmente (RIEGEL; SERTÓRIO; SIRQUEIRA, 2018).

A Hipotensão arterial é apontada como a principal complicação do tratamento de hemodiálise, devido ao grande volume plasmático removido durante a HD. Outros fatores relacionados às intercorrências condizem com reações bacterianas causando febre, calafrios, hipotensão, choque e tremores (RIEGEL; SERTÓRIO; SIRQUEIRA, 2018).

O paciente renal crônico é imunodeprimido e existe uma suscetibilidade aumentada para infecções bacterianas através do local de acesso, principalmente pacientes com cateteres e podem causar endocardite, meningite e osteomielite. No caso de um tratamento de uma infecção com cateter temporário devem ser realizadas culturas sanguíneas e também a remoção do cateter (SILVA; THOMÉ, 2009).

O atraso na remoção de um cateter infectado pode resultar em complicações sépticas que poderiam ser evitadas. Nos pacientes que apresentam picos febris durante a hemodiálise deve-se verificar a temperatura do paciente e da máquina de hemodiálise, colher amostras de cultura, o uso de medicamentos como antitérmicos e antibióticos a critério médico e colher cultura da água para hemodiálise (SILVA; NUNES, 2011).

O enfermeiro, frente ao paciente com hipertensão durante a hemodiálise deve ser direcionado para a correção da causa, ou seja, através da monitorização da resposta hemodinâmica do paciente durante a hemodiálise com verificação da pressão arterial em intervalos frequentes e observação de desidratação (SILVA; THOMÉ, 2009; SILVA et al. 2018).

Outra intervenção de enfermagem condiz com o auxílio na não ocorrência de perda de sanguínea, caso ocorra o rompimento da fístula Arteriovenosa deve-se estancar o sangramento; com orientação médica encaminhar paciente ao centro cirúrgico; realizar rodízio de punções; e encaminhar o paciente ao médico vascular, com estas intervenções espera evitar complicações e risco para o paciente em casa ou na hemodiálise (RIEGEL; SERTÓRIO; SIRQUEIRA, 2018).

As intercorrências podem estar relacionadas a coágulo na agulha da fístula arteriovenosa (FAV), sendo necessária a realização de nova punção, esperando que não obstrua a agulha, que acarretará em elevação da pressão venosa, no entanto, as intercorrências expostas durantes ou após a sessão de diálise pauta sobre as condições clínicas do paciente devido ao desequilíbrio hidroeletrolítico e também a própria qualidade e controles da diálise (SILVA; NUNES, 2011).

Nesse sentido, o profissional de enfermagem deve gerenciar o cuidado prestado identificando as reais necessidades individuais de cada paciente, por meio do processo de enfermagem (SILVA; THOMÉ, 2009; SILVA et al.,2018).

A atuação do enfermeiro através do tratamento adequado a cada caso, minimizar a intercorrência, proporcionar alívio, um melhor tratamento e minimizar a dor, que o tratamento seja de qualidade; um melhor atendimento; que diminuam os danos e os riscos ao paciente, orientação ao paciente na importância da FAV, conscientização do e orientação quanto ao

reforço dos exercícios para a FAV (SILVA; NUNES, 2011; DUARTE et al., 2018).

No estudo de Duarte et al. (2018) novas técnicas podem ser empregados no intuito de desenvolver melhorias nos quadros de diálise, uma delas refere-se à técnica de Buttonhole foi que contribui para a diminuição da intensidade da dor e melhora a estética aparente do usuário.

Outros fatores destacados em pesquisa que correspondem a intercorrências apresentadas por indivíduos em tratamento hemodialítico estão relacionados à diálise peritoneal (DP) é uma das opções de tratamento utilizadas como terapia de substituição renal em pacientes com insuficiência renal em fase terminal, neste caso, peritonite esclerosante encapsulante (PEE) é uma complicação rara deste tipo de tratamento, estando relacionada ao tempo de exposição do peritônio ao líquido dialítico, também correlaciona com um episódio de infecção peritoneal (SILVA; NUNES,2011).

CONCLUSÃO

Neste estudo, as principais complicações foram àquelas relacionadas ao sistema hemodinâmico: hipotensão, cãibras, náuseas e vômitos, cefaleia, febre e calafrios, coágulo na agulha da fístula arteriovenosa (FAV).

Desta forma, a atuação do profissional de enfermagem através do tratamento adequado a cada caso minimiza os danos através da rápida detecção das intercorrências durante a sessão de hemodiálise e agilidade para intervir e garantir os procedimentos e melhora do paciente e minimizar a dor.

A enfermagem frente essas complicações presta os cuidados inerentes através da sistematização, monitoramento, a detecção e a intervenção diante de intercorrências, para garantir assistência de enfermagem técnica, segura e de qualidade, quais sejam elas, por exemplo, na comunicação das intercorrências ao médico, na monitorando da ingestão alimentar e verificação da pressão arterial.

Um paciente nefropata necessita de cuidados e observação constante dos sinais e sintomas frente a possíveis intercorrências, portanto o profissional de enfermagem é de fundamental importância durante a sessão de hemodiálise, pois evita muitas complicações ao fazer o diagnóstico precoce das intercorrências.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise**.** **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, p. 93-108, 2011.

COITINHO, Daiana et al. Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. **Avances en Enfermería**, v. 33, n. 3, p. 362-371, 2015.

DALLÉ, Jessica; LUCENA, Amália de Fátima. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 504-510, 2012.

DUARTE, Michell Platiny Cândido et al. A técnica de buttonhole em pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico/The buttonhole technique in patients submitted to hemodialytic treatment. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 358-367, 2018.

FERMI, M. R. V. **Diálise para enfermagem**. Segunda edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

LOPES, Jéssica Maria et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, p. 230-236, 2014.

MARINHO, Ana Wanda Guerra Barreto et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 379-388, July 2017 .

NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R. Intervenções de enfermaria nas complicações mais graves durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 58, n. 6, p. 719-722, Dec. 2005.

RIEGEL, Fernando; SERTÓRIO, Fádila Cardoso; SIQUEIRA, Diego Silveira. Intervenções de enfermagem frente às complicações em hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 7, n. 1, p. 63-70, 2018.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Assistência de enfermagem em um serviço de terapia renal substitutiva: implicações no processo do cuidar. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 2, p. 161-178, 2012.

SILVA, Andressa Ferreira Santos et al. Principais complicações apresentadas durante a hemodiálise em pacientes críticos e propostas de intervenções de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

SILVA, Fernanda Costa Sampaio. O papel da ecografia vascular no manejo das complicações associadas ao acesso venoso central para hemodiálise em pacientes oncológicos: relato

de dois casos e revisão da literatura. **J. vasc. bras.** Porto Alegre , v. 17, n. 3, p. 257-261, set. 2018.

SILVA, Gabriela Lisangela Della Flora da; THOMÉ, Elisabeth Gomes da Rocha. Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 30, n. 1 (mar. 2009), p. 33-39**, 2009.

SILVA, Kleber Aparecido da; NUNES, Zigmar Borges. As intervenções de enfermagem mais prevalentes em um serviço de hemodiálise frente às intercorrências com a fístula arteriovenosa durante a sessão de hemodiálise. **J Health Sci Inst**, v. 29, n. 2, p. 110-3, 2011.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo), v. 8, p. 102-106, 2010.

CAPÍTULO 16

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE E ANOS POTENCIAIS DE VIDAS PERDIDOS POR DOENÇAS NEOPLÁSICAS MALIGNAS NO MUNICÍPIO DE CAETITÉ/BAHIA

Raysa Messias Barreto de Souza[1];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA.

http://lattes.cnpq.br/0591839126294720

Patrícia Maria Mitsuka[2];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Caetité, BA.

http://lattes.cnpq.br/0915633493706918

Leonardo Tadeu Vieira[3];

Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Montes Claros - MG

http://lattes.cnpq.br/9389514340230319

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[4];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

Geisa Silva Novais[5];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA.

http://lattes.cnpq.br/7827604012335006

Thamirys Freitas Nolasco[6];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, BA.

http://lattes.cnpq.br/3123049036845811

Lenilson Prates da Silva[7];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS.

http://lattes.cnpq.br/1986504119018584

Ézio Junio Gonçalves Nunes[8];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS.

http://lattes.cnpq.br/1055357858049949

Randson Souza Rosa[9];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, BA.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

RESUMO: Este estudo propôs uma investigação epidemiológica sobre a mortalidade por neoplasias malignas na cidade de Caetité-BA, a fim de descrever, analisar e discutir a evolução desse evento e os possíveis impactos para a sociedade. Para tanto, foi realizado um estudo ecológico de séries temporais com dados secundários provenientes do DATASUS, com o objetivo de analisar as tendências das Taxas de Mortalidade Específicas e Anos Potenciais de Vidas Perdidos (APVP) por neoplasias malignas no período de 2000 a 2010. Realizou-se a análise de Regressão Linear Simples a fim de avaliar as tendências no período em análise, sendo classificadas como estatisticamente significantes aquelas que possuíam valores de $p \leq 0,05$. Durante a série em análise, ocorreu um total de 285 óbitos, com grandes variações das taxas de mortalidade ao longo do período, porém com tendência linear crescente e estatisticamente significante. De acordo com gênero, a maior parte dos óbitos concentrou-se na população masculina e, segundo faixa etária, 70,5% tinham 60 anos de idade ou acima. Em relação ao APVP, obteve-se um total de 2.365,5 anos de vida perdidos e grandes variações nas distribuições desses ao longo da série analisada, com tendência linear estatisticamente não significante. Conclui-se que a presente pesquisa demostrou tendência crescente da mortalidade por câncer na cidade de Caetité/BA, além da necessidade de outros estudos sobre o perfil de mortalidade por neoplasias na referida cidade, a fim de propor medidas eficazes para políticas públicas específicas.

PALAVRAS-CHAVE: Coeficiente de Mortalidade. Anos Potenciais de Vida Perdidos. Neoplasias.

EVOLUTION OF MORTALITY AND POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST NEOPLASTIC MALIGNANT DISEASES IN THE MUNICIPALITY OF CAETITE/BAHIA

ABSTRACT: This study proposed an epidemiological investigation on mortality from malignant neoplasms in the city of Caetité-BA, in order to describe, analyze and discuss the evolution of this event and the possible impacts on society. Therefore, an ecological study of time series was carried out with secondary data from DATASUS, with the objective of analyzing trends in Specific Mortality Rates and Potential Years of Lives Lost (YPLL) by malignant neoplasms in the period from 2000 to 2010. Simple Linear Regression analysis was used in order to assess trends in the period under analysis, with those with p values ≤ 0.05 being classified as statistically significant. During the series under analysis, a total of 285 deaths occurred, with large variations in mortality rates over the period, but with an increasing and statistically significant linear trend. According to gender, most deaths were concentrated in the male population and, according to age group, 70.5% were 60 years of age or older. In relation to PYLL, there was a total of 2,365.5 years of life lost and large variations in their distributions throughout the analyzed series, with a statistically non-significant linear trend. It is concluded that the present research showed a growing trend in cancer mortality in the city of Caetité/BA, in addition to the need for other studies on the

profile of mortality from neoplasms in that city, in order to propose effective measures for specific public policies.

KEY-WORDS: Coefficient of Mortality. Years of Potential Life Lost. Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O processo de Transição Epidemiológica repercutiu significativamente na modificação dos modelos de saúde e doença nas sociedades (GUERRA et al., 2005). Este evento segue diferentes tendências nos contextos de países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo no primeiro predominante a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas, enquanto no segundo, persistem elevadas tanto as taxas de doenças infectocontagiosas quanto as não transmissíveis (SCHARAMM et al., 2004).

O câncer merece especial destaque dentre as doenças crônicas degenerativas devido ao seu potencial de crescimento em morbidade e mortalidade em diversas regiões do mundo (BRAY et al., 2012). As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) preveem para o mundo 27 milhões de casos incidentes de câncer em 2030, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas convivendo com esta causa (BRASIL, 2011).

As neoplasias são consideradas uma das principais causas de morbimortalidade em vários países desenvolvidos, enquanto que nos países em desenvolvimento esse problema apresenta-se em constante crescimento e com mortalidade superior. Neste aspecto, uma estimativa prevista para o ano de 2007 exemplificou a distribuição dos óbitos por câncer, sendo que dos 7,6 milhões de óbitos previstos para o mundo, 4,7 milhões concentraram-se nos países em desenvolvimento. Vale salientar ainda que os impactos advindos da morbimortalidade nesses países são geralmente superiores, tendo em vista as deficiências na triagem que, consequentemente, resultam em detecção e tratamento tardio, comprometendo assim o prognóstico da doença, além desta possuir elevados custos de tratamento (GARCIA et al., 2007).

A crescente incidência do câncer evidencia a importância dos registros de morbidade e mortalidade como bases para as pesquisas sobre tal avanço, afinal, investir em ações de saúde que visem à promoção, prevenção e tratamento só é possível ao passo em que se conhece o perfil das afecções que têm importantes repercussões para as sociedades. A obrigatoriedade do registro do câncer com base em leis e regras a partir da confirmação do diagnóstico é uma medida interessante que facilitaria o desenvolvimento de estudos nessa área, além de assegurar uma fonte de dados íntegros e com informações diversificadas (CURADO et al., 2007).

No Brasil existem os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) os quais coletam diversas informações de cunho clínico e sociodemográficas a partir da determinação do câncer, porém existem apenas 25 cidades que realizam essa notificação em todo o território brasileiro (BRASIL, 2006). Dessa forma, muitas pesquisas sobre neoplasias são

feitas com base em dados de mortalidade, seja pela elevada letalidade, quanto pela falta de informações em relação à morbidade (MONTEIRO et al., 1997).

A cidade sede deste estudo, Caetité, está situada na Mesorregião Centro-Sul do Estado da Bahia com distância de 757Km da capital Salvador, com população estimada de 47.515 habitantes, segundo dados do censo de 2010. O clima é tropical e o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH - é 0,673, segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2000 (IBGE, 2013a). O perfil de mortalidade desse município segue tendência semelhante à média brasileira, no qual os óbitos por neoplasias ocupam o segundo lugar no ranqueamento, sendo precedido pelas doenças do sistema circulatório (DATASUS, 2013a).

Frente a tal realidade, este estudo propôs uma investigação epidemiológica sobre a mortalidade por neoplasias malignas na referida localidade, dentro de uma determinada série temporal, a fim de descrever, analisar e discutir a evolução da mortalidade e os possíveis impactos que para a sociedade da cidade de Caetité/BA.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo ecológico de séries temporais. Os dados de mortalidade e as estimativas populacionais foram obtidos na *homepage* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) na sessão “Informações de saúde” em “Estatísticas vitais” (Mortalidade Geral) e “Demográficas e socioeconômicas” (Censos 1980, 1991, 2000 e 2010, Contagem 1996 e projeções intercensitárias 1981 a 2012, segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio) (DATASUS, 2013b).

Conforme os critérios de inclusão foram selecionados apenas dados de indivíduos de ambos os sexos que residiam no município de Caetité/BA (óbitos por residência), com falecimento no período de 2000 a 2010, idade até 80 anos ou mais (faixa etária detalhada), cuja causa do óbito foi classificada entre as categorias C00 a C97, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000). Foram excluídos os óbitos com idade inferior a 1 ano, visto a rara ocorrência desse evento relacionado ao câncer nessa categoria.

Foram calculadas taxas de mortalidade específicas por idade e gênero, além de taxas específicas por idade padronizada pelo método direto (FRANCO; PASSOS, 2005), usando-se como referência a população padrão mundial sugerida por Segi em 1960 (LATORRE, 2001). Ademais, analisaram-se também dados brutos relativos a faixas etárias e categorias conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a modalidade CID-BR-10, a qual agrupa algumas categorias desse a fim de adequar-se à realidade brasileira, conforme proposto pela Secretaria de Vigilância em Saúde (DATASUS, 2013c).

O cálculo de APVP foi baseado segundo uma adaptação da proposta de Romeder e McWhinni (1978), citado por diversos estudos que aplicaram a mesma técnica, cuja expressão matemática é dada como:

$$\boldsymbol{Apvp = \Sigma\ aidi =} \Sigma\ (70 - i - 0{,}5)di$$

Sendo ***ai*** = número de anos que faltam para completar a idade correspondente ao limite superior considerado, quando a morte ocorre entre as idades de ***i*** e ***i*** + 1 ano e ***di*** = número de óbitos ocorridos entre as idades de ***i*** e ***i*** + 1 ano. Ademais, sugere-se o emprego do ajuste de 0,5 ao arbitrar-se que todas as mortes ocorreram no meio do ano.

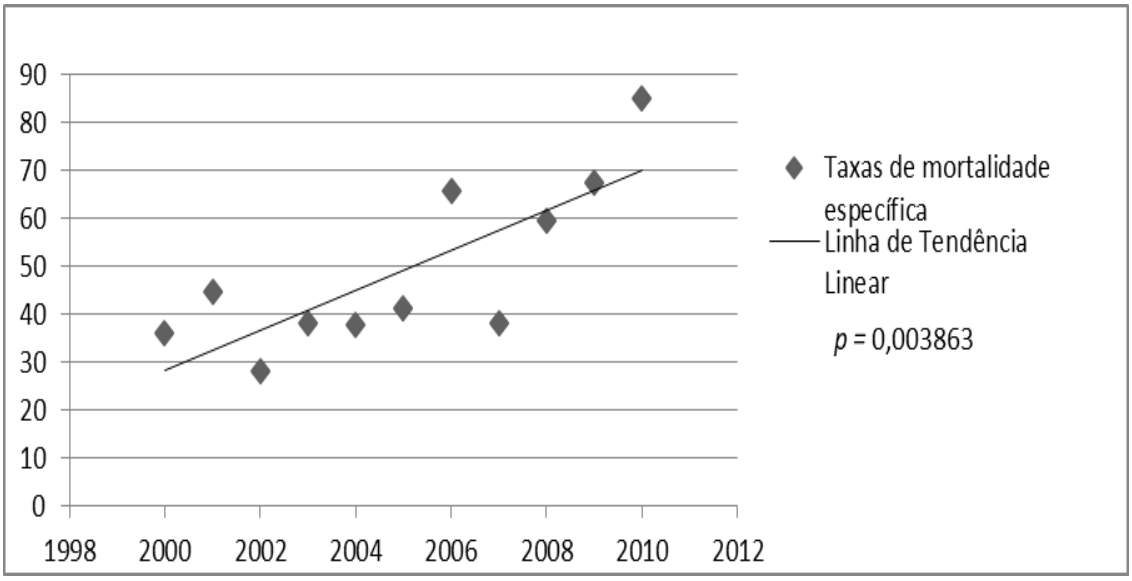
Neste trabalho, o limite superior adotado foi de 70 anos, devido a aproximação deste com a média aritmética das expectativas de vida emitidas pelo IBGE no período de 2000 a 2010 (IBGE, 2013b) para o Estado da Bahia. Além disso, a maioria dos estudos que utilizam tal indicador adota esse limite etário, fato que favorece a comparação entre estudos.

Realizou-se a análise de Regressão Linear Simples a fim de avaliar as tendências temporais, associado a simplicidade na realização, interpretação, além do poder de mensurar a significância estatística dos resultados (LATORRE, 2001). Foram classificadas como tendências estatisticamente significantes aquelas que possuíam valores de $p \leq 0{,}05$. A construção do banco de dados, processamento, construção de tabelas, gráficos e Regressão Linear Simples foram realizados eletronicamente, com a utilização do *software* Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Durante a série temporal em análise ocorreu um total de 285 óbitos por neoplasias malignas, com grande variação proporcional positiva dos coeficientes de mortalidade padronizados de 135,7% de 2000 a 2010, conforme a ilustração do gráfico 1. Ao analisar todo o período, percebe-se que tal crescimento não ocorreu de maneira constante, porém, com tendência linear crescente e estatisticamente significante no período avaliado.

Gráfico 1: Distribuição das Taxas de Mortalidade Específicas padronizadas por Neoplasias Malignas na série temporal 2000 a 2010.



Ao analisar os dados de acordo com as faixas etárias, 201 óbitos por neoplasias malignas concentraram-se na população com idade igual ou acima de 60 anos no município de Caetité/BA, um percentual de 70,5% no período de 2000 a 2010. A análise de Regressão Linear Simples das TME (gráfico 2) revela que a Faixa etária 20-39 anos teve relevância estatística em sua reta linear com tendência de decrescimento de seus coeficientes para os anos seguintes. Já a faixa etária 60-79 anos também mostrou significância estatística com tendência de crescimento de seus valores, enquanto as demais categorias etárias não possuíram variações estatisticamente significantes. Quanto ao gênero, embora a 62,1% dos óbitos tenha concentrado na população masculina ao longo da série analisada, sua linha de tendência linear não mostrou variações significantes no período, enquanto na população feminina as variações foram estatisticamente significantes e mostraram tendência de crescimento dos coeficientes para os anos seguintes (gráfico 3).

Gráfico 2: Taxas de Mortalidade Específicas (TME) de acordo faixas etárias na série 2000 a 2010.

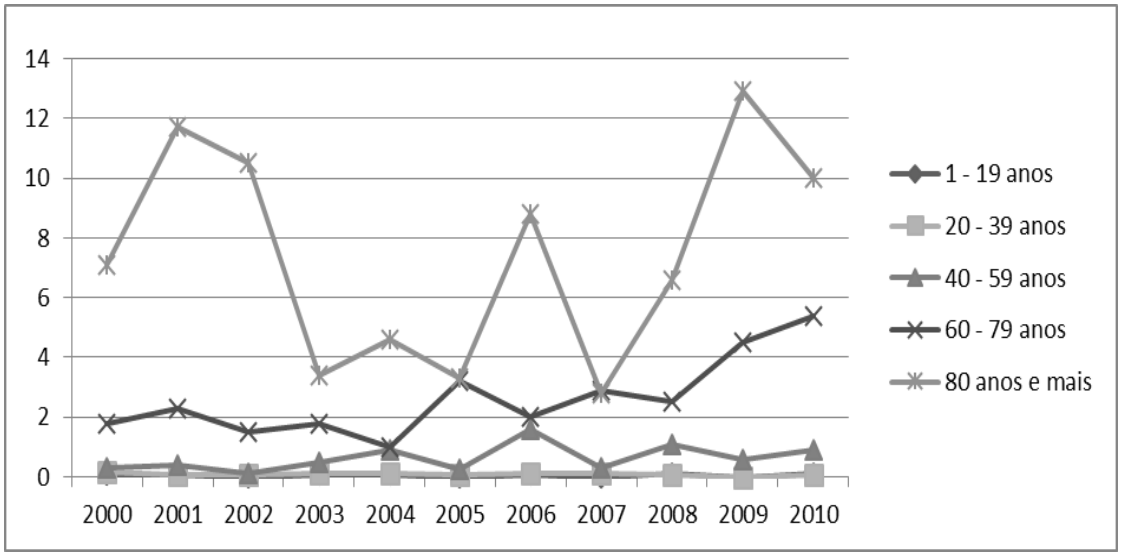
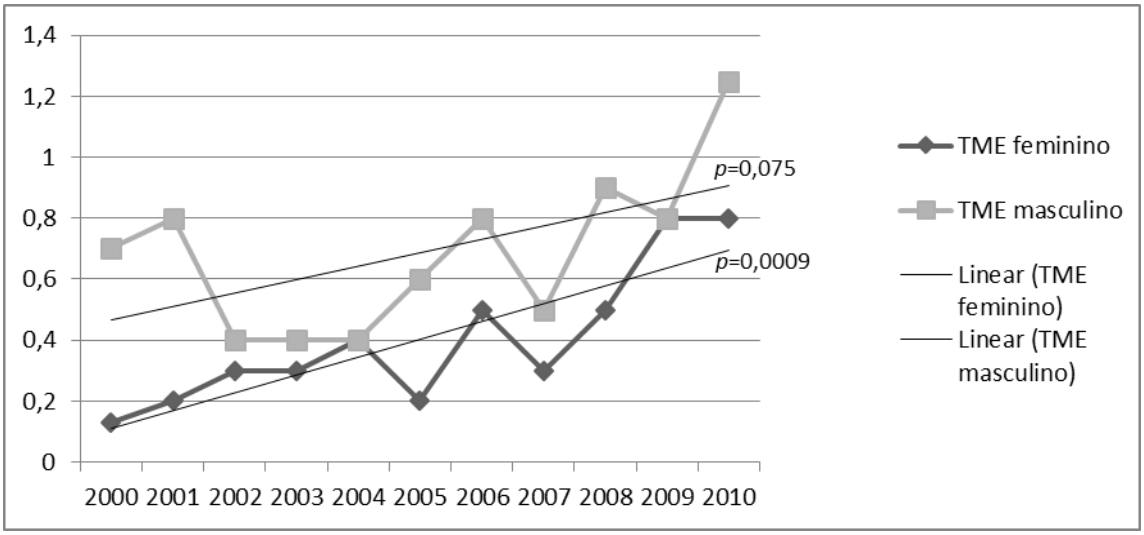


Gráfico 3: Taxas de Mortalidade Específicas (TME) por gênero no período de 2000 a 2010.



Quanto aos tipos neoplásicos malignos de acordo com a CID-10 BR que provocaram maior quantitativo de óbitos ao longo de toda série, o primeiro lugar no ranqueamento foi dividido pelas neoplasias malignas de estômago (CID 16) e próstata (CID 61) cada uma com 9,8%. Em segundo as neoplasias malignas de esôfago (CID 15), cólon, reto e ânus (CID 18-21) e traqueia, brônquios e pulmões (CID 33-34), cada uma com 7% e, em terceiro lugar, neoplasia maligna do fígado e vias biliares intra-hepáticas (CID 22) com 5,9%.

A análise de Regressão Linear Simples dos coeficientes padronizados de mortalidade desses tipos neoplásicos revelou significância estatística apenas na tendência linear das TMEs das neoplasias de cólon, reto e ânus (CID 18-21) com propensão de crescimento desses, enquanto as demais apresentaram variações insignificantes no período avaliado.

Em relação ao APVP, em toda a série temporal, notou-se um total de 2.365,5 anos de vida perdidos por doenças neoplásicas. Ao analisar a distribuição das taxas de APVP ao longo de 2000 a 2010 notam-se grandes variações (tabela 1), porém a linha de tendência linear mostra variações estatisticamente não significantes na série temporal. Em relação às categorias da CID10, os códigos C71, C50, C92, C15 e C22 lideram o ranqueamento de APVP, respectivamente.

Tabela 1: Distribuição dos Anos Potenciais de Vidas Perdidos (APVP) no período de 2000 a 2010.

Ano	Total de óbitos até 70 anos	Total de APVP*	Taxa de APVP**	APVP/Óbito***	Idade média ao morrer****
2000	8	170	3,8	21,2	48,8
2001	8	175	3,8	21,8	48,2
2002	3	67,5	1,5	22,5	47,5
2003	11	217,5	4,7	19,8	50,2
2004	10	245	5,2	24,5	45,5
2005	10	110	2,3	11	59
2006	18	385	7,9	21,4	48,6
2007	8	145	2,9	18,1	51,9
2008	17	358	7,5	21	49
2009	15	142,5	3	9,5	60,5
2010	22	350	7,4	15,9	54,1
Idade média ao morrer no período					**51,2*****

* Anos Potenciais de Vidas Perdidos (APVP)

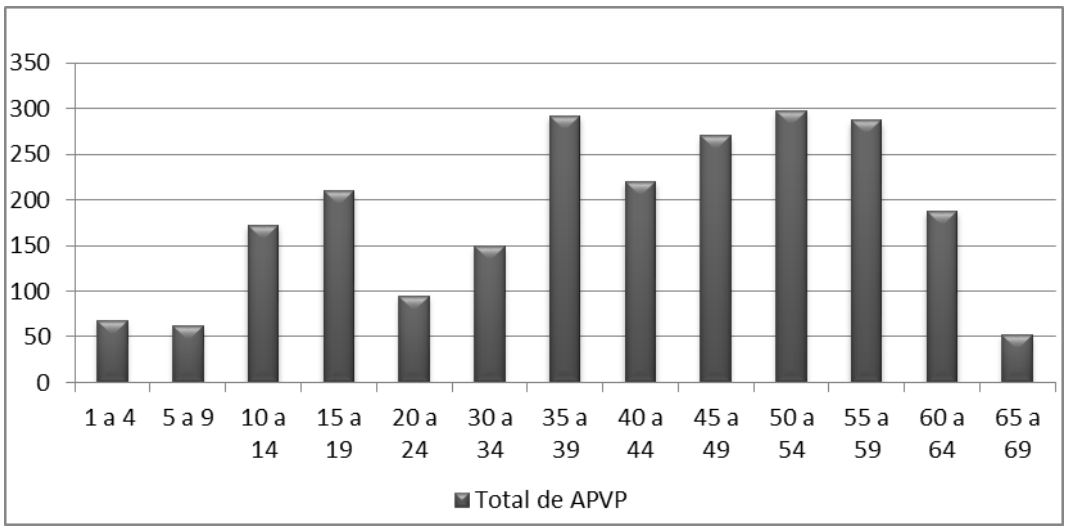
** "Total de APVP" dividido pela população do ano

*** Divisão do "Total de APVP" pela quantidade de óbitos com até 70 anos no ano

**** 70 anos menos o valor da coluna "APVP/Óbito"

***** Média aritmética da coluna "Idade média ao morrer"

Gráfico 4: Total de Anos Potenciais de Vidas Perdidos (APVP) por neoplasias malignas entre 2000 a 2010 segundo faixas etárias



DISCUSSÕES

A mortalidade por câncer no Brasil representa um importante problema de saúde pública devido ao seu impacto social e estatístico (BRASIL, 2012). O crescimento da mortalidade por câncer concluído por esta pesquisa traz à tona as diferenças regionais encontradas no Brasil, seja em relação à qualidade dos registros de mortalidade quanto às próprias tendências de mortalidade. Neste aspecto, Fonseca et al. (2010) relatam rumos decrescentes de taxas de mortalidade padronizadas por câncer nas capitais brasileiras entre 1980 a 2004 para ambos os sexos.

As tendências observadas devem ser interpretadas com cautela, tendo em vista os fatores que influenciam direta ou indiretamente tais valores, como a melhoria na detecção do câncer e melhora na qualidade dos registros (KOIFMAN; KOIFMAN, 2003). Porém, a análise da mortalidade entre 2000 a 2010 na cidade de Caetité por “causas mal definidas” revela um decréscimo com variação proporcional de 92% com tendência linear estatisticamente significante, fato que contribui progressivamente para maior confiabilidade nos dados gerados pelas declarações de óbitos desse município para realização de pesquisas como esta.

A grande participação da população masculina nos valores de mortalidade observados por este estudo está de acordo com a citação de Laurenti et al. (2005) no que tange a maior mortalidade masculina tanto em relação aos números absolutos se comparada a população feminina, mas também quanto às causas. Embora a mortalidade seja maior nessa população, este estudo mostrou variações não significantes das taxas de mortalidade na população masculina, enquanto que a feminina encontra-se em tendência ascendente de seus coeficientes.

Já o aumento e concentração dos óbitos na população idosa são eventos oriundos do próprio processo de transição epidemiológica e do aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2011), tendo em vista que estes eventos trazem consigo um novo cenário morbimortalidade, principalmente relacionado ao câncer, uma vez que pessoas com mais de 65 anos de idade tem maiores chances de desenvolver neoplasias (YANCIK; RIES, 2004).

O grande destaque deste estudo é a representatividade da mortalidade por câncer de estômago (C16) e próstata (C61), enquanto que, no ranque nacional no mesmo período, destacaram-se os canceres de pulmão, traquéia e brônquios (DATASUS, 2013d). Já os estudos de Hallal et al. (2001) avaliaram a mortalidade por câncer no Rio Grande do Sul entre 1979-1995 e relatam as neoplasias de pulmão, estômago e colón e reto como as principais, respectivamente.

Koifman S. e Koifman R. (2003) salientam a interferência do status socioeconômico e consequentes desigualdades sociais na distribuição das doenças, tendo em vista que a grande mortalidade pela neoplasia de estômago associa-se com a pobreza, enquanto a neoplasia de próstata com alto status socioeconômico. Bray et al. (2012) em seu estudo que relaciona o índice de desenvolvimento humano (IDH) com a incidência por câncer, revela que em 2008 os cânceres de esôfago e estômago eram típicos de países com IDH médio, enquanto que os cânceres de mama, próstata, colorretal e de pulmão são comuns em países com alto índice de tal indicador.

A nível nacional, o câncer de próstata apresenta perfil ascendente de incidência e mortalidade, sendo estes indicadores parcialmente explicados pelos avanços nos métodos de diagnósticos, aumento na expectativa de vida e qualidade dos sistemas de informações (BRASIL, 2011). Este tipo neoplásico incide principalmente na população idosa, uma vez que no envelhecimento, a próstata pode sofrer um aumento benigno, conhecido como hiperplasia prostática benigna, ou evoluir para o câncer de próstata (TOFANI; VAZ, 2007).

Para Arap e Arap. (2010), o principal desafio da atualidade no combate ao câncer de próstata é encontrar um método de prevenção barato, eficaz, acessível e sem efeitos deletérios ao uso. Enquanto tal desafio se perdura, destaca-se a importância da detecção precoce do câncer de próstata e de um tratamento rápido, acessível e eficaz, tendo em vista o bom prognóstico que esta neoplasia apresenta diante diagnóstico e tratamento oportuno (BRASIL, 2011).

Em relação ao câncer de estômago, Abreu (1997) traz como importantes fatores de risco para esse tipo neoplásico o baixo nível socioeconômico, baixo consumo de frutas, vegetais, além do consumo de alimentos ricos em nitratos e nitritos. Outro importante fator de risco elucidado por Koifman e Hatagima (2003) e reforçado por Chrisman et al. (2008) é a exposição à agrotóxicos, principalmente no trabalho agrícola.

Um importante achado deste estudo que merece destaque é a variação estatisticamente significante e tendência crescente para o câncer de cólon, reto e ânus. Hallal et al. (2001) encontraram tendência crescente para este tipo neoplásico na população

masculina do Rio Grande do Sul no período de 1979-1995, enquanto que a população feminina revelou tendência estável. Neves et al. (2005) revelam em seu estudo acerca da mortalidade por essa neoplasia nas capitais brasileiras entre 1980-1997 que os maiores coeficientes concentram-se, respectivamente, região Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste e relacionam tais evidências às diferenças culturais, sociais e econômicas.

Outro importante indicador estatístico trabalhado neste estudo foram os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), os quais, embora não apresentaram variações estatisticamente significantes de sua tendência linear, apontaram outras séries de dados de fundamental importância para discussão. Os valores de APVP revelaram uma idade média para morrer-se por neoplasia no período em análise de 51,2 anos de idade.

Outro fato interessante que chama a atenção é a concentração das mortes em faixas etárias mais economicamente produtivas: 57,8% do total de APVP concentraram-se no período 35 a 59 anos. Silva (2001) leva-nos a refletir quando afirma a importância de se levar em conta o impacto das mortes provocadas por neoplasias malignas quando estas atingem uma população economicamente ativa. Segundo este autor, tal fato deve ser refletido e estudado, tendo em vista os impactos sociais e econômicos relacionados a sua existência. Deve-se deixar claro que o objetivo deste estudo não é menosprezar as mortes que ocorreram em demais faixas etárias, mas sim destacar os principais grupos a fim de desenvolverem-se estratégias de enfrentamento adequadas à realidade.

Dentre as categorias da CID10 que mais ceifaram vidas segundo os dados de APVP foram as neoplasias malignas de encéfalo, mama e leucemia mieloide, respectivamente. Tal distribuição sugere que sejam traçadas ações que atendam a todos os grupos etários no que se refere ao risco de mortalidade por câncer, tendo em vista que embora o comum seja um grau acentuado de APVP na infância, o contexto da cidade de Caetité mostra risco para todas as faixas etárias, principalmente nas faixas mais economicamente ativa, como destacada anteriormente.

Embora as tendências de mortalidade por neoplasias malignas na cidade de Caetité/BA sejam muito preocupantes, deve-se ressaltar que um terço das neoplasias que surgem anualmente pode ser prevenido (BRASIL, 2012). Portanto, traçar perfis epidemiológicos contextualizados com o problema é uma ação louvável, tendo em vista a pretensão de combate aos problemas de saúde pública, como é o caso dos cânceres.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa demostrou uma tendência crescente de mortalidade por câncer na cidade de Caetité/BA. Devido a tal conclusão e como já discutido anteriormente, deve-se reconhecer o perfil desse problema, para propor soluções. A concentração da mortalidade nas faixas etárias mais avançadas são problemas advindos com a transição epidemiológica e que exigem esforço das autoridades e da população como um todo para enfrentar tal

problema.

A incidência de diversos tipos de neoplasias sugere estratégias amplas e específicas, tendo em vista os fatores de risco para tais. A propensão de crescimento da neoplasia maligna de cólon, reto e ânus merece especial destaque e esforços. Ademais, é válido ressaltar que grande parte dessa equação de mortalidade poderia e pode ser prevenida por adoção de ações de combate e controle, como reconhecimentos dos fatores de risco intrinsicamente envolvidos nesse contexto.

A alta prevalência de neoplasias malignas na próstata e relacionadas ao aparelho digestivo sugere a realização de mais pesquisas para elencar o que pode potencialmente estar associado a tal situação. Portanto, este estudo pretende deixar claro que são necessários outros estudos que pesquisem mais profundamente as associações entre o perfil de mortalidade por câncer na cidade de Caetité.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. A prevenção primária e a detecção do câncer de estômago. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 13(Supl. 1):105-108, 1997.

ARAP, M.A.; ARAP, S. **Câncer de próstata**. In: ANTUNES, R.C.P.; PERDICARIS, A.A.M. Prevenção do Câncer. Barueri: Manole, p.313-339, 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde. ABC do Câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer**. 2 ed, Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Estimativas 2012: **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Situação de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Informações em saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ba.def>. Acesso em: 21 jun. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Informações em saúde.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10ba.def>. Acesso em 02 jan. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Informações em saúde.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtcid10br.htm>. Acesso em: 14 fev. 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Informações em saúde.** Disponível em: <http://tabnet.

datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 02 abr. 2013d.

BRAY, Freddie et al. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. **The lancet oncology**, v. 13, n. 8, p. 790-801, 2012.

CHRISMAN, Juliana de Rezende et al. Mortalidade por câncer em agricultores do estado do Paraná. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 597-612, 2008.

CURADO, M.P.; EDWARDS, B.; SHIN, H.R.; STORM, H.; FERMAY, J.; HEANUE, M.; BAYLE, P. Cancer incidence in five continents, Vol. IX. Lyon: **International Agency for Research on Cancer (IARC**), v. 9, n.160, p.1-897, 2007.

FONSECA, Luiz Augusto Marcondes; ELUF-NETO, José; WUNSCH FILHO, Victor. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 3, p. 309-12, 2010.

FRANCO, L.J.; PASSOS, A.D.C**. Fundamentos de Epidemiologia.** Barueri: Manole, p.1-380, 2005.

GARCIA, M. et al. Global cancer facts & figures 2007. **Atlanta, GA: American cancer society**, v. 1, n. 3, p. 52, 2007.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes**. Revista brasileira de cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

HALLAL, Ana Luiza Curi; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, n. 3, p. 168-177, 2001.

KOIFMAN, S.; HATAGIMA, A. **Exposição aos agrotóxicos e câncer ambiental**. In: PERES, F.; MOREIRA, J. C. É veneno ou é remédio: agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.75-99, 2003.

KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. Environment and cancer in Brazil: an overview from a public health perspective. **Mutation Research,** v. 544, p. 305-11, 2003.

LATORRE, M.R.D.O. **Câncer em Goiânia: análise da incidência e da mortalidade no período de 1988 a 1997**. Tese, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 35-46, 2005.

MONTEIRO, G.T.R.; KOIFMAN, R.J.; KOIFMAN, S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. I. Confiabilidade da codificação para o conjunto das neoplasias no

Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.1, p. S39-S52, 1997.

NEVES, F.J.; MATTOS, I.E.; KOIFMAN, R.J. Mortalidade por câncer de cólon e reto nas capitais brasileiras no período de 1980-1997. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 42, n.1, p.63-70, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10ª revisão. Vol. 1. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2000.

ROMEDER, J.M.; MCWHINNE, J.R. Potential Years of life lost between ages 1 and 70: An indicator of premature mortality for health planning. **International Journal of Epidemiology**, v. 6, n. 2, p. 143-151, 1977.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.

SILVA, M.G.C. Ganhos potenciais em esperança de vida com a exclusão das mortes por neoplasias malignas em Fortaleza, 1993-95. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 4, p. 413-24, 2001.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Histórico**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/historicos_cidades/historico_conteudo.php?codmun=290520 >. Acesso em: 22 jun. 2013a.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Grandes Regiões e Unidades da Federação: Esperança de vida ao nascer segundo projeção populacional: 1980, 1991-2030 - Ambos os sexos**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000243.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2013b.

TOFANI, A.C.A.; VAZ, C.E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. **Revista Interamericana de Psicologia,** v.41, n.2, p.197-204, 2007.

YANCIK, R.; RIES, L. A. G. Cancer in older persons: an international issue in an aging world. **Seminars in Oncology**, v. 31, n. 2, p.128-136, 2004.

CAPÍTULO 17

CUIDADOS PALIATIVOS X TERAPIA INTENSIVA: UM PARADIGMA A SER DESMISTIFICADO

Thamirys Freitas Nolasco[1];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, BA.

http://lattes.cnpq.br/3123049036845811

Venicius de Araújo Ramos[2];

Universidade Estácio de Sá (UNESA), Rio de Janeiro, RJ.

https://orcid.org/0000-0002-1132-8664

Lenilson Prates da Silva[3];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS.

http://lattes.cnpq.br/1986504119018584

Ézio Junio Gonçalves Nunes[4];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS.

http://lattes.cnpq.br/1055357858049949

Geisa Silva Novais[5];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA

http://lattes.cnpq.br/7827604012335006

Raysa Messias Barreto de Souza[6].

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA.

http://lattes.cnpq.br/0591839126294720

RESUMO: Cuidados paliativos é um termo pouco discutido dentro das unidades de terapia intensiva (UTI's), por ser um local onde a tecnologia é utilizada para salvar vidas ou melhorar o estado funcional do paciente, muitas vezes essa questão é deixada de lado pelos profissionais e pouco discutida. Entretanto, esse conceito vem sendo modificado ao longo dos anos, pois, os profissionais estão se aprimorando para melhorar a qualidade da assistência, propiciando um conforto maior para o paciente em terminalidade e sua família, visando atende-lo de forma integral, respeitando cada momento de sua vida. Por ser parte fundamental da prática clínica, o cuidado voltado ao paciente vem tomando forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida. Esse estudo, sintetizou os últimos estudos disponíveis na literatura, realizados sobre cuidados paliativos, os quais

foram lidos e extraídos os principais conceitos e discussões acerca desse tema, baseados numa revisão narrativa da literatura de caráter qualitativo. Evidenciou com esse estudo, que profissionais da saúde, devem propiciar um cuidado apropriado e correspondente à necessidade de cada paciente, buscando se aprofundar aos conhecimentos acerca dos cuidados paliativos e suas interfaces, para atender com qualidade àqueles que necessitam desta assistência, independente do seu estado de saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos. Unidade de Terapia Intensiva. Assistência em Saúde.

PALLIATIVE CARE X INTENSIVE CARE: A PARADIGM TO BE DEMYSTIFIED

ABSTRACT: Palliative care is a term little discussed within intensive care units (ICU's), as it is a place where technology is used to save lives or improve the patient's functional status, this issue is often left aside by professionals and little discussed. However, this concept has been modified over the years, as professionals are improving themselves to improve the quality of care, providing greater comfort for the terminally ill patient and their family, aiming to attend them in an integral way, respecting each moment of your life. As a fundamental part of clinical practice, patient-oriented care has been taking a parallel form to therapies aimed at healing and prolonging life. This study synthesized the latest studies available in the literature, carried out on palliative care, which were read and extracted from the main concepts and discussions on this topic, based on a narrative review of the literature of a qualitative nature. This study showed that health professionals must provide appropriate care and corresponding to the needs of each patient, seeking to deepen knowledge about palliative care and its interfaces, to provide quality care to those who need this assistance, regardless of their condition of health-illness.

KEY-WORDS: Palliative care. Intensive care unit. Assistance in Health.

INTRODUÇÃO

Cuidado paliativo ou paliativíssimo é definido pela OMS como sendo uma assistência promovida pela equipe multidisciplinar, a qual visa à qualidade de vida do paciente, bem como de seus familiares, diante da situação saúde/doença em que presenciam, dando-lhes o apoio por meio do alívio do sofrimento, identificação precoce da angústia, seja ela física ou emocional, tratamento dos sintomas físicos – principalmente, a dor - sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2002).

Por ser parte fundamental da prática clínica, pode ocorrer de forma paralela às terapias destinadas à cura e ao prolongamento da vida (SILVA, SUDIGURSKY, 2008). Muitas vezes, evidenciada dentro da terapia intensiva, pacientes que se enquadram nesse

perfil, são postulados com tratamentos inconclusivos, que geralmente proporcionam um prolongamento inadequado da sua vitalidade, aumenta ainda mais o sofrimento familiar, bem como o sofrimento físico e psíquico do próprio paciente.

O código de ética médica em vigor, traz em seu capítulo I, inciso XXII dos Princípios Fundamentais, que nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes, sob sua atenção, todos os cuidados paliativos apropriados (CFM, 2009). Estudos mostram que nas unidades de terapia intensiva, esse conceito é burlado, pois, verifica-se que o paliativíssimo é subestimado pelos profissionais da saúde, principalmente por aqueles que anseiam pela melhora ou cura do paciente que está sob seus cuidados.

Nessas unidades, o cuidado paliativo é pouco discutido, uma vez que, é um local em que a tecnologia é utilizada para salvar vidas ou melhorar o estado funcional do paciente. Os profissionais acreditam que se tem o controle sobre a morte e sobre tudo a possibilidade de aumentar as chances de sobrevida dos indivíduos sob seus cuidados.

Entretanto, quando se trata de pacientes terminais, é fundamental a consolidação de cuidados paliativos, como sendo também uma terapêutica eficaz utilizada na terapia intensiva, justificada por propiciar o bem estar ao paciente, respeitando a sua dignidade, como também o dever da prestação dessa assistência de qualidade (ROSSINI, OLIVEIRA e FUMIS, 2013).

Cuidado Paliativo, é o exercício da arte do cuidar, aliado ao conhecimento científico, em que a associação da ciência à arte proporciona o alívio do sofrimento relacionado com a doença (MACIEL *et al*., 2006; CARDOSO, 2021).

Sendo assim, este estudo almeja detectar e identificar os cuidados paliativos dentro das unidades de terapia intensiva, buscando entender todo o contexto e as possíveis influências na prestação de uma assistência de qualidade, conhecendo as razões que conduzem os profissionais nesse cuidado diferenciado e as principais dificuldades enfrentadas nesse processo. A partir da obtenção de tais informações, espera-se que haja um repensar da assistência de saúde, afim de que se reforcem as influências positivas e tente amenizar ou mesmo anular quaisquer influências negativas acerca dos cuidados paliativos, bem como os seus efeitos e consequências.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos desse estudo, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com o propósito de reunir e sintetizar o conhecimento preexistente sobre a temática proposta, abordando de forma qualitativa.

As seguintes fases foram percorridas: identificação do tema, delimitação do mesmo, busca na literatura, categorização e fichamento, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado. A pergunta norteadora do processo

revisional consistiu em: Qual a percepção dos pesquisadores brasileiros sobre os cuidados paliativos em terapia intensiva?

A seleção dos artigos se deu a partir das bases de dados eletrônicas BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Scielo e google acadêmico, utilizando como descritores: cuidados paliativos + UTI. A seleção dos estudos se deu de forma mais flexível, buscando materiais como artigos, teses, jornais, manuais etc, com atualizações sobre o tema proposto (CORDEIRO et al., 2007). Foram selecionados os materiais bibliográficos publicados em língua portuguesa, disponível na categoria de forma completa, que possuíssem temática condizente ou até mesmo aproximada do objetivo proposto e que datassem do período de julho de 2010 a março de 2022.

É válido salientar que a busca destes estudos se deu para a fundamentação da revisão de literatura, bem como para a execução da discussão acerca da temática proposta e construção dos resultados.

As informações coletadas foram extraídas, fichadas e sintetizadas as principais informações coerentes com a proposta. Para a análise dos dados utilizou-se a sistematização das informações, estruturada a partir de dois momentos: no primeiro momento identificamos os dados relacionados ao perfil das publicações. No segundo momento, o processo de análise se fundamentou em leitura interpretativa dos estudos, destacando as similaridades dos conteúdos e relacionando o que os autores apresentam sobre a importância e a influência dos cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva.

A análise dos dados permitiu avaliar as evidências acerca do tema em estudo, identificar a real necessidade de investigações futuras, bem como oferecer fundamentos para a prática profissional.

RESULTADO E DISCURSÃO

O primeiro resultado obtido a partir da revisão da literatura acerca dos cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva foi o reduzido número de trabalhos científicos publicados em língua portuguesa, que limitou a discussão, bem como a troca de saberes acerca desses cuidados.

É imprescindível, estimular a divulgação de estudos nessa área, já que esta pode ser uma tática que desperte e promova um repensar da assistência em saúde, fazendo com que esta seja a mais eficaz e eficiente possível no tocante ao cuidado do paciente e da família, de modo que todos envolvidos no processo se beneficiem de uma assistência de qualidade e da prestação de um serviço ideal para cada caso vivenciado. Podendo entender todo contexto em que estão inseridos, paciente, família e profissionais.

Rossini, Oliveira e Fumis (2013), trazem que a conscientização da equipe frente à obstinação terapêutica e a implementação dos cuidados paliativos, que visam promover um conforto e alívio ao paciente são eticamente recomendáveis. De forma que, haja benefícios

não apenas para o paciente, mais também para a instituição de cuidado, diminuindo não só custos e tempo de permanência em unidades de alto grau de complexidade, mais também a interrupção do sofrimento e ansiedade dos familiares, além de promover dignidade ao final da vida do indivíduo (MOREIRA, 2022).

Dessa maneira, é percebível que a assistência necessita se ater ao entendimento e respeito de todo o contexto familiar e da limitação terapêutica do paciente em questão, para, a partir disso, fornecer a efetividade no tratamento e melhorar a implementação da assistência nos cuidados paliativos.

Terapia Intensiva - Tecnologia X Cuidados paliativos

A unidade de terapia intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar extremamente técnica e destina-se a prestar cuidados à saúde de indivíduos que necessitem e/ou que estejam em risco eminente de morte.

Muitas têm sido as estratégias criadas para um atendimento humanizado em saúde neste ambiente, e que muitas vezes é associado a um lugar de privação, isolamento, cercado de pessoas desconhecidas, aos muitos equipamentos tecnológicos e de informações restritas. No entanto, desenvolver ações que tornem o cuidado mais efetivo e que consigam resgatar o cuidado humanístico ainda é um desafio, principalmente para aqueles que enfrentam a finitude de tratamento (SILVA *et al,* 2013; MOREIRA, 2022).

A aplicação das tecnologias em saúde tem sido cada vez mais crescentes nas unidades hospitalares, em especial nas unidades de terapia intensiva. Todo este aparato tecnológico pode interferir positiva ou negativamente na terapêutica dos pacientes, pois possibilitam diagnósticos precisos, monitorização eficaz e rigorosa e quando adequado tratamento específico e direcionado (SILVA *et al*., 2012; MENDONÇA, MOREIRA; CARVALHO, 2012). Promovendo assim uma qualidade da assistência em todas as situações, em específico no cuidado e tratamento de paciente em limitação terapêutica ou terminalidade.

Assim, fica claro que os avanços científicos e tecnológicos proporcionam um prolongamento da vida, bem como o aumento de sobrevida dos pacientes em estado terminal, promovendo um sentimento de esperança e dificultando ainda mais a dissociação da família e do indivíduo em questão.

Na constituição brasileira os Princípios Constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III, Constituição da República Federativa do Brasil) da Autonomia Privada (princípio implícito no art. 5º) e a Proibição constitucional de Tratamento desumano (art.5º, III), reconhece o direito à vida desde que esta seja digna, e mais, reconhece a autonomia do ser humano (BRASIL, 1988). Dessa forma, obrigar um indivíduo a se submeter a um tratamento ou intervenção que ele ou sua família não desejam, e quando este não terá função de lhe devolver uma vida plena, se torna degradante e ofensivo para as partes que vivenciam esse momento.

Linhares, Sirqueira e Previdelli (2013), constataram que é frequente em unidades de terapia intensiva a prática de procedimentos desproporcionais, evidenciado pelas modernas e sofisticadas tecnologias de suporte artificial da vida, que muitas vezes utilizadas de forma errônea e indiscriminada, promovem um prolongamento desnecessário da vida e do sofrimento.

Concordando com esse contexto, Santana *et al* (2013) e Fumis (2012), afirmam que em tempos mais remotos a morte era encarada de forma natural, a qual, todos iriam passar. Era enfrentada em ambiente domiciliar e não existia a interdição do processo de morte. Porém, atualmente esse cenário vem se tornando cada vez mais distante, sendo o ambiente hospitalar o local 'escolhido' para se morrer, longe da família, perto de tecnologias e pessoas desconhecidas, no caso os profissionais de saúde.

Neste contexto, os cuidados paliativos, tem como objetivo proporcionar uma qualidade de vida e de assistência ao paciente e família, ajudando no enfrentamento de situações vivenciadas por doentes terminais ou com falência de tratamento, sendo uma abordagem delicada e precisa, que requer a identificação precoce, avaliação religiosa e alívio da dor ou outros sintomas, baseando-se nos preceitos físicos, espirituais e psicossociais que envolvem esse paciente e família (BARROS *et al,* 2012; PICANÇO & SADIGURSKY, 2014).

No bojo dessas discursões, fica evidente o impacto que é vivenciar a morte, diante de um local que visa proporcionar a estabilização e a revitalização da saúde do paciente. Sendo a morte não mais enfrentada como seguimento da vida, mais como uma finitude dos conhecimentos da ciência e da tecnologia na promoção do cuidado, priorizando a vida.

Dessa forma, é de suma importância que os profissionais saibam lidar com esse tipo de situação para que a assistência prestada ao paciente e família seja adequada, acolhedora e a menos dolorosa possível, evidenciando a Unidade de Terapia Intensiva, como um local de cuidado e tratamento humanizado e não um ambiente frio e hostil como é rotulada por muitos (FLORIANI, SCHRAMM, 2008).

Dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde diante do paliativíssimo

Muitos não entendem o cuidado paliativo como uma assistência empregada para melhorar a qualidade de vida do paciente em terminalidade, mais sim, como uma desistência da cura (BARROS *et al,* 2013; GERMANO & MENEGUIN, 2013).

Silva *et al* (2013, p. 2601), afirmam que "ocorre uma alteração na priorização do controle da doença, para a promoção da dignidade e do conforto na fase final da vida, o que contradiz com os cuidados tradicionais oferecidos no ambiente da terapia intensiva, utilizando recursos tecnológicos para a manutenção das funções vitais".

Esse problema é enfrentado não só pelos familiares presentes no processo, mais também pelos profissionais que foram habilitados durante toda a sua formação acadêmica e científica a promover saúde, diagnosticar, tratar e curar seus pacientes (BARROS *et al*,

2012; SANTANA *et al*, 2013; CARDOSO 2021). O enfrentamento da morte ou limitação do tratamento muitas vezes é encarado de forma frustrante para os profissionais envolvidos no processo, sendo um pilar a mais para dificultar a implementação dos cuidados paliativos na terapia intensiva.

O cuidado paliativo foi eleito pela Organização Mundial de Saúde, como prioridade, e a sua atuação dentro da saúde para diversas especialidades médicas (BRASIL, 2002). Assim, evidencia-se a grandeza desse tipo de cuidado, ainda pouco difundido no Brasil, devido a várias questões de ordem ética, profissional e até mesmo emocional e pessoal dos profissionais, que por falta de um treinamento específico, se sentem constrangidos em não assistir o paciente da forma como foi pontuado por toda a sua vida acadêmica (SILVA, PEREIRA & MUSSI, 2015).

Concordando com isso, Piva, Garcia e Lago (2011), apontam que mesmo com toda essa exploração dos cuidados paliativos atualmente, muitos profissionais ainda questionam o amparo ético e legal de se promover esse tipo de cuidado, bem como a limitação de tratamentos em paciente em fase terminal ou em falência de tratamento, pois, sentem falta de um treinamento adequado e direcionado, mantendo sua atuação voltada ao extremo da medicina curativa, mesmo em casos onde esse cuidado se mostra ineficaz.

Isso fica ainda mais evidente dentro das unidades de terapia intensiva, uma vez que, nessas unidades os profissionais estão rodeados de todo aparato tecnológico disponível para invadir o paciente de tal forma, que muitas vezes, os impedem de visualizar a inutilidade de alguns tratamentos para situações específicas (FORTE, 2011; VASCONCELOS, 2018).

Nesse contexto, surge um grande desafio para os profissionais de saúde, que são as questões que permeiam o equilíbrio entre as dimensões física, emocional e espiritual do ser humano, pondo em destaque o enfoque espiritual, o qual parte do pressuposto que nesses casos especiais a fonte de bem estar e qualidade de vida do paciente se permeia na sua religiosidade, cabe ainda aos profissionais, terem sensibilidade para perceber essa necessidade pessoal e individual de cada um, englobando paciente e família, e apoiá-lo de forma resolutiva nesse momento (BARROS *et al*, 2012; RUBENS FILHO et al, 2010).

O binômio família/paciente está presente em todo o contexto do paliativíssimo, pois, é a família que conhece todas as nuances do seu ente independentemente da sua situação de saúde/doença, e cabe aos profissionais dirigir-se a eles para efetivar as discussões dos cuidados paliativos, com o objetivo de sanar as dúvidas, explanar conceitos e atitudes que porventura serão tomadas e agir juntamente com os familiares em benefício do paciente, para propiciar um final de vida humanizado (PARANHOS, 2011; BARROS, GONÇALVES, 2019).

Uma questão complexa que permeia a terapia intensiva, como já foi trazido anteriormente, é o reconhecimento dos tratamentos fúteis ou intervenções que não atenderam aos objetivos traçados, dessa forma faz-se necessário a implementação de protocolos de prática e discussões eficazes e eficientes, que promovam um direcionamento

aos profissionais de quais os cuidados deveram ser mantidos e quais serão suspensos na abordagem do paliativíssimo do paciente (FORTE, 2011; MARCIEL, 2006).

Dessa forma, deixando claro para toda a equipe a real situação em que aquele doente se encontra e quais os tratamentos devem ser dispensados à ele para promover uma qualidade da assistência uma morte mais confortável, otimizando os cuidados que serão dispensados por toda equipe multidisciplinar.

Assim, conhecer os aspectos relacionados à prática do paliativíssimo é fator fundamental para que a equipe multiprofissional possa vivenciar os cuidados paliativos de forma efetiva e tranquila, para propiciar a família as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito, melhorando assim a qualidade da assistência ao paciente e implementando cuidados paliativos de qualidade (ARAUJO & SILVA, 2007; BARROS, GONÇALVEZ, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se com essa revisão a relevância desse tema, uma vez que os profissionais da saúde, devem lançar mão dos seus conhecimentos, para propiciar um cuidado apropriado e correspondente à necessidade de cada paciente, buscando cada vez mais se aprofundar aos conhecimentos acerca do cuidado paliativo e suas interfaces, para atender com qualidade àqueles que necessitam dessa assistência distinta. Mostrando também, que os profissionais de saúde estão em constante evolução deixando de lado a visão voltada apenas à cura, mais sim, uma assistência que visa compreender o paciente em todas as suas nuances, independente do seu estado de saúde-doença.

Dessa forma, a diferenciação da assistência à saúde é imprescindível vincular o conhecimento procedente de pesquisas cientificas e da prática clínica utilizada, uma vez que a união da teoria e prática se torna indissociável no quesito cuidado a saúde, principalmente no que tange os pacientes em cuidados paliativos.

Observa-se que o Brasil é carente o número de publicações que discutem o tema cuidados paliativos. Assim, o presente estudo trouxe subsídios para o profissional de saúde compreender os conceitos gerais e os estudos mais recentes que discorrem sobre esse tema.

Por conseguinte, a implementação de protocolos em unidades de terapia intensiva, se tornam de fundamental importância, visando a redução do sofrimento do paciente e sua família, bem como subsidiar a melhoria da qualidade da assistência prestada pelos profissionais da área de saúde, os guiando de forma adequada para cada caso.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007.

BARROS, Kamilla Galvão Gonçalves; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Aspectos psicológicos que envolvem os cuidados paliativos pediátricos. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 5, p. 156-165, 2019.

BARROS, Nara Calazans Balbino et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão dos enfermeiros. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 5, n. 1, p. 3293-3301, 2013.

BARROS, Nara Calazans Balbino et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 630-640, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria GM nº 19**, de 03 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à dor e cuidados paliativos.

CARDOSO, Laura Lascala et al. CUIDADOS PALIATIVOS-UMA ABORDAGEM AINDA POUCO COMPREENDIDA. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 4, p. 212-212, 2021.

Concelho Federal de Medicina. Resolução CFM nº1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. 2010.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2123-2132, 2008.

FORTE, Daniel Neves. **Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FUMIS, Renata Rego Lins. Quando o morrer se torna um processo simples e natural. **RBM rev. bras. med**, v. 69, n. supl. 2, 2012.

GERMANO, Karoline dos Santos; MENEGUIN, Silmara. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 522-528, 2013.

LINHARES, Daniela Grignani; SIQUEIRA, José Eduardo de; PREVIDELLI, Isolde TS.

Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Bioética**, v. 21, n. 2, p. 291-97, 2013.

MACIEL, Maria Goretti Sales et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. **Rio de Janeiro: Diagraphic**, 2006.

MENDONÇA, Ana Carolina Abeid; MOREIRA, Marléa Chagas; CARVALHO, Vilma de. Atenção paliativa oncológica em unidade de terapia intensiva: um estudo da produção científica da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 16, n. 4, p. 817-823, 2012.

MOREIRA, Laura Eduarda. CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA MANEIRA DE RESSIGNIFICAR A VIDA. **Revista dos Seminários de Iniciação Cientifica**, v. 4, n. 1, 2022.

PARANHOS, Grace Kelly. **Argumentação dos intensivistas pediátricos da cidade do Rio de Janeiro sobre limitação do suporte de vida: umaanálise bioética**. 2011. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

PICANÇO, Carina Marinho; SADIGURSKY, Dora. Concepções de enfermeiras sobre o prolongamento artificial da vida. **Rev. enferm. UERJ**, v. 22, n. 5, p. 668-673, 2014.

PIVA, Jefferson Pedro; GARCIA, Pedro Celiny Ramos; LAGO, Patrícia Miranda. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 78-86, Mar. 2011 .

ROSSINI, Rita de Cássia Calil Campos; DE OLIVEIRA, Virgínia Izabel; FUMIS, Renata Rego Lins. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. **RBM rev. bras. med**, v. 70, n. supl. 2, 2013.

RUBENS FILHO, C. Costa et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 1, p. 88-92, 2010.

SANTANA, Júlio CB et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. **Rev. bioética**, p. 298-307, 2013.

SILVA, Ceci Figueredo da et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, 2013.

SILVA, Ednamare Pereira da; SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008 .

SILVA, Karla Cristiane Oliveira; QUINTANA, Alberto Manuel; NIETSCHE, Elisabeta Albertina. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 16, n. 4, p. 697-703, 2012.

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 40-46, 2015.

VASCONCELOS, Gabriella Belém; PEREIRA, Patrícia Mora. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018.

CAPÍTULO 18

PERFIL DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NA MICRORREGIÃO DE UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE BAIANO

Geisa Silva Novais[1];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA.

http://lattes.cnpq.br/7827604012335006

Randson Souza Rosa[2];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, BA.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[3];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

Raysa Messias Barreto de Souza[4];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA.

http://lattes.cnpq.br/0591839126294720

Thamirys Freitas Nolasco[5];

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, BA.

http://lattes.cnpq.br/3123049036845811

Venicius de Araújo Ramos[6];

Universidade Estácio de Sá (UNESA), Rio de Janeiro, RJ.

https://orcid.org/0000-0002-1132-8664

Lenilson Prates da Silva[7];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS.

http://lattes.cnpq.br/1986504119018584

Ézio Junio Gonçalves Nunes[8];

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS.

http://lattes.cnpq.br/1055357858049949

Darlyane Antunes Macedo[9].

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, BA.

http://lattes.cnpq.br/3471831407152949

RESUMO: O atendimento de urgência caracteriza-se como uma assistência prestada pelos dos serviços de saúde de importância fundamental e apresenta relação com a sobrevida de pessoas que são acometidas por alguma complicação de saúde, seja ela por causa externas (acidentes de transito, violência, entre outros) ou clínicas (doenças no aparelho circulatório, entre outros). Assim, objetivou-se caracterizar os atendimentos prestados pela Unidade de Suporte Avançado (USA) na microrregião de um município do sudoeste baiano. Para isso foi realizada uma pesquisa documental e descritiva. Foram analisadas 1.031 ocorrências do período de janeiro a dezembro de 2012. Onde evidenciou-se que nas ocorrências atendidas, 38% são de causas clínicas, 63% do sexo masculino, maioria adulto jovem; 351 ocorrências à noite; predominante em via pública (392 atendimentos), 567 encaminhados para o hospital. Dia da semana que obteve maior número de ocorrências foi no sábado (216 atendimentos). As transferências para realização de exames representaram um total de 92 transferências. Conclui-se que os resultados mostram a importância da identificação perfil dos atendimentos, pois através das informações, é possível o planejamento de ações de cunho preventivo e práticas para o melhoramento do serviço e capacitação dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Urgência. Emergência. Pré-hospitalar.

PROFILE OF CARE PERFORMED BY THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE IN THE MICROREGION OF A MUNICIPALITY IN SOUTHWEST BAIANO

ABSTRACT: Urgent care is characterized as assistance provided by health services of fundamental importance and is related to the survival of people who are affected by some health complication, whether due to external causes (traffic accidents, violence, among others).) or clinical (diseases in the circulatory system, among others). Thus, the objective was to characterize the services provided by the Advanced Support Unit (USA) in the micro-region of a municipality in the southwest of Bahia. For this, a documentary and descriptive research was carried out. A total of 1,031 occurrences were analyzed from January to December 2012. Where it was evidenced that in the occurrences attended, 38% are of clinical causes, 63% are male, mostly young adults; 351 occurrences at night; predominantly on public roads (392 visits), 567 were referred to the hospital. The day of the week with the highest number of occurrences was Saturday (216 visits). Transfers for exams represented a total of 92 transfers. It is concluded that the results show the importance of identifying the profile of care, because through the information, it is possible to plan preventive actions and practices for the improvement of the service and training of professionals.

KEY-WORDS: Urgency. Emergency. Pre-hospital.

INTRODUÇÃO

O atendimento de urgência tem importância fundamental e relação direta na sobrevida de pessoas que apresentaram alguma complicação de saúde, seja ela por causa externas (acidentes de transito, violência, entre outros) ou clínicas (doenças no aparelho circulatório, entre outros) e isso pode ser comprovado tanto historicamente, quanto em estudos epidemiológicos (CABRAL; SOUZA, 2008).

De acordo com o DATASUS (Departamento de Informática do SUS), em 2010 ocorreram 143.256 óbitos por causas externas em todo o Brasil. Dentre esses, 33.304 foram por agressão por meio de disparo de arma de fogo ou de arma não especificada, seguido de por 9.110 óbitos devido a acidentes de transporte (BRASIL, 2010).

Em vista do grande número de óbitos por causas externas, em 2002 foi implantado pelo Ministério da Saúde (Portaria GM nº 1.864), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com o objetivo de reduzir o número de óbitos, o tempo de internação e as sequelas que podem vir a surgir devido à falta de socorro precoce, garantindo assim, que a população tenha o atendimento adequado quando necessite (BRASIL, 2003a).

O SAMU funciona 24 horas por dia e conta com um quadro de profissionais envolvendo médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e socorristas condutores das ambulâncias, que prestam atendimentos de urgência, na área de traumas, emergências clínicas, pediátricas, entre outras.

O SAMU possui dois tipos de ambulâncias que serão utilizadas a depender do tipo de socorro que elas irão prestar. As de suporte básico são para atendimentos às vítimas sem risco iminente de morte, e as de suporte avançado são direcionadas para aqueles atendimentos de alto risco em emergências pré-hospitalares e transporte inter-hospitalar, em casos que necessitem de cuidados intensivos. Quem define qual a ambulância vai atender determinada ocorrência é o médico regulador.

A Regulação Médica de Urgências é uma atividade de trabalho em que o médico regulador está em constante escuta, acolhendo todos os pedidos de atendimentos que chegam à central de regulação, determinando assim o grau de urgência de cada ocorrência e encaminhando a resposta mais adequada (BRASIL, 2006a).

A inserção do SAMU na Bahia veio de encontro à demanda desse tipo de serviço no Estado. Em 2010, por exemplo, de acordo com o DATASUS, a Bahia registrou o total de 12.184 óbitos por causas externas, ficando em quarto lugar entre as capitais estaduais brasileiras, o quinto em acidentes de transporte (BRASIL, 2010).

Portanto, identificar as principais causas dos atendimentos pelo SAMU possibilita classificar as ocorrências, facilitando a implementação de políticas de saúde, assim como planejar medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos. Com base nisso, este estudo objetiva-se caracterizar os atendimentos prestados pela USA, afim de que possa colaborar com o planejamento e organização desse serviço, visto que possui aspectos

que indicam o tipo de assistência prestada, bem como, a qualificação necessária dos profissionais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e documental, pois buscar-se-á dados em fontes de arquivos no próprio serviço do SAMU através de impressos e registros em livros atas e terá uma abordagem quantitativa. A adoção desse tipo de delineamento possibilitará que a coleta de dados seja realizada em um período curto de tempo e com custo relativamente baixo. De acordo com Gil (1996, p.46 e 51), a pesquisa descritiva "têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis" e a documental "vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa".

A microrregião de Guanambi é composta por 18 municípios, sobre os quais exerce forte influência comercial sendo a sede da microrregião a cidade de Guanambi. Ele recebe diariamente grande fluxo de pessoas que trabalham no município ou vêm em busca de seus recursos, seja na área da saúde, serviços, educação, como em outras.

O município possui em sua rede de saúde o Hospital Regional de Guanambi, Hospital do Rim, e alguns hospitais particulares, muitas clínicas médicas e laboratórios. A cidade dispõe vários postos de saúde espalhados pelos bairros e distritos, com os programas (PSF, PACS, NASF, etc.).

A amostra para realização da pesquisa foi composta por todos os atendimentos pré-hospitalares realizados pela USA do SAMU – Regional de Guanambi, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2012.

Neste estudo foram incluídos todos os atendimentos realizados pela USA da equipe base, que estavam com o registro completo nos instrumentos utilizados pela equipe. Foram excluídos da amostra registros incompletos, os atendimentos realizados por equipes dos municípios conveniados ao SAMU regional de Guanambi e os tinha registros fora do período descrito.

Foram analisadas algumas variáveis presentes nas fichas de atendimento do serviço pré-hospitalar com a finalidade de contemplar os objetivos propostos nessa pesquisa, que são eles: sexo; faixa etária; período de atendimento (turno); dia da semana, origem da solicitação de atendimento; encaminhamentos; transferências.

Os dados foram coletados através dos registros feitos nos "livros ata" e também das fichas de atendimento utilizando-se de um roteiro elaborado para este fim. As fichas e os cadernos ata foram analisadas e seus dados transcritos em uma planilha elaborada a partir das variáveis de interesse. Os dados foram analisados estatisticamente e apresentados através de tabelas e gráficos.

Para realização desta pesquisa, primeiramente, foi solicitada a autorização do coordenador da Central do SAMU de Guanambi e a coleta de dados ocorreu após o recebimento do parecer do Comitê de Ética. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos, e a identidade dos indivíduos será preservada através do Termo de Compromisso de Utilização dos Dados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (protocolo 251.103).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram atendidas 1.031 ocorrências no ano de 2012 pela Unidade de Suporte Avançado (USA) no SAMU, sendo as condições clínicas as mais atendidas com um total de 393 (38%) do total das ocorrências. No entanto, os atendimentos por traumas com 366 (36%) do total, mostrou-se um número expressivo de ocorrências (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos tipos de ocorrências, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.

Tipos de Ocorrências	Número	Porcentagem
Traumas	366	36%
Clínico	393	38%
Acidentes com animais peçonhentos	02	0%
Transferências	215	21%
Outros	55	5%
Total	**1.031**	**100%**

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Cabral e Souza (2008), ao analisarem a demanda e a distribuição espacial dos atendimentos realizados pelo SAMU no ano de 2006 na cidade de Olinda/PE, verificaram que 57% das ocorrências foram por causas clínicas. O presente estudo também identificou um maior número de atendimentos por causas clínicas em comparação às outras causas. Em outra pesquisa similar, realizada em Chapecó/SC por Hollas (2009) indicou que a maioria das ocorrências atendidas foi de casos clínicos 67% e os traumas corresponderam a 33% dos chamados de ocorrências. Com isso, entende-se que as chamadas das ocorrências do SAMU estão relacionadas tanto aos atendimentos de causas clínicas, como traumáticas, entre outras causas.

As maiorias dos atendimentos realizados foram em indivíduos do sexo masculino, 647 (63%). Já o sexo feminino ocorreu 341 (33%) atendimentos. Quanto à faixa, a de maior número de atendimentos foi entre 20 a 29 anos, com 196 atendimentos, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos com 153 atendimentos (Figura 2 e 3).

Figura 2: Distribuição das ocorrências quanto ao sexo, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.

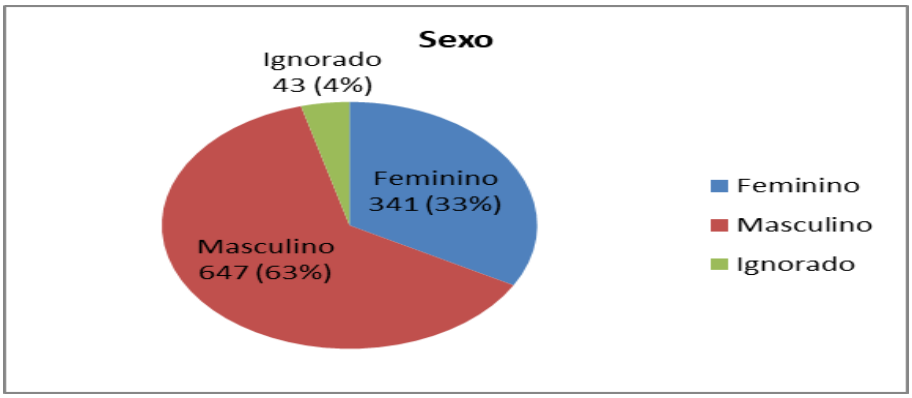
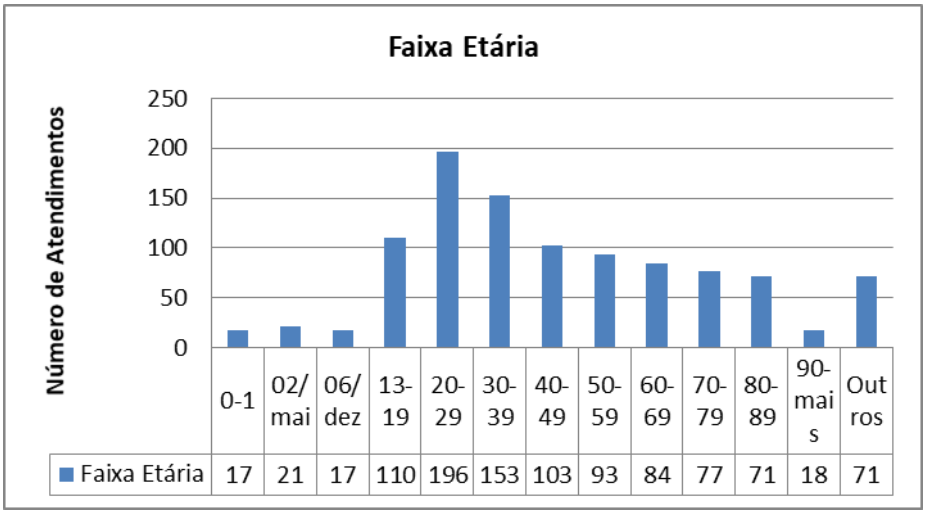


Figura 3: Distribuição das ocorrências quanto a faixa etária, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.



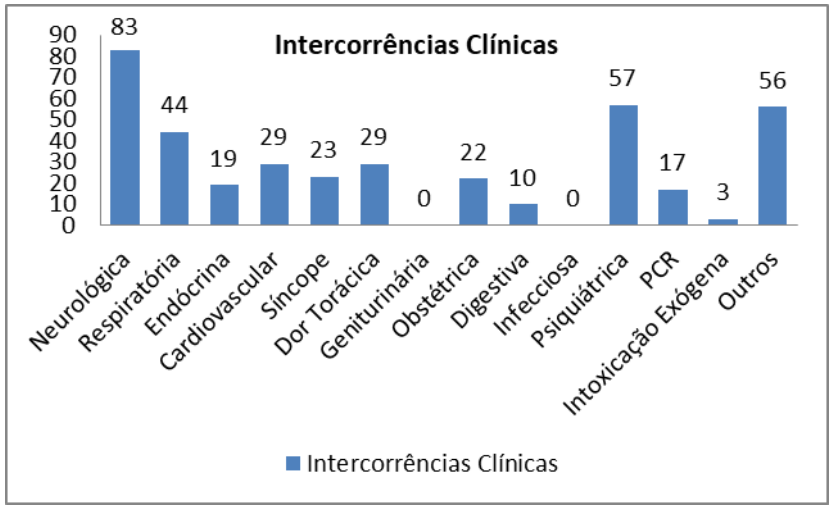
Estudo realizado por Ladeira e Barreto (2008), afirma que a maioria das vítimas de acidentes de trânsito ocorridos em Belo Horizonte no ano 2003, era de sexo masculino (73,3%), em indivíduos jovens com menos de 30 anos de idade (65,9%). Estudos realizados por autores como Mesquita Filho e Jorge (2007) demostram a mesma prevalência das ocorrências do sexo masculino em relação ao feminino. Quanto a idade, a maioria das vítimas de causas externas, são menores de 40 anos, com a média de 26,3 anos (MESQUITA FILHO; JORGE, 2007).

Segundo Fernandes (2004), as variáveis faixa etária e sexo, em relação às ocorrências por causas externas, são referência demostrando que o sexo masculino e a idade menor de 40 anos são os mais atingidos. Resultados esses, que se assemelham aos encontrados no

presente estudo, o que atenta para a necessidade da elaboração de ações públicas como foco na promoção de saúde e prevenção desses agravos.

As causas clínicas de maior incidência foram as neurológicas (83 casos), psiquiátricas (57 casos), seguidas por outras causas (56 atendimentos) e respiratória (44 casos), como mostra a figura 4. Hollas (2009) em estudo similar identificou a prevalência s causas clínicas, principalmente as neurológicas (19%), cardiovasculares (17%) e obstétricas (13%). Tais resultados se assemelham muito ao presente estudo, principalmente no que se refere aos atendimentos de causas neurológicas.

Figura 4: Distribuição das intercorrências clínicas, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.



Um dado de bastante expressão foi a crise convulsiva, convulsão e a epilepsia, que dentre os 83 atendimentos por causas neurológicas, representou 73 casos. Um atendimento diferenciado, rápido e adequado para os casos de crise convulsiva é de extrema necessidade, afim de prevenir maiores danos à saúde. A equipe deve estar preparada para prestar um atendimento eficaz, na tentativa de evitar danos ao paciente (XAVIER, ROCHA, NAKAMURA, 2007).

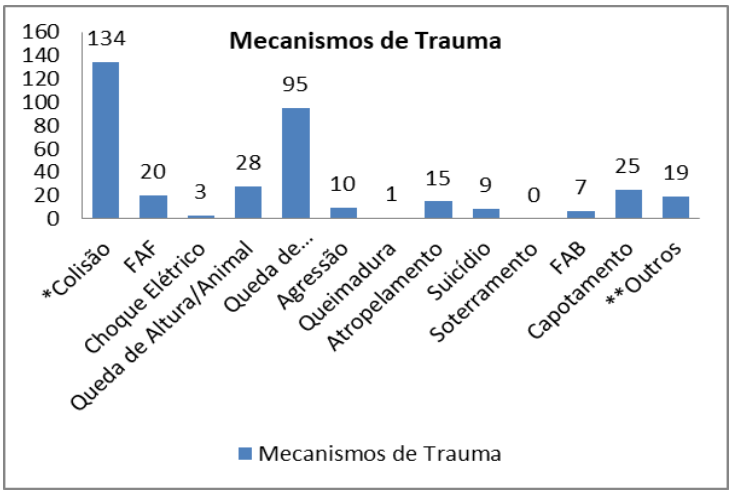
Na literatura há poucos trabalhos especificamente em relação às ocorrências de causas clínicas, na maioria dos estudos os principais pontos referem ao atendimento ao trauma (GEBELEIN; DESGUALDO; ZUCCHI, 2006).

Um estudo realizado por Carvalho e Bez Júnior (2004) no município de São Paulo, demonstrou que as vítimas de traumas atendidas pelo SAMU, são responsáveis por cerca de 80% dos atendimentos. Constatou-se que os acidentes de trânsito possuem a maior prevalência entre as causas de trauma, com colisão (134 casos) e queda de moto (95 casos) como explicitado na figura 5. É bastante provável que o número de vítimas de acidentes de transporte seja ainda maior, visto que muitas mortes ocorrem no local do acidente, não sendo transportadas, portanto, para o hospital. Os acidentes de transporte,

dentre as causas externas, é o segundo grupo mais atendido (MESQUITA FILHO; JORGE, 2007).

Desta forma, é necessário que a população em geral, conheça a noção de urgência e emergência, pois algumas condições poderiam ser solucionadas nas próprias Unidades Básicas de Saúde. Isso diminuiria a quantidade de casos atendidos em hospitais que poderiam ser solucionados na atenção básica, diminuindo assim, a sobrecarga dos serviços de urgência/emergência (BRASIL, 2007).

Figura 5: Distribuição dos Mecanismos de Trauma, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.



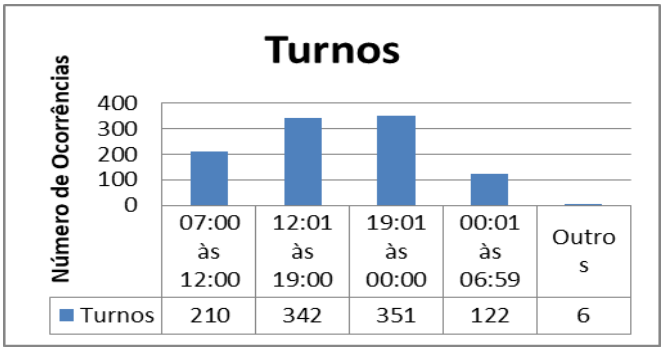
Na Bahia, a mortalidade por causa externa no ano de 2011 apresentou 118 óbitos, dos quais 41 foram por acidentes de transporte. A imprudência na direção (70%) juntamente com o uso do álcool está entre as principais causas decorrentes do fator humano (MODELLI; PRATESI; TAUILI, 2008).

Os acidentes de transito e a violência tem um forte efeito sobre o setor saúde e também econômico. Pois a maioria das suas vítimas são homens em idade ativa, que trabalham e que muitas vezes acabam ficando impossibilitados de trabalharem devido sequelas dos acidentes. Tem um forte impacto sobre o setor saúde, pois geram gastos com cirurgias e tempo de internação hospitalar (BRASIL, 2006).

Ainda que, como mostra o presente estudo, o número de colisões seja mais alto, Pereira e Lima (2006) relatam que acidentes envolvendo pedestres frequentemente são mais graves.

As ocorrências apresentaram maior prevalência no turno da noite (das 19:01 às 00:00) com 351 ocorrências, tarde (12:01 às 19:00) 342 ocorrências, seguido do turno da manhã (07:00 às 12:00) 210 ocorrências. O turno da madrugada (00:01 às 06:59), teve a menor incidência com 122 ocorrências.

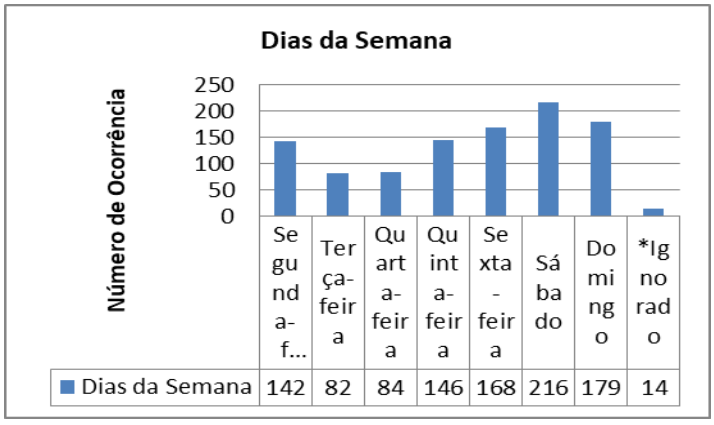
Figura 6: Distribuição dos Turnos, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.



Os dias da semana que houve maior número de atendimentos de ocorrências foram no sábado (216 ocorrências), com uma prevalência acentuada, seguido de domingo (179 ocorrências) e sexta-feira (168 ocorrências), como mostra a figura 7. Isso pode ser pelo fato das unidades básicas não funcionarem nos finais de semana, ocorrendo assim uma maior procura do SAMU nesse período. Oliveira e Jorge (2008) relatam em estudo realizado na Cidade de Cuiabá/MT, que os atendimentos distribuem-se principalmente nos finais de semana (45,1%).

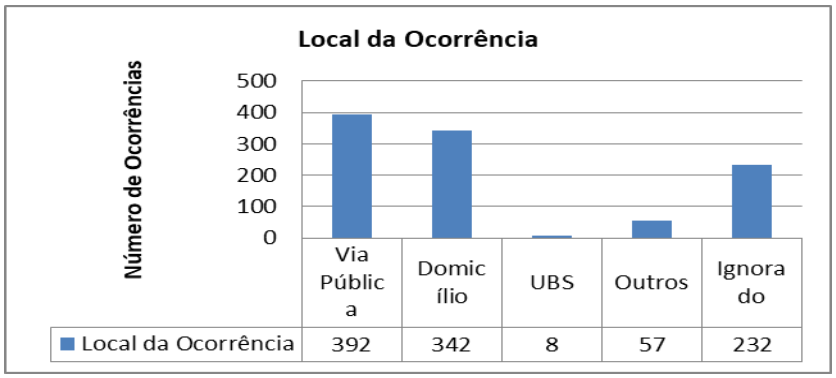
Pereira e Lima (2006), em sua pesquisa constataram que a maior parte dos atendimentos das ocorrências aconteceu no período da tarde (37,7%), o que se diferencia do presente estudo, visto que o mesmo identificou uma maior prevalência no período noturno. Em outro estudo realizado por Mesquita Filho e Jorge (2007), demostra a que a maior parte dos atendimentos foram nos finais de semana (sexta, sábado e domingo) e os dias de menos incidências foram as quarta e quinta-feira, e também predominantemente no período da tarde; o que pode estar relacionado ao fato de nos finais de semana, as pessoas tendem a estar em atividades de lazer, o que pode proporcionar o abuso de álcool e outras substancias, e também tendem a estar em locais de grande aglomeração pública e também de lugares com muito trafego de veículos.

Figura 7: Distribuição dos Dias da Semana, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.



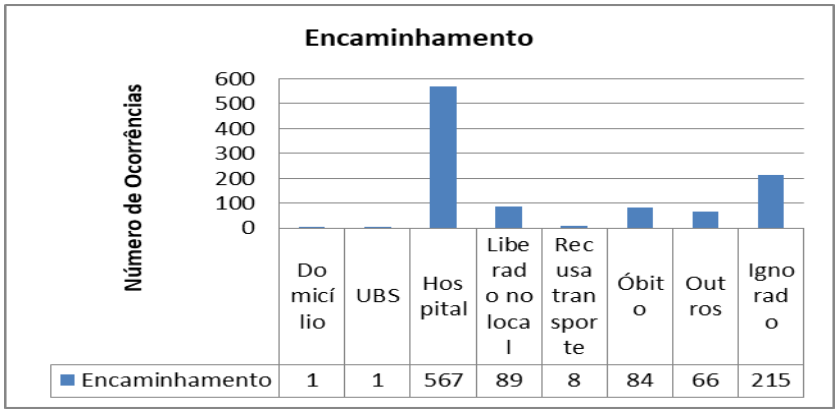
Com relação ao local das ocorrências atendidas, a via pública (392 ocorrências) apresentou uma maior prevalência, seguido de domicílio (342 ocorrências), como exposto na figura 8. Em estudo realizado por Mesquita Filho e Jorge (2007), constatou-se que a maior parte dos agravos aconteceu na residência da vítima, o que diferencia deste estudo, que identificou uma maior prevalência na via pública. Já estudo realizado por Santos et al (2008) identificou a ocorrência de agravos em maior quantidade em vias públicas (39,10%), seguido de domicílio (32,47%), o que condiz com o presente estudo.

Figura 8: Distribuição quanto ao local de ocorrência, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.



A maioria das ocorrências foi encaminhada para o hospital (567 ocorrências), seguido de liberado no local (89 ocorrências), como mostra a figura 9. O total de óbitos, tanto no que se refere às encontradas no local do acidente, como as que ocorreram durante o atendimento, somou o total de 84 óbitos.

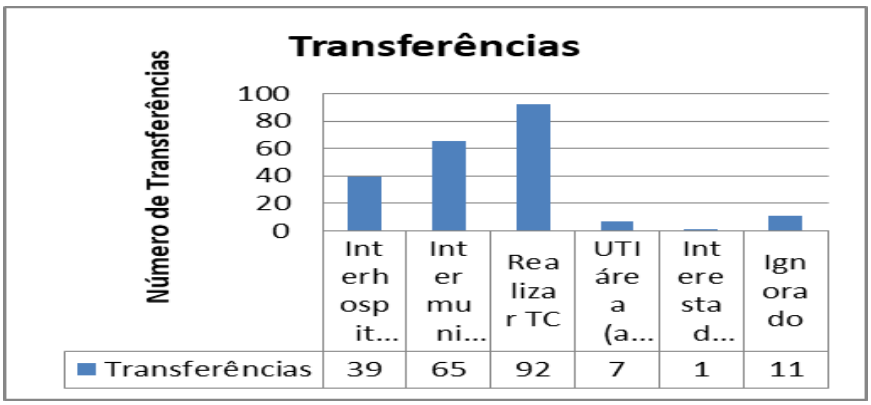
Figura 9: Distribuição quanto ao encaminhamento, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.



Quanto às transferências, houve uma maior prevalência no transporte de pacientes graves internados no hospital, para a realização de Tomografia Computadorizada (92 transferências) devido o exame ser realizado em uma clínica fora do hospital, mas dentro do próprio município do presente estudo foi realizado. Em seguida, transferências

intermunicipais (65 transferências) é a segunda causa de transferências. Estudo realizado por Moreira et al. (2011) revela que 42% das transferências foram intermunicipais, 51% para a realização de exames no município e 7% para a realização de fisioterapias. Tais resultados se assemelham aos encontrados no presente estudo.

Figura 10: Distribuição quanto as transferências, Guanambi-Ba, Brasil. 2013.



Foi grande o número de fichas de atendimentos de ocorrências com dados ignorados, preenchidas inadequadamente, com letra ilegível, o que dificultou a coleta de dados do presente estudo. Percentuais de dados ignorados, já são esperados nesse tipo de atendimento, devido o cuidado de o paciente ser priorizado em relação ao curto de tempo que dispõe o atendimento (SOUZA; CABRAL, 2008). Mesmo assim, faz-se necessário que a equipe esteja orientada quanto a necessidade e importância do preenchimento correto das fichas de atendimentos, pois através das mesmas é possível um acompanhamento do perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU.

CONCLUSÃO

O SAMU é um serviço de extrema necessidade para população brasileira, pois atende inúmeras ocorrências tanto clínicas como traumáticas, diminuindo assim o tempo de atendimento, o que pode evitar sequelas, a morte e também o tempo de internação hospitalar. Pacientes graves são salvos ao receberem suporte de vida avançado, melhorando assim os indicadores de morbimortalidade, influenciando assim na qualidade de vida individual e coletiva.

Através dos dados coletados do SAMU, é possível traçar um perfil dos atendimentos realizados pela USA, em que foram identificados, em sua maioria, pacientes de ocorrências clínicas (38%), predominantemente do sexo masculino (63%), com faixa etária entre 20 a 29 anos (196 ocorrências), os quais foram atendidos no período da noite (351 atendimentos), com local da ocorrência em via pública (392 atendimentos), e foram encaminhados para o hospital (567 ocorrências).

A USA atende inúmeros tipos de ocorrências, mas ainda necessita de sensibilização com toda a equipe para a importância do preenchimento correto das fichas de atendimentos, pois o preenchimento inadequado termina em muitos dados ignorados, e outros inelegíveis devido às letras.

O SAMU deve trabalhar em conjunto com outros serviços, como por exemplo, Bombeiros, Policia Militar, entre outras entidades civis, o que facilita a integração do sistema e diminui o tempo de atendimento e melhora a qualidade da assistência e por fim pode salvar mais vidas.

Os atendimentos realizados pelo SAMU, contribuem de forma significativa na tentativa de diminuição da superlotação dos hospitais, pois a própria equipe avalia e dependendo da necessidade, o paciente é liberado no local da ocorrência, levado para UBS ou domicilio, entre outros e também contribuem nas transferências inter-hospitalares.

Sendo assim, o perfil dos atendimentos realizados pela USA do SAMU permitiu traçar o funcionamento do serviço, pois através das informações é possível implementar ações e políticas para melhoramento do serviço e capacitação dos profissionais, além de poderem ser usados pelos gestores do setor saúde para alocação de recursos. Os profissionais necessitam de Educação Permanente para manterem constantemente atualizados. A identificação do local da ocorrência é de suma importância, pois assim é pois assim é possível formular ações de cunho preventivo.

Faz-se necessário também a realização de novos estudos sobre a temática, para analisar os atendimentos, a qualidade do serviço e identificar possíveis falhas.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Lucas Emanuel de Lima et al. **Impacto da Lei Seca na prevalência de agravos externos na Ceilândia** – DF. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art02.pdf. Acesso em: 01 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde.** – 3ª ed. ampl.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação e Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-200**7. Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Óbitos por Causas Externas no Brasil. DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (a).

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Urgência. Portaria GM 2.048, de 5 de novembro de 2002. **Sistemas estaduais de urgência e emergência.** Brasília, DF 3ª ed. 2006 (b).

CABRAL, Amanda Priscila de Santana; SOUZA, Wayner Vieira de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 11, n. 4, Dec. 2008.

CARVALHO, A. de O.; BEZ JÚNIOR, Américo. Caracterização das vítimas de trauma assistidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar**. Einstein**, v. 2, n. 3, p. 199-205, 2004.

MESQUITA FILHO, Marcos; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 579-591, 2007.

CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro et al. Vítimas de trauma por causas externas na cidade de Uberaba-MG. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 1, p. 100-106, 2008.

FERNANDES, Rosana Joaquim. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. 2004. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GEBELEIN, Nádia Maria; DESGUALDO, Cláudia Maria; ZUCCHI, Paola. Utilização e resolubilidade de sistema de atendimento pré-hospitalar. **Rev. adm. saúde**, p. 108-114, 2006.

GIL, Antônio Carlos**. Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. – São Paulo: Atlas, 1991.

HOLLAS, Francieli. **Caracterização das ocorrências demandadas ao SAMU-Chapecó/SC e a especificidade do trabalho da enfermagem**. Dissertação (Graduação em Enfermagem) - Centro Educacional do Oeste – CEO, Enfermagem – ênfase em Saúde Pública, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Santa Catarina. 2009.

LADEIRA, Roberto Marini; BARRETO, Sandhi Maria. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p.287-294, fev, 2008.

MODELLI, Manoel Eugenio dos Santos; PRATESI, Riccardo; TAUIL, Pedro Luiz. Alcoolemia

los vitimas Fatais de Acidentes de Trânsito no Distrito Federal, Brasil. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v 42, n. 2, abril de 2008

MOREIRA, Fabricio Marques et al. Serviço de Urgência e Emergência-192: Incidência dos atendimentos em um município do Vale do Paraíba. **Emergência clínica**, v. 33, n. 33, p. 25-30, 2011.

OLIVEIRA, Ligia Regina de; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 11, p. 420-430, 2008.

PEREIRA, Waleska Antunes da Porciúncula; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, p. 279-283, 2006.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Acidentes e violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 211-218, 2008.

XAVIER, Sandro Marcelo; ROCHA, M. R. S.; NAKAMURA, Eunice Kyosen. Crise convulsiva e o serviço de atendimento móvel de Urgência–SAMU. 2007

CAPÍTULO 19

O ENFERMEIRO GESTOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Natalia Silva Dos Santos[1];

Centro Universitário UniFamec, Camaçari, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0869499723557529

Randson Souza Rosa[2];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Vinicius Santos Barros[3];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4356683102009597

Sávio Luiz Ferreira Moreira[4];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2688996011413839

Cristian Lucas dos Santos Bezerra[5];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/9093131597994229

Stephanie de Souza Alcantara[6];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7713301154598266

Bruno Gonçalves de Oliveira[7];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane dos Santos Bomfim[8];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

Delmo de Carvalho Alencar[9];

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

http://lattes.cnpq.br/7139193111298241

André Santos Freitas[10];

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7809891306867174

Cassia Menaia França Carvalho Pitangueira[11];

Centro Universitário de Tecnologia e Ciências (UNIFTC), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2688030878587613

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[12];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

RESUMO: Cada vez mais observa-se a necessidade da presença do enfermeiro como gestor na Atenção Primária à saúde, uma vez que suas funções gerenciais são desenvolvidas para solucionar problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, desenvolver estratégias, efetuar diagnósticos de situações, garantindo o desempenho de uma ou mais pessoas entre outras atividades que são imprescindíveis nesses serviços de cuidados primários. Assim, objetivou-se analisar a atuação do enfermeiro na gestão da Atenção Primária à Saúde. Foi realizada uma revisão integrativa com abordagem qualitativa, onde teve como questão norteadora: Como são desenvolvidas as funções gerenciais do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde? Foi realizado levantamento de artigos disponíveis no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BVS), publicados no Brasil, no período de 2000 a 2019, também utilizado este corte temporal devido à busca por publicação de artigos mais atuais sobre a temática que tratassem sobre o papel do enfermeiro como gestor na Atenção Primária à Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Atenção Primária à Saúde, enfermagem, prática profissional, organização e administração. Foi evidenciada uma característica muito importante do gestor é a habilidade de ter um relacionamento interpessoal que facilite a realização de planejamento frequentemente das atividades, para adequações necessárias na Atenção Primária à Saúde. Para o gestor é um grande desafio é o déficit de profissionais na unidade de saúde, onde acaba assumindo múltiplas funções, gerando uma sobrecarga de atividades e mau atendimento aos usuários. Neste sentido, conclui-se que para sanar as dificuldades encontradas pela equipe, o enfermeiro, precisa realizar reuniões e também propor atividades de entretenimento, contendo palestras motivacionais e atividades laborais de educação em saúde, conhecendo os pontos fracos/fortes de cada um da equipe para que possa elaborar, proporcionando dias de trabalho mais produtivos de acordo com as necessidades do grupo, dinamizando os serviços de saúde e proporcionando um ambiente de trabalho harmonioso.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Organização e administração.

THE NURSE MANAGER IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The need for nurses to be present as managers in Primary Health Care is increasingly observed, since their managerial functions are developed to solve problems, dimension resources, plan their application, develop strategies, diagnose situations, ensuring performance of one or more people among other activities that are essential in these primary care services. Thus, the objective was to analyze the role of nurses in the management of Primary Health Care. An integrative review with a qualitative approach was carried out, where the guiding question was: How are the managerial functions of the Nurse in Primary Health Care developed? A survey of articles available in the database of the Virtual Library in Nursing Health (BVS), published in Brazil, from 2000 to 2019, was also used, this time cut was also used due to the search for the publication of more current articles on the subject that dealt with on the role of nurses as managers in Primary Health Care. The following descriptors in health sciences (DeCS) were used: Primary Health Care, nursing, professional practice, organization and administration. A very important characteristic of the manager was evidenced is the ability to have an interpersonal relationship that facilitates the planning of activities frequently, for necessary adjustments in Primary Health Care. For the manager, a great challenge is the shortage of professionals in the health unit, where he ends up taking on multiple functions, generating an overload of activities and poor service to users. In this sense, it is concluded that to solve the difficulties encountered by the team, the nurse needs to hold meetings and also propose entertainment activities, containing motivational lectures and work activities of health education, knowing the weaknesses/strengths of each one of the team. so that it can elaborate, providing more productive working days according to the needs of the group, streamlining health services and providing a harmonious working environment.

KEY-WORDS: Primary Health Care. Nursing. Organization and Administration.

INTRODUÇÃO

O Sistema de saúde Brasileiro ao longo dos anos sofreu diversas transformações, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, onde foram estabelecidos os princípios e as diretrizes para a reforma tendo como base principal a descentralização das ações e serviços de saúde, repercutindo diretamente no reordenamento dos serviços de saúde para os municípios. (GOMES *et al*., 2016).

Uma dessas transformações, ocorreu em 1994, onde Ministério da Saúde vigente cria a Unidade de Saúde da Família (USF), que veio com o propósito de organizar o sistema único de saúde, na municipalização e participação da comunidade, sendo a principal porta de entrada dos usuários, visando ser resolutiva e humanista através de profissionais capacitados para assistir aos problemas e agravos de saúde pública e construções de

novos saberes, por meio de campanhas educativas, que promovam a saúde e previnam doenças em geral (BRASIL, 2011).

A USF está inserida na atenção primária à saúde tendo como objetivo reafirmar os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção da saúde e as diretrizes da descentralização da gestão, participação popular, regionalização e hierarquização. Deste modo, a USF é responsável pelo acompanhamento de famílias, localizadas em uma determinada área geográfica, atendendo as necessidades básicas dessa população. (FERNANDES *et al*., 2019).

A equipe da USF é composta, em sua formação mínima, de médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-SB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2014).

O Enfermeiro da atenção básica possui papel essencial na condução do processo. Cabendo ao mesmo, ser o responsável para supervisionar e treinar a equipe de Enfermagem e os agentes comunitários de saúde, além de realizar atividades de educação continuada/ permanente com os referidos profissionais. Promovendo a integração e bom relacionamento com a equipe de saúde, sendo assim um exemplo para manter um local de trabalho motivado, para prestação de serviços com qualidade, tanto para equipe e os clientes, através da boa gestão, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (SILVA, 2012).

Assim, faz-se necessário que, o Enfermeiro possua conhecimentos e habilidades nas áreas de saúde e de administração, legislação profissional, além da ética, bioética, fazendo-se necessário uma visão geral a saúde integral dos sujeitos ali inseridos, no dia a dia, múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e da educação em saúde que associadas às dificuldades encontradas nesse contexto possa proporcionar o bom andamento na unidade de saúde da família (FERNANDES *et al*., 2019).

Deste modo, a prática gerencial do enfermeiro vem ganhando cada vez mais espaço e se destacando no que faz, com uma relação sempre próxima do paciente, o qual possibilita o profissional de saúde estar sempre informado sobre estado de saúde atual e ouvindo as principais queixas do paciente, analisando onde deve melhorar, buscando o melhor plano e cuidado a ser aplicado (FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

A atribuição do enfermeiro como Gestor na Unidade de Saúde da Família vem avançando com novos padrões de indicadores de qualidade, que visam aumentar a resolutividade do serviço, minimização dos conflitos, superação das limitações que o serviço de saúde apresenta, para prestar uma boa assistência baseada nos princípios do SUS (Manual do PMAQ, 2015). O Enfermeiro na atenção à saúde, tem se apresentado com grande relevância na coordenação de programas do governo federal, estadual e municipal e no gerenciamento de unidades de saúde, sua atuação contribui para a melhoria desses

serviços.

Sendo assim, esta pesquisa justifica-se pelo interesse de ampliar o olhar sobre a gerência como ferramenta essencial para método de trabalho, tendo em vista a necessidade de analisar e discutir as funções do enfermeiro para a sua prática gerencial em Unidades de Saúde da Família (USF), bem como, disseminar conhecimento tanto no âmbito educacional, quanto social e acadêmico sobre a atuação do enfermeiro como gestor para atender as necessidades existentes na USF, para tal, esta pesquisa traz como objetivo: analisar a atuação do enfermeiro na gestão da Atenção Primária à Saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

As atividades do Enfermeiro em gerenciamento na USF, é realizada de maneira dinâmica, em conjunto com a comunidade e a equipe multidisciplinar facilitando a análise das ações tomadas, na execução de ações compatíveis com as propostas do SUS, na construção de um atendimento humanizado, com metodologias de trabalho inovadoras e criativas na liderança da equipe interdisciplinar, contribuindo para a qualidade do cuidado, com uma postura ética (SILVA, 2012).

De acordo os estudos de Fernandes et al. (2019) o gerente atua como interlocutor e mediador do processo de trabalho:

A atuação de gerentes que têm o papel de solucionar problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, desenvolver estratégias, efetuar diagnósticos de situações, garantir o desempenho de uma ou mais pessoas entre outras atividades que são imprescindíveis. Nesse contexto, a ação gerencial numa USF caracteriza-se em grande parte pela análise do processo de trabalho, com identificação de problemas e busca de soluções para reorganização das práticas de saúde, na tentativa de alcançar as metas descritas no planejamento (FERNANDES et al., 2019).

Outro fator importante que condiz com a importância de gerenciar equipes, sendo crucial para o enfermeiro gestor, o investimento em desenvolvimento da educação continuada, principalmente quando relacionados a capacidade de integração e relacionamento com equipe, empatia, motivação, elaboração e planejamento na construção dos projetos, entre outros fatores imprescindíveis para alcançar bons resultados no âmbito da USF.

De acordo Gomes et al.(2016) “as atividades essenciais do gerenciamento estão relacionadas tanto ao processo de organização da USF quanto no processo de formação”, ou seja, capacitação e educação permanente junto a equipe laboral e comunidade.

Dentro da AB foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), onde foi apresentado em 1994 pelo Ministério da Saúde, onde é conhecido como a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde. Devido ao seu atendimento inicial, com objetivo de orientar sobre a prevenção de doenças, solução de possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. Funcionando assim como

um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços das redes de atenção a saúde. (BRASIL, 2011).

Ao decorrer dos anos em 2006, o Ministério da Saúde passou a denominar o PSF como USF por meio da Portaria n° 648/06. A alteração deu-se a fim de fortalecer a ideia da Saúde da Família como o eixo estruturante da atenção básica e não apenas como mais um programa entre outros propostos pelo Ministério da Saúde. Visando à produção de novos modos de cuidado, a USF propõe a visita domiciliar (VD) como instrumento central no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2011).

Não se faz saúde da família com apenas uma categoria profissional, os saberes e as ações são interdependentes e complementares, a saúde da família faz-se com olhar atento e diferenciado de cada membro da equipe, com a integração multiprofissional, onde pretende humanizar as práticas de saúde promovendo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, busca a integralidade da assistência e o desenvolvimento de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

Na Portaria n° 2.436, o perfil de um gerente da ABS deve ser de um profissional qualificado, de preferência com nível superior para gerenciar, que tem por objetivo contribuir para o aprimoramento e qualificação do trabalho nas unidades, fortalecendo a atenção prestada pelos profissionais das equipes à população. Garantindo educação continuada, principalmente no aprimoramento da informatização para os registros eletrônicos (BRASIL, 2014).

O gestor deve ser estrategista, conhecedor do território e de conceitos básicos visando à descentralização dos serviços, sendo assim o enfermeiro como gestor deve exercer de forma dinâmica, sempre desenvolvendo atividades conjuntas a população, fazendo com que a população tenha fácil acesso ao sistema de saúde, garantindo e valorizando o processo de comunicação e a efetividade do trabalho multiprofissional. (Lanzoni *et al*., 2016).

O líder deve buscar impulsionar e aperfeiçoar trabalho da equipe, pois reconhece que o sucesso de trabalho depende de cada um dos membros, a cooperação e os mecanismos de comunicação, são de suma importância para que o enfermeiro desenvolva bom trabalho em equipe, para realizar o gerenciamento e administração da força de trabalho, recursos físicos, materiais e de informação, estabelecendo parcerias e relações efetivas entre os profissionais da equipe multiprofissional.

As ações do Enfermeiro na AB envolvem reuniões com equipe, educação continuada, capacitações, preenchimento de relatórios, assim como as funções assistenciais, uma vez que ambas estão interligadas. Para que ocorra um bom gerenciamento é necessário planejamento, ou seja, deve-se estabelecer um plano de ação envolvendo todos os profissionais da equipe e a comunidade (LEITÃO, 2011).

Um desafio enfrentado pelo Enfermeiro na gerência da AB, encontra-se na organização do trabalho de outros profissionais devido, para Fernandes et al. (2019) a falta de compromisso dos funcionários para desenvolver suas atividades, e com a falta de tempo para reuniões acaba desencadeando vários problemas na assistência e no relacionamento interpessoal entre a equipe. (FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

Outro desafio também encontrado é o déficit de profissionais, onde apresenta um grande problema no trabalho do gerente da unidade, pois termina assumindo múltiplas funções, gerando assim sobrecarga de atividades o que acarreta em um mau atendimento prestado aos usuários. Aliado a isso podemos citar a deficiência de recursos matérias e infraestrutura, que devido á alta demanda ocorre grande falta de materiais para realização de procedimentos, fazendo com que os profissionais deixem de prestar os serviços para a população com qualidade. (FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

O atendimento sem qualidade, devido a grandes filas, onde a solução depende da forma que enfrentamos esses problemas, com um planejamento adequado e tomadas as medidas cabíveis, para amenizar a insatisfação da população.

Para falar sobre as práticas da gestão na AB é importante falar como deve ser o perfil do gerente. Segundo a Sociedade Brasileira de Coaching, ser gerente é muito mais do que conduzir. É ter a capacidade de descobrir e aproveitar os pontos fortes de cada colaborador. É assegurar o bom desenvolvimento. A motivação, liderança e facilidade de comunicação são algumas características do bom gerente (Fernandes *et al*., 2019).

Planejar é a capacidade perceptível no ser humano, em concordância da prática integrante do cotidiano de trabalho e os indicadores acabam fornecendo subsídio para organização no processo de trabalho, definição de prioridades e estratégias a serem implementadas. (GOMES *et al*., 2016).

É denominado como um processo, ou seja, uma sucessão de etapas que se desencadeiam numa sequência lógica, obedecendo a normas, métodos e técnicas específicas tendo como função alcançar seus objetivos em prazos e etapas anteriormente definidas, além de podemos prever as necessidades específicas, ou seja, deve-se ter em mente o que é necessário para ser realizado em uma realidade concreta, e para que seja eficiente, eficaz e efetivo eles devem ser definidos de forma clara e objetiva. (GOMES *et al*., 2016).

Outra característica muito importante a ser considerada é que um planejamento frequentemente propõe mudanças, e seu sucesso depende do reconhecimento de que essas mudanças são necessárias, porém propor tais mudanças e mudar é complicado, e muitas vezes podem gerar ansiedade e resistência, o que pode vir a afetar o relacionamento entre os grupos e os líderes dos grupos.

De acordo com Fonseca, 2015, o enfermeiro para realizar um bom planejamento da Atenção Básica de Saúde, precisa seguir as fases ou etapas a seguir:

Etapa 1: Conhecimento do sistema ou da realidade, que consiste na elaboração de um diagnóstico situacional.

Etapa 2: Definição de objetivos, onde é necessário estabelecer aquilo que se quer alcançar (o objetivo), mas que não deve ser confundido com o método de trabalho, com o como se pode alcançar, com a ação para se alcançar aquilo que se deseja.

Etapa 3: Estabelecimento de prioridades, onde é necessário tomar decisões sobre a ordem em que as ações devem ser tomadas, definir uma sequência de prioridades, escolhendo quais os meios que serão utilizados para alcançar os fins.

Etapa 4: Seleção de meios e recursos: onde é importante que se descreva quais os recursos possíveis, viáveis e disponíveis, sejam eles humanos, materiais e físicos, para que estratégias sejam definidas na otimização desses recursos, no sentindo de se alcançar os objetivos propostos.

Etapa 5: Estabelecimento do plano operacional, que consiste em se definir, através de uma sequência lógica de eventos como os objetivos serão traçados.

Etapa 6: Desenvolvimento, esta etapa consiste em se colocar em prática, executar, aquilo que se planejou, evolve a ação e a coordenação.

Etapa 7: Onde o aperfeiçoamento é colocado em prática, que é necessário avaliar e replanejar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa com abordagem qualitativa, onde teve como questão norteadora: Como são desenvolvidas as funções gerenciais do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde?

A revisão integrativa permite que o profissional se baseie em evidências sendo que os resultados de pesquisa após coletados são avaliados e sintetizados, permitindo a visualização das respostas, no qual podem ser usados os resultados de pesquisa e assim unindo à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a atuação do profissional em enfermagem (MENDES *et al*., 2008).

Foi realizado levantamento de artigos disponíveis no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BVS), publicados no Brasil, no período de 2000 a 2019, também utilizado este corte temporal devido à busca por publicação de artigos mais atuais sobre a temática que tratassem sobre o enfermeiro como gestor na atenção básica. Foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Atenção Primária à Saúde, enfermagem, prática profissional, organização e administração, utilizando operador

booleando □AND□ entre os descritores.

No critério de inclusão obteve-se: artigos originais e disponibilizados na íntegra, publicados no idioma português, a partir de 2000. Sendo excluídos resumos, dissertações e teses; duplicados e aqueles que não respondiam à questão de pesquisa. Resultando no total de 126 artigos selecionados e lidos, sendo selecionados apenas 12 artigos para análise, por apresentarem assuntos ligados ao enfermeiro como gestor na Atenção Primária à Saúde, conforme fluxo da pesquisa. A análise dos dados seguiu os passos recomendados por Bardin (1977), segundo Análise Categorial, como mecanismo metodológico desta revisão.

CONCLUSÃO

É essencial o trabalho do Enfermeiro enquanto gerente de programas e serviços de saúde no âmbito do SUS, dando assim à enfermagem oportunidade de construir mudanças efetivas em direção a implementação do sistema, fazendo necessário que os Enfermeiros assumam posições de poder e liderança no interior do SUS, qualificando-se para o gerenciamento de modo a garantir que a USF seja realmente o instrumento para reorganização da assistência à saúde em nosso país.

No desenvolvimento das atividades do enfermeiro atuando como gerente na APS, deve ter espírito de liderança da equipe interdisciplinar, contribuindo com a qualidade dos serviços prestados, com uma postura ética, solucionando problemas, desenvolvendo estratégias, garantindo o desempenho da equipe multidisciplinar.

Para garantia dos serviços prestados na APS, o Enfermeiro que atua como gestor deve ser estrategista, conhecedor do território, exercendo suas atribuições de forma dinâmica, sempre desenvolvendo atividades conjuntas a população, tornado assim de fácil acesso ao sistema de saúde ao usuário, garantindo e valorizando o processo de comunicação e a efetividade das atividades desenvolvidas.

A função de liderança vem se destacando a cada dia, impulsionando e aperfeiçoando trabalho da equipe, onde reconhece o empenho de cada um dos membros, sendo de suma importância para que o enfermeiro desenvolva um bom trabalho na AB, através do gerenciamento e administração dos recursos, para o sucesso dos profissionais da equipe multiprofissional.

As dificuldades encontradas para realização deste estudo foram a escassez de pesquisas que trate desta temática. Nessa perspectiva, a presente pesquisa configurou-se como importante para futura atuação do enfermeiro nas consultas, sobre o papel enquanto gestor na APS.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Analise da universalidade, da equidade e da integralidade**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

FERNANDES, Josieli Cano et al. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do Enfermeiro**. Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe6, p. 22-35, 2019.

FERNANDES, J; CORDEIRO, B.C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Revista Brasileira de Enfermagem Recife**, v. 12, n. 1, p. 194-202, jan., 2018.

FONSECA, E.G.F. **A saúde como direito à cidade: potencialidades dificuldades do programa médico de família na rede de saúde de Niterói**. Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

GOMES, Daniela Rosa et al. Gestão na estratégia de saúde da família: desafios para o (a) enfermeiro (a). **Revista das ciências da saúde do oeste baiano** - higia 2016.

LANZONI G.M.M. et al. Práticas de liderança do enfermeiro na Atenção Básica à Saúde. Uma teoria fundamentada nos dados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina (Brasil), v. 25, n. 4, p. 1-9, mai. 2016.

LEITÃO, G.C.M. Reflexões sobre gerenciamento. **Texto e contexto enfermagem,** UFSC, v. 10, n. 53, p. 104-115, 2011.

MANUAL INSTRUTIVO DO PMAQ. **Enfermeiro gestor para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF**. Brasília – DF, 2ª edição. Ministério da Saúde, 2015.

MENDES, Karina Dal Sasso, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem,** v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

CAPÍTULO 20

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SISTEMA PENAL BRASILEIRO

Eduardo Carvalho Teles[1];

Universidade Católica De Salvador (UCSAL), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4980583696639273

Randson Souza Rosa[2];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/1974708918919560

Vinicius Santos Barros[3];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4356683102009597

Maísa Mônica Flores Martins[4];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7166331324185178

Cristian Lucas dos Santos Bezerra[5];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/9093131597994229

Tarcisio Pereira Guedes[6];

Universidade Estadual de Feira de Santa (UEFS), Feira de Santana, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4551953062032366

Bruno Gonçalves de Oliveira[7];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/0532194655239305

Eliane dos Santos Bomfim[8];

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2509845215506042

Delmo de Carvalho Alencar[9];

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

http://lattes.cnpq.br/7139193111298241

André Santos Freitas[10];

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/7809891306867174

Cassia Menaia França Carvalho Pitangueira[11];

Centro Universitário de Tecnologia e Ciências (UNIFTC), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/2688030878587613

Frank Evilácio de Oliveira Guimarães[12];

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia.

http://lattes.cnpq.br/4328986702793192

RESUMO: O presidiário possui direitos com relação a assistência saúde, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, evidencia-se realidades diferentes, visto que estes presos não possuem acesso aos serviços e recursos necessários que deveriam ser disponibilizados para uma assistência integral e de qualidade. Assim, objetivou-se descrever a atuação da equipe de enfermagem no sistema prisional brasileiro. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, através das seis etapas preconizadas a este tipo de estudo. Foram utilizados os seguintes Descritores de Ciências em Saúde (DeCS), sendo estes: “Prisões”, “Cuidados de Enfermagem” e “Assistência de Custódia”. Os critérios de inclusão foram aplicados na busca avançada da Biblioteca Virtual em Saúde junto aos operadores booleanos, da seguinte forma: Cuidados de Enfermagem AND Assistência de Custódia OR Prisões. Apesar de desempenhar um papel de extrema importância dentro das unidades prisionais, o profissional de enfermagem apresenta diversos desafios para concretização da atuação do cuidado, seja ele básico ou de média e alta complexidade. Nesse sentido, conclui-se que a realidade precária das unidades prisionais são questões globais, ecoando diretamente na prática de cuidado realizado pelos profissionais de enfermagem, que necessitam de mais recursos e melhores cumprimento das necessidades dos cárceres que estão previstos em lei, além de várias outras melhorias necessárias para uma assistência de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Prisões. Cuidados de Enfermagem. Assistência de Custódia.

NURSING PERFORMANCE IN HEALTH CARE IN THE BRAZILIAN CRIMINAL SYSTEM

ABSTRACT: Prisoners have rights in relation to health care, as recommended by the Unified Health System (SUS), however, different realities are evidenced, since these prisoners do not have access to the necessary services and resources that should be made available for comprehensive care. and of quality. Thus, the objective was to describe the performance of the nursing team in the Brazilian prison system. An integrative literature review was carried out, through the six stages recommended for this type of study. The following Health Science Descriptors (DeCS) were used, namely: “Prisons”, “Nursing Care” and “Custodian Assistance”. The inclusion criteria were applied in the advanced search of the Virtual Health Library with the Boolean operators, as follows: Nursing Care AND Custody Assistance OR Prisons. Despite playing an extremely important role within the prison units, the nursing professional presents several challenges for the implementation of care, whether basic or medium and high complexity. In this sense, it is concluded that the precarious reality of prison units are global issues, echoing directly in the practice of care performed by nursing professionals, who need more resources and better compliance with the needs of prisons that are provided for by law, in addition to several other improvements necessary for quality assistance.

KEY-WORDS: Prisons. Nursing Care. Custody Assistance.

INTRODUÇÃO

O sistema prisional é um núcleo que apresenta grandes déficits a níveis globais, como superlotação, carência de recursos, ausência de efetivação de direitos, condições insalubres e até mesmo altos índices de violência. (SOARES et al., 2020)

O Brasil encontra-se entre os cinco países que apresentam maior população carcerária, números que aumentam a cada ano, contribuindo para a redução das condições ideais desses indivíduos e diminuição da aplicabilidade dos direitos direcionados aos cidadãos desprovidos de liberdade, visto que, quanto maior o número de cárceres, mais complexo se torna a efetivação do que é preconizado em lei. (RIBEIRO, 2017; SOARES et al., 2020).

O presidiário tem direito a uma assistência integral, de acordo com os princípios e diretrizes nacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, a realidade identificada diverge do que é preconizado, onde estes presos não possuem acesso aos serviços e recursos necessários que deveriam ser disponibilizados para uma assistência completa e de qualidade, tornando-se um desafio toda e qualquer atuação para cumprimento da legislação (JASKOWIAK, FONTANA, 2015).

Diante de tantas dificuldades apresentadas para concretização do cuidado dessa população, é evidente o risco de desenvolvimento de patologias dentro das unidades prisionais, principalmente as doenças infectocontagiosas e os transtornos mentais. Entre as infectocontagiosas temos a tuberculose, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a depressão e até mesmo ansiedade, sem levar em conta os indivíduos que adentram o sistema prisional com comorbidades já existentes. (MACDONALD, 2018; SERRA, LIMA, 2019)

A gestão de doenças realizada pela equipe multiprofissional está atrelada à prevenção, promoção de cuidados, controle da proliferação de doenças para funcionários e visitantes e manutenção e recuperação da saúde, além da reinserção na sociedade. Cada profissional de saúde que se encontra atuante nessas repartições, possuem um papel fundamental e complementar, dentre eles médicos, equipe de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e odontólogos, cada um exercendo o cuidado ao qual lhe compete (RIBEIRO, 2017; REIS,2019).

Os profissionais de enfermagem são a linha de frente na prestação dos cuidados, atuando como instrumento afim de garantir a execução de forma integral, sejam eles psicológicos, físicos ou sociais. Diante disso, a enfermagem é vista pela equipe multiprofissional como essencial para a prevenção, manutenção e reabilitação da saúde dos presidiários, através das orientações prestadas ao público carcerário ou até mesmo com a realização de procedimentos necessários para a assistência (SANTOS, 2015).

A assistência da equipe de enfermagem envolve o atendimento primário em situação de urgência, campanhas e atividades de promoção à saúde, orientações às patologias dos detentos, realização de consultas frente aos problemas apresentados, gestão de doenças, gerenciamento de recursos, além de regulação a atendimentos especializados quando necessário, como por exemplo, um processo cirúrgico ou procedimentos invasivos (SILVA, SOUSA, ARAÚJO, 2017; SOARES et al., 2020).

O profissional de enfermagem tem ampla atuação e importância para indivíduos que tiveram sentença condenatória privativa de liberdade, em especial a ressocialização e orientação destes. Desta forma, este estudo possui a finalidade de ampliar a visão dos estudantes e profissionais de enfermagem quanto à possibilidade de atuação desta equipe no sistema penal, além de explorar um assunto pouco abordado nas instituições acadêmicas, contribuindo assim para a comunidade estudantil. O cotidiano intenso e pouco explorado, além da importância dos profissionais de enfermagem no sistema penal, como parte integrante da equipe multiprofissional, torna relevante a busca por debates acerca dessa área de atuação.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo a descrever a atuação da equipe de enfermagem no sistema prisional brasileiro.

REFERENCIAL TEÓRICO

A equipe de enfermagem tem atuação ampla nas unidades de saúde, independentemente do nível de complexidade deste, no entanto, dentro do sistema prisional, na linha de frente de cuidados relacionados a saúde do preso está o enfermeiro, desde a realização de atendimentos de rotina, até o direcionamento a necessidades mais específicas e de alta complexidade. (SOARES et al., 2020)

Conforme traz Serra e Lima (2019), o atendimento do enfermeiro em uma unidade prisional, muito se assemelha ao atendimento realizado nas Unidades Básicas de saúde, bem como, controle de calendário vacinal, em especial as vacinas anuais e esporádicas, acompanhamento ambulatorial de comorbidades, encaminhamento a especialistas em caso de necessidade de atendimento de alta complexidade, planejamento de cuidados de enfermagem, caso necessário e realização de triagens quando solicitado pelo detento.

Apesar de uma ampla e essencial atuação, o enfermeiro encontra diversas barreiras e desafios durante a atuação. O sistema penal é um eixo muito restrito e que apresenta grandes déficits de recursos e estrutura, bem como é rodeado de preconceitos e estereótipos criados pela população e funcionários, com uma visão arcaica e punitiva, onde a atuação de situações relacionada a promoção, prevenção e manutenção da saúde realizada pelo enfermeiro, é encarada como errado e condenatório. (WONG et al., 2017; KARAASLAN; ASLAN, 2019; SANTANA, REIS, 2019; SOARES et al., 2020).

Além de questionamentos quanto a atuação devida do profissional, visando somente a punição pelo crime, o sistema prisional não apresenta recurso para que o profissional de enfermagem desempenhe o papel de forma concreta. Santos et al (2015) e Santana; Reis (2019) traz desafios como ausência de materiais para realização de curativos, delonga na disponibilização de consultas de caráter específico, condições sanitárias deficientes, entre outros. Situações que não só interferem na qualidade da assistência, bem como no risco de desenvolvimento de outras patologias e comorbidades, muitas vezes relacionadas a doenças infecto contagiosas.

O autor Macdonald (2018), relata quanto aos impactos da superlotação e das baixas condições estruturais, que dificultam a realização de consultas, muitas vezes comprometendo a demanda de atendimento e levando a sobrecarga do profissional de enfermagem. A desvalorização das queixas pelo agente penal, retratada por Jaskowiak; Fontana (2015), impede que os sinais e sintomas relatados pelos detentos, chegue ao conhecimento do enfermeiro, causando delonga no primeiro atendimento e muitas vezes agravo das condições de saúde do indivíduo.

Apesar de muitas problemáticas e desafios serem globais, como mostram os estudos (através da similaridade dos desafios abordados em cada um dos artigos lidos), o desafio na atuação da enfermagem no Brasil vai além dos sistemas prisionais, as condições precárias de saúde vão além de muros e grades das penitenciárias, o que mostra a necessidade relevante de atuação não só dentro destas unidades, mas em todo o âmbito relacionado a

saúde. (SANTANA; REIS, 2019)

Outro ponto fundamental relacionado ao sistema prisional, são as condições e cuidados direcionados a saúde da mulher, como traz Araújo et al (2020), a superlotação não é só uma realidade dos sistemas prisionais masculinos, bem como as condições sanitárias precárias e a ausência de atendimento médicos. A autora traz que as principais medidas estão relacionadas a saúde sexual da mulher, mas não como forma de prevenção de agravos ou doenças, mas como contenção da taxa de natalidade e preocupação com a maternidade dentro do sistema prisional.

A saúde da mulher, principalmente em condições sanitárias, é um pouco mais complexa que a do homem, devido a anatomia sexual feminina, o que torna mais propício o aparecimento de infecções e afecções (ARAÚJO et. al., 2020). No entanto, nenhuma dessas peculiaridades e necessidades são levadas em consideração, nem para a saúde masculina, muito menos para a feminina, o que torna global o descaso e as condições insalubres dessas unidades. (ARAÚJO et. al., 2020).

METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa da literatura, este método tem como finalidade o agrupamento dos dados obtidos a partir de uma leitura avançada e integral de outros estudos que possuem o mesmo nicho temático abordado neste, sendo essas informações alinhadas a um conhecimento previamente adquirido sobre o assunto. (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009)

Esta pesquisa foi realizada em seis etapas que compõem a revisão integrativa, Estabelecimento do tema e estruturação da questão norteadora para elaboração da pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão que foram utilizados para a busca avançada dos estudos, realização de uma leitura breve e superficial dos artigos encontrados, organização das pesquisas encontradas, de forma a categorizá-las, realização da leitura na íntegra dos trabalhos selecionados e definição dos mais relevantes para o presente estudo, interpretação dos resultados obtidos e por fim, a releitura e exposição do conhecimento adquirido. (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009)

Para o presente estudo, foram definidos os seguintes Descritores de Ciências em Saúde (DeCS), sendo estes: “Prisões”, “Cuidados de Enfermagem” e “Assistência de Custódia”. Os critérios de inclusão foram aplicados na busca avançada da Biblioteca Virtual em Saúde junto aos operadores booleanos, da seguinte forma: Cuidados de Enfermagem AND Assistência de Custódia OR Prisões. O cruzamento dos descritores, bem como, a pesquisa avançada, foi realizada em novembro de 2020, utilizando artigos com período de 5 anos de publicação (2015 – 2020), visto que, é imprescindível o uso de artigos com dados recentes, principalmente quando se tratam de políticas relacionada a saúde.

Após a aplicação dos descritores conectados aos operadores booleanos, foram encontrados 313.419 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em seguida, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, sendo estes: critérios de exclusão definidos foram: artigos com tema principal que divergiam do presente trabalho, teses, artigos de revisão, monografia, dissertação e manuais, estudos que não estavam disponíveis na íntegra, com ano anterior a 2015 e que abordavam a assistência de outros profissionais que não os de enfermagem. Já os critérios de inclusão foram: estudos nos idiomas inglês e português, com período de cinco anos de publicação do período da coleta de dados (ano de 2020), restando em torno de 35.000 artigos a serem avaliados. Foram selecionados artigos somente nas bases de dados: LILACS, MEDLINE e BDENF, pois são as mais utilizadas na área de saúde e que possuem um maior respaldo científico. Após a exclusão dos artigos que não se encaixavam com a temática principal e que estavam duplicados nas bases de dados, forma selecionados, um total de 11 artigos.

Este trabalho não passou pela avaliação e /ou aprovação do Comitê de ética, pois os dados utilizados para compor a pesquisa foram extraídos de outros estudos já avaliados e aprovados por Comitês de Éticas Nacionais e Internacionais.

CONCLUSÃO

O profissional de enfermagem é essencial dentro dos sistemas prisionais, estes realizam desde as medidas básicas de cuidados à saúde como: prevenção, promoção e manutenção da saúde, através do controle do calendário vacinal, prevenção e cuidados quanto as comorbidades, como também atendimento em situações de urgências e emergências, encaminhamento para atendimentos de alta complexidade, através de triagens, e até mesmo ações de educação continuada, juntamente com planejamento de cuidados em conjunto a uma equipe multiprofissional.

Apesar de ampla atuação, o estudo demonstrou ter diversas limitações de atuação, como condições estruturais e sanitárias dentro dos sistemas prisionais, ausência de recursos para suprir as necessidades dos cárceres, cultura punitiva dos agentes penitenciários e até mesmo da equipe multiprofissional de saúde e entre outros diversos desafios globais.

A principal necessidade de resolução dos desafios enfrentados pelos enfermeiros, é a disponibilização adequada de recursos à saúde, conforme a necessidade dos presidiários, bem como a redução no número de presos dentro de um mesmo ambiente, mudança de cultura quanto a educação permanente e continuada, a fim de garantir uma evolução constante e valorização adequada de sinais e sintomas. Além de melhoria na fiscalização das práticas baseada em protocolos e legislações já existentes que norteiam as necessidades básicas de saúde, que não são minimamente cumpridas dentro dessas unidades.

A principal relevância deste trabalho é ampliar a visão acadêmica e profissional da equipe (e futura equipe) de enfermagem, bem como alavancar medidas de melhorias quanto aos principais desafios encontrados, trazendo um olhar de aprimorar os serviços e garantir uma melhor assistência ao preso.

Este trabalho limita-se a realidade da equipe de enfermagem no sistema prisional, outras abordagens desses profissionais, bem como outro público, não foram utilizadas como embasamento para a construção deste estudo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

SOARES, Ana Amélia Melo et al. Vivências da equipe de enfermagem no cotidiano do sistema penal. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.L.], v. 34, p. 1-10, 2 abr. 2020.

REIS, Fernanda Cristina de Andrade. Perception of The Nursing Team About Health Care in The Prison System / Percepção da Equipe de Enfermagem Acerca da Assistência à Saúde no Sistema Prisional. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online,** [S.L.], v. 11, n. 5, p. 1142-1147, 4 out. 2019.

JASKOWIAK, Caroline Raquele; FONTANA, Rosane Teresinha. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 68, n. 2, p. 235-243, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

Coelho, MTAD; Carvalho Filho, MJ. **Prisões numa visão interdisciplinar**. Salvador: EDUFBA, 2012.

MACDONALD, Morag. Overcrowding and its impact on prison conditions and health. **International Journal Of Prisoner Health**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 65-68, 11 jun. 2018.

WONG, Ides; WRIGHT, Eryn; SANTOMAURO, Damian; HOW, Raquel; LEARY, Christopher; HARRIS, Meredith. Implementing two nurse practitioner models of service at an Australian male prison: a quality assurance study. **Journal Of Clinical Nursing**, [S.L.], v. 27, n. 1-2, p. 287-300, 25 set. 2017. Wiley.

SANTOS, Fernanda de Jesus dos et al. Salud en las Prisiones: lo que hablan los trabajadores de enfermería. **Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades**, [S.L.], n. 41, p. 114-125, 13 fev. 2015.

KARAASLAN, Ayfer; ASLAN, Manar. The Relationship Between the Quality of Work and Organizational Commitment of Prison Nurses. **Journal Of Nursing Research,** [S.L.], v. 27,

n. 3, p. 25-35, jun. 2019.

BARBOSA, Mayara Lima et al. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1293-1302, abr. 2018.

ARAÚJO, Moziane Mendonça de et al. Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na teoria das necessidades humanas básicas. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 1-7, 09 abr. 2020.

SILVA, Andreia Alves de Sena; SOUSA, Karinna Alves Amorim de; ARAðJO, Telma Maria Evangelista de. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade prisional fundamentada na Teoria de Orem. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 725-735, 29 nov. 2017.

SERRA, Anne Evelyn Gomes; LIMA, Reângela Cintia Rodrigues de Oliveira. Promoção da saúde para pessoas no regime semiaberto do sistema penitenciário: relato de experiência. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 123, p. 1270-1281, out. 2019.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

Índice Remissivo

A

Acidentes de transito 250, 251, 256
Ações de saúde pública 82, 89
Alcoolismo 86
Alteração fisiopatológica 18
Anos potenciais de vidas perdidos (apvp) 225, 231, 232
Apoio institucional 32
Assistência de custódia 264, 268
Atenção primária à saúde (aps) 32, 34, 36, 41
Atendimento de urgência 250, 251
Atividades cuidativas 18
Autocuidado 78, 79, 80, 82, 84, 85, 89, 139, 141, 148, 173, 182, 186
Autonomia funcional 172
Autonomia funcional de idosos 171, 174

B

Binômio mãe e filho 137
Bombeiro 93, 95, 96, 98, 99, 101, 103
Bombeiro militar 93

C

Câncer 6, 225, 226, 227, 232, 233, 234, 235, 236, 237
Cateteres 213, 220
Coeficiente de mortalidade 225
Complicação de saúde 250, 251
Complicações cardiovasculares 32, 34
Condição clínica multifatorial 32, 33
Condição patológica do neurodesenvolvimento 157
Condições neuropsiquiátricas 157, 166
Conhecimento dos enfermeiros 82
Controle da has 32, 34, 37, 43
Cuidadores 147, 188
Cuidados paliativos 238, 239, 242, 246, 248

D

Demanda psicológica no trabalho 93
Depressão pós-parto 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145
Depressão puerperal 137, 141, 145

Desempenho materno 137
Desordens mentais 104
Deterioração da qualidade de vida 93, 95
Diabetes mellitus 19, 29, 39, 79, 80, 82, 83
Diagnóstico de tdah 157, 159, 161, 164, 165
Diálise 213, 214, 218, 219, 220, 221, 222
Dislipidemia 6, 18, 86
Doença renal crônica (drc) 213
Doenças cardiovasculares 6, 18, 19, 25, 29, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91
Doenças crônicas não transmissíveis 6, 27, 30, 84, 87
Doenças no aparelho circulatório 250, 251
Doenças sexualmente transmissíveis 202, 207

E

Educação em saúde 18, 20
Emergência 105, 107, 108, 111, 250, 262
Emergência hospitalar 105, 107, 110
Enfermagem 18, 20, 24, 26, 27, 28, 30, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 95, 96, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 118, 120, 121, 122, 126, 127, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 149, 155, 200, 204, 209, 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 246, 247, 248, 251, 261, 264, 266, 267, 269, 270, 271
Ensaios clínicos 157, 165
Envelhecimento 172, 174, 187, 202, 207, 209, 210
Equipamentos 32, 242
Equipe de enfermagem 18, 109, 141, 217
Equipe de enfermagem no sistema prisional brasileiro 264, 266
Espiritualidade e saúde 18
Esquizofrenia 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156
Estado de saúde-doença 239, 245
Estimulação elétrica por corrente contínua (etcc) 157, 164
Estratégia de saúde da família (esf) 32
Estresse/ansiedade 18
Estresse ocupacional 85, 91, 94, 95, 104, 107, 108, 109, 112, 114, 118, 119, 122, 126, 135
Exigência física e psicológica no trabalho 93, 95
Exigências do serviço 93, 101

F

Família 32, 43, 44, 80, 91, 144, 147, 180, 210
Fatores de risco 18, 82, 86

Fatores predisponente 18

H

Hábitos alimentares 18, 20, 25
Hemodiálise 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223
Hipertensão arterial sistêmica (has) 32, 33, 34
Hipertensos 29, 32, 34, 36, 37, 43

I

Idosos 40, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 209, 210
Idosos institucionalizados 177, 180, 186, 190, 192, 194, 199
Institucionalização 190, 196, 197, 198, 199
Instituição de longa permanência para idosos (ilpi) 190, 192, 196
Instituições de longa permanência 174, 188, 190, 198
Insuficiência renal crônica (irc) 213
Intercorrências 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 223, 255
Ist na terceira idade 202, 209

M

Manejo das complicações 217, 222
Medicações 18, 24, 25, 26, 159, 162
Momento traumático na carreira 93

N

Neoplasias 225, 229
Neoplasias malignas 225, 227, 228, 229, 230, 232, 234, 235, 236, 237

O

Obesidade 6, 18, 19, 25, 28, 87, 88
Oficinas de educação em saúde 18

P

Paciente em terminalidade 238, 243
Patologias 85, 125, 132, 184, 185, 204, 266, 267
Percepção de qualidade de vida 93
Período gravídico-puerperal 137, 139, 143
Praticas integrativas complementares 18
Presidiário 264, 265
Pressão arterial sistólica e ou/diastólica 32

Principais intercorrências 213, 215
Prisões 264, 268, 270
Profissionais de enfermagem 82, 85, 105, 213, 264, 266

Q

Qualidade da assistência 82, 85, 125, 238, 242, 245, 260, 267
Qualidade de vida 6, 20, 25, 26, 27, 82, 84, 85, 89, 93, 94, 95, 102, 103, 107, 120, 122, 125, 131, 134, 140, 149, 151, 154, 155, 157, 158, 161, 165, 172, 173, 174, 186, 195, 198, 203, 205, 215, 239, 243, 244, 259
Qualidade de vida e bem-estar 82
Qualidade de vida profissional 82

R

Recursos físicos 32
Relações profissionais conflituosas 124, 132
Risco cardiovascular 30, 82, 83, 85, 86, 87, 89, 91

S

Saúde dos cuidadores familiares 147, 149
Saúde dos profissionais de enfermagem 105
Saúde do trabalhador 93
Saúde mental 137, 140, 141, 143, 154
Sedentarismo/atividade física 18
Serviços de saúde 6, 28, 32, 37, 38, 39, 43, 84, 88, 89, 120, 152, 177, 193, 194, 195, 250
Sexualidade 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211
Sexualidade do idoso 202, 204, 207
Síndrome de burnout 104, 107, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 134, 135
Síndrome metabólica 6, 18, 20, 22, 23, 28, 29, 30
Síndrome pós-trauma 93, 98, 99, 100, 101
Sintomas estressores 93, 100
Sistema cardiovascular 82, 85
Sistema de saúde 32, 34, 38, 84, 140
Sistema hemodinâmico 213, 221
Sistema único de saúde (sus) 107, 139, 264, 265
Situações e tarefas no trabalho 93
Sobrecarga de estresse 93, 98, 100, 101

T

Tabagismo 25, 28, 86, 87, 88, 161

Técnicas de neuromodulação não-invasivas 157
Tecnologia do cuidado 18, 20, 21, 24, 28
Tecnologia leve de mehry 18
Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade (tdah) 157
Tratamento 18, 20, 22, 29, 32, 37, 38, 40, 106, 144, 150, 152, 153, 157, 159, 160, 162, 163, 165, 166, 175, 198, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 220, 221, 222, 226, 233, 239, 242, 243, 244, 252
Tratamento hemodialítico 213, 215, 216, 218, 219, 221, 222

U

Unidade de suporte avançado (usa) 250, 253
Unidades de terapia intensiva 124, 125, 126, 127, 129, 131, 132, 134, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245
Unidades prisionais 264, 266
Urgência 250, 251, 261, 262

V

Violência 150, 193, 194, 250, 251, 256, 265

editoraomnisscientia@gmail.com
https://editoraomnisscientia.com.br/
@editora_omnis_scientia
https://www.facebook.com/omnis.scientia.9
+55 (87) 9656-3565

EDITORA
OMNIS SCIENTIA

editoraomnisscientia@gmail.com
https://editoraomnisscientia.com.br/
@editora_omnis_scientia
https://www.facebook.com/omnis.scientia.9
+55 (87) 9656-3565